

7

Gesundheit ohne Grenzen

Europa wächst zusammen

Deutsch-Französisches Rahmenabkommen
über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit
im Gesundheitsbereich

0

0

2

Santé sans frontière

Vers la construction européenne

Accord-cadre franco-allemand sur
la coopération sanitaire transfrontalière

.

9

0

Das Gesundheitssystem in Deutschland und Frankreich

Dokumentation

.

6

2





Das Gesundheitssystem in Deutschland und Frankreich

Danksagung

Allen Beteiligten möchten wir hiermit unseren Dank aussprechen.

Mitgewirkt haben bei der Erstellung der vorliegenden Dokumentation folgende Stellen:

Bundesministerium für Gesundheit

Caisse Primaire d'Assurance Maladie Haguenau (CPAM)

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace (DRASS)

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlands

*Verantwortlich für die Redaktion: Prof. Dr. Ewald Eisenberg, Projektleiter
Kehl, September 2007*

Sie dürfen:



das Werk vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen



Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung. Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen (wodurch aber nicht der Eindruck entstehen darf, Sie oder die Nutzung des Werkes durch Sie würden entlohnt).




Keine kommerzielle Nutzung. Dieses Werk darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden.



Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

- Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt, mitteilen. Am Einfachsten ist es, einen Link auf diese Seite einzubinden.
- Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.
- Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte unberührt.

Haftungsausschluss 

Die gesetzlichen Schranken des Urheberrechts bleiben hiervon unberührt.
Die Commons Deed ist eine Zusammenfassung des [Lizenzvertrags](#) in allgemeinverständlicher Sprache.

Quelle : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/deed.de>

INHALT

1.	EINLEITUNG	7
1.1.	Definition und Ziele des Gesundheitssystems	7
1.2.	Internationaler Vergleich	7
1.2.1.	Typen	7
1.2.2.	Kosten des Gesundheitssystems der verschiedenen Länder.....	7
2.	DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN DEUTSCHLAND	9
2.1.	Allgemeines	9
2.1.1.	Beteiligte.....	9
2.2.	Finanzierung	9
2.2.1.	Statistische Angaben	10
2.2.2.	Krankheitskosten (Jahr 2004)	10
2.3.	Das öffentliche Gesundheitswesen in Deutschland	11
2.3.1.	Organisation und Zuständigkeiten	11
2.3.2.	Akteure auf Bundesebene.....	11
2.3.3.	Zuständigkeiten und Organisation auf Landesebene	12
2.4.	Die gesetzliche Krankenversicherung	12
2.4.1.	Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Kernelement des deutschen Gesundheitswesens	12
2.4.2.	Arten der Versicherung in der GKV	12
2.4.3.	Grundprinzipien der GKV	13
2.4.4.	Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung	14
2.4.5.	Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung	14
2.4.6.	Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen	15
2.4.7.	Die Versorgungssektoren.....	16
3.	DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN FRANKREICH	19
3.1.	Die öffentlichen Gesundheitsdienste in Frankreich	19
3.1.1.	Die Grundlagen	19
3.2.	Die Akteure auf nationaler Ebene.....	20
3.2.1.	Der Staat	20
3.2.2.	Die zugeordneten Anstalten.....	21
3.2.3.	Andere Einrichtungen im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens	23
3.2.4.	Die staatlichen Akteure	23
3.2.5.	Die Gebietskörperschaften.....	26
3.2.6.	Die anderen Akteure	27
3.2.7.	Die Konsultativ-Instanzen	27
3.2.8.	Die Instrumente und Mittel für die Organisation und die Aufstellung von Programmen auf regionaler Ebene	29
3.3.	Die Krankenversicherung in Frankreich.....	31
3.4.	Die neue Steuerung	31
3.5.	Organisation und Regulierung des Versorgungsangebots.....	33
4.	ANHÄNGE	37
4.1.	Anhang 1: Gesundheitssystem Baden-Württemberg	39
4.2.	Anhang 2: Gesundheitssystem Rheinland-Pfalz	43
4.3.	Anhang 3: Gesundheitssystem Saarland	47
4.4.	Anhang 4: Weitere Informationen zum Gesundheitssystem Deutschland	51
4.5.	Anhang 5: Weitere Informationen zum Gesundheitssystem Frankreich	55

1. Einleitung

1.1. Definition und Ziele des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem oder Gesundheitswesen eines Landes umfasst alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit bzw. die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ist.

Die fünf Hauptziele des Gesundheitswesens sind im Allgemeinen:

- Zugang für alle,
- Qualität,
- Wirksamkeit,
- Wirtschaftlichkeit sowie
- Zufriedenheit der Patienten und des Gesundheitspersonals.

1.2. Internationaler Vergleich

1.2.1. Typen

Ein zentrales politisches Steuerungsinstrument des Gesundheitswesens ist das Finanzierungssystem. Hiernach lassen sich die Gesundheitssysteme in drei Typen einteilen:

- Typ Nationaler Gesundheitsdienst: Finanzierung aus Steuermitteln (z. B. Großbritannien, Italien, Schweden, Spanien)
- Typ Sozialversicherung: Finanzierung durch gesetzliche Krankenversicherung/gesetzliche Pflichtversicherung, (z. B. Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweiz)
- Typ Privatversicherung: Finanzierung individuell oder durch Beiträge der Unternehmen (z. B. USA).

Mischformen dieser Typen sind häufig. In vielen Ländern hat der Anteil der öffentlichen Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben abgenommen.

1.2.2. Kosten des Gesundheitssystems der verschiedenen Länder

	Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (in %), 2004		Gesundheitsausgaben pro Kopf (in US-Dollar), 2004	
1	USA	15,4	USA	6096
2	Schweiz	11,5	Luxemburg	5178
3	Deutschland	10,6	Norwegen	4080
4	Frankreich	10,5	Schweiz	4011
5	Österreich	10,3	Österreich	3418
6	Portugal	9,8	Deutschland	3171
7	Belgien Norwegen	9,7	Belgien	3133
8	Niederlande	9,2	Niederlande	3092
9	Schweden	9,1	Frankreich	3040
10	Italien	8,7	Schweden	2828
11	Dänemark	8,6	Dänemark	2780

	Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (in %), 2004		Gesundheitsausgaben pro Kopf (in US-Dollar), 2004	
12	Großbritannien Spanien	8,1	Irland	2618
13	Luxemburg	8,0	Großbritannien	2560
14	Finnland	7,4	Italien	2414
15	Irland	7,2	Spanien	2099
16			Portugal	1897

Quelle: "Health for all"-Datenbank des WHO-Europabüros, WHO Statistical Information System ("Core Health Indicators")

2.

Das Gesundheitssystem in Deutschland

2.1. Allgemeines

2.1.1. Beteiligte

Das Gesundheitssystem in Deutschland baut auf staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen und auf Personen auf. Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eine überdurchschnittlich große Zahl an Ärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten, Pflegepersonen und Krankenhausbetten. Dazu kommen Angehörige anderer Heilberufe, wie die Apotheker und das dazugehörige Fachpersonal. Etwa jeder 9. Beschäftigte (4,26 der 80 Millionen Einwohner) arbeitet in der gesamten Gesundheitswirtschaft.

Daneben sind am Gesundheitswesen beteiligt: der Staat (Bund, Länder, Landkreise und Gemeinden), die Krankenversicherungen, die Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Heilberufekammern (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten), die Arbeitgeber und Arbeitnehmer und ihre Verbände, weitere im Gesundheitswesen tätige Interessenverbände und nicht zuletzt die Patienten, z. T. vertreten durch Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen.

Das Versorgungsangebot wird abgesehen von staatlichen Krankenhäusern weitgehend privat erbracht. Es dominieren freie Berufe wie Ärzte und Apotheker sowie private Großunternehmen (z. B. in der pharmazeutischen oder medizintechnischen Industrie). Krankenhäuser werden häufig in gemeinnütziger Trägerschaft geführt, jedoch zunehmend privatisiert. Der Staat beteiligt sich als Leistungserbringer in Form von Gesundheitsämtern oder als Betreiber von Krankenhäusern.

Im internationalen Vergleich einzigartig ist die weitgehende Trennung in ambulante und stationäre Versorgung.

2.2. Finanzierung

Das Gesundheitssystem wird überwiegend durch Versicherungsbeiträge finanziert, die (mit einigen Ausnahmen) paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht werden. Das Paritätsprinzip wird jedoch teilweise durch größere Eigenbeiträge der Patienten eingeschränkt, zuletzt etwa durch Einführung einer Praxisgebühr und die Einführung eines vom Versicherten zu tragenden Sonderbeitrags im Zuge der im Gange befindlichen Gesundheitsreform 2004. Knapp 90 % der Bevölkerung sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Die Beiträge orientieren sich an der Höhe des jeweiligen Einkommens. Familienmitglieder sind unter bestimmten Bedingungen beitragsfrei mitversichert. Der Leistungsanspruch ist unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge, allerdings begrenzt auf Leistungen, die notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Etwa 9 % der Bürger und Bürgerinnen sind privat krankenversichert. Hier richten sich die Prämien nach dem vereinbarten Leistungsumfang, dem allgemeinen Gesundheitszustand, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter. Der Rest ist in der Regel anderweitig abgesichert (z. B. Bundeswehrangehörige, Zivildienstleistende).

Nach den Versicherungsleistungen machen Eigenbeteiligungen oder Zuzahlungen von Patienten einen wachsenden Anteil an der Finanzierung des Gesundheitssystems aus. In einigen Bereichen werden Zuschüsse oder Kostenbeteiligungen durch den Staat erbracht.

Daneben hat sich ein erheblicher privater Gesundheitsmarkt für "IGeL-Leistungen" ("Individuelle Gesundheitsleistungen"), Fitness, Wellness, Anti-Aging, Schönheitsoperationen, Kosmetik, Arzneimittel und alternative Heilverfahren entwickelt.

2.2.1. Statistische Angaben

A. Stationärer und ambulanter Bereich (Jahr 2004)

Stationär:

- Zahl der Krankenhausbetten in 2.139¹ Kliniken: rund 523.800 (zusätzlich ca. 1000 Reha-Kliniken)
- Behandelte Fälle in Krankenhäusern: 16,8 Millionen.
- Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus: 8,7 Tage
- Ärztliches Personal in den Kliniken: 117.681
- Pflegepersonal in den Kliniken: 309.510
- Nichtärztliches Personal in den Kliniken: 688.307 Beschäftigte.
- Gesamtpersonal in den Krankenhäusern: 0,8 Millionen Beschäftigte
- Gesamtumsatz der Krankenhäuser: rund 60 Milliarden € pro Jahr

Ambulant:

- Zahl der niedergelassenen Haus- und Fachärzte: 116 000 lt. kassenärztlicher Bundesvereinigung
- Zahl des nichtärztlichen Personals im ambulanten Bereich: 203.000 (davon ca. 90.000 Teilzeit)
- Zahl der Apotheken: 21.551 (2006)
- Zahl der Beschäftigten in Apotheken: ca. 145.000

Direkt oder indirekt sind im Gesundheitswesen in Deutschland rund 4,26 Millionen Menschen beschäftigt (Stand 2005). Dies entspricht rund 10,3% aller Erwerbstätigen.

2.2.2. Krankheitskosten (Jahr 2004)

Gesamtausgaben: 234 Milliarden Euro, d.h. rund 2.700,- Euro pro Person (Frauen 3.160, Männer 2.240 Euro).

Die höchsten Ausgaben entfielen auf:

- Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems: 35,5 Milliarden Euro
- Krankheiten des Verdauungssystems: rund 31 Milliarden Euro
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems: ca. 25 Milliarden Euro
- Psychische Erkrankungen: knapp 22 Milliarden Euro

Die Menschen ab 65 Jahren (derzeit ca. 17 % der Bevölkerung) verursachten knapp 43 % der Gesamtausgaben. (Quelle: Studie des Statistischen Bundesamtes „Krankheitskosten in Deutschland im Jahr 2002“)

¹ Quelle : www.destatis.de - 2005

2.3. Das öffentliche Gesundheitswesen in Deutschland

Immer wenn der Staat durch unmittelbare (Bund, Länder, Kreise, Gemeinden) oder mittelbare Träger (Körperschaften, Anstalten, Stiftungen) oder durch von diesen errichtete oder getragene Einrichtungen auf dem Gebiet der Gesundheit seiner Bürger/-innen agiert, spricht man vom „**Öffentlichen Gesundheitswesen**“.

Der **Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)** als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens nimmt öffentlich-rechtliche Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens wahr. Er ist für die kollektive Gesundheit der Bevölkerung (Bevölkerungsmedizin) zuständig.

Der ÖGD engagiert sich in den Bereichen Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie in Form von Beratung, Dienstleistung und der Koordination verschiedener Akteure.

Im Folgenden sollen Zuständigkeiten und Kompetenzen im öffentlichen Gesundheitswesen knapp dargestellt werden.

2.3.1. Organisation und Zuständigkeiten

Aufgrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik gilt der Grundsatz, dass die Länder ihre eigenen Landes-, aber auch die vom Bundestag erlassenen Gesetze in eigener Zuständigkeit umsetzen. Jedes Bundesland kann im Normalfall selbst entscheiden, mit welchen Behörden und Verfahren es ein Sachgebiet verwaltet. Dem jeweiligen Bundesministerium verbleibt in diesem Falle lediglich die Rechtsaufsichtskompetenz. Auch im Bereich der Gesundheit gilt dieser Grundsatz, so dass man in unterschiedlichen Bundesländern zumeist auf unterschiedliche Organisationsformen stößt.

Zur politischen Koordinierung der Gesundheitsverwaltung der verschiedenen Bundesländer existiert die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder: **Gesundheitsministerkonferenz (GMK)**, deren Beschlüsse jedoch nur empfehlenden Charakter haben. Die GMK wird vorbereitet durch eine Amtschefkonferenz, der die Amtschefs der Gesundheitsministerien der Länder angehören. Die fachliche Zusammenarbeit der Länder erfolgt im Rahmen der **Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)**. Sie setzt sich aus den Leiter/inne/n der Gesundheitsabteilungen in den Länderministerien zusammen.

Das Bundesgesundheitsministerium ist in beiden Gremien vertreten.

2.3.2. Akteure auf Bundesebene

Das Bundesministerium für Gesundheit ist zuständig für Arzneimittel, Medizinprodukte, Biotechnologie, Grundsatzfragen der Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Prävention, Gesundheitsschutz, Krankheitsbekämpfung und Biomedizin.

Ihm unterstehen die aus dem früheren Bundesgesundheitsamt hervorgegangenen Bundesoberbehörden:

- **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)**; zuständig für die Arzneimittelzulassung, die Registrierung von homöopathischen Arzneimitteln, die Risikobewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie die Überwachung des legalen Verkehrs mit Betäubungsmitteln und Grundstoffen
- **Robert-Koch-Institut (RKI)**, Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten; zuständig für Infektionskrankheiten, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung; vergleichbar in diesen Bereichen mit den Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta, USA; WHO-Kollaborationszentrum

Außerdem sind dem Bundesgesundheitsministerium zugeordnet:

- **Paul-Ehrlich-Institut (PEI)**, Bundesamt für Sera und Impfstoffe; zuständig für die Prüfung, Zulassung und Überwachung von humanbiologischen Arzneimitteln, von u.a. Sera, Impfstoffe, Blutprodukte, Gewebezubereitungen und Arzneimittel für neuartige Therapien, sowie für mikrobiologische Forschungsaufgaben
- **Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)**; zuständig für die Einrichtung und den Betrieb von datenbankgestützten Informationssystemen für Arzneimittel und Medizinprodukte, die Herausgabe amtlicher Klassifikationen im Rahmen gesetzlicher Aufgaben sowie den Aufbau eines datenbankgestützten Informationssystems zur gesundheitsökonomischen Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**; zuständig für gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung mit dem Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen

teilweise: Umweltbundesamt (UBA); u.a. zuständig für Trinkwasser und Schwimmbeckenwasser, WHO-Kollaborationszentrum.

2.3.3. Zuständigkeiten und Organisation auf Landesebene

Üblicherweise ist die Verwaltungsstruktur eines Bundeslandes bei den größeren Flächenstaaten für eine bestimmte Materie dreistufig: das jeweilige Landesministerium ist oberste, die Regierungspräsidien oder Bezirksregierungen sind die mittlere und die Land- und Stadtkreise sind untere Verwaltungsbehörden. Der Aufbau ist hierarchisch, so dass von der oberen zur unteren Verwaltungsebene hin eine rechtliche und fachliche Weisungsbefugnis besteht.

Die Organisation der öffentlichen Gesundheitsdienste ist in den drei an Frankreich angrenzenden Bundesländern unterschiedlich. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit dieser Broschüre wurde die Übersicht in den Anhang gestellt: Anhang 1: Baden-Württemberg, Anhang 2: Rheinland-Pfalz, Anhang 3: Saarland.

2.4. Die gesetzliche Krankenversicherung

2.4.1. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Kernelement des deutschen Gesundheitswesens

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) spielt im deutschen Gesundheitswesen eine dominierende Rolle: Etwa 90 % der Bevölkerung sind in der GKV krankenversichert und knapp 60 % der gesamten Gesundheitsausgaben werden von der GKV getragen.

Die gesetzliche Krankenversicherung wurde im Zuge der Bismarckschen Sozialgesetzgebung im 19. Jahrhundert als selbstverwaltete und beitragsfinanzierte Arbeitnehmersversicherung mit zwangsweiser Mitgliedschaft für Teile der Bevölkerung ausgestaltet. Viele Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens – z.B. Verlagerung von Entscheidungen auf die Selbstverwaltung oder Trennung der Versorgungssektoren in ambulante und stationäre Versorgung – wurzeln in dieser historischen Konzeption der GKV.

2.4.2. Arten der Versicherung in der GKV

Bestimmte Personenkreise sind per Gesetz in der GKV pflichtversichert (z.B. Arbeitnehmer, Arbeitslose, Rentner), andere sind von der Mitgliedschaft befreit (z.B. Beamte, Arbeitnehmer mit einem jährlichen Einkommen über einer bestimmten Grenze, Selbstständige).

Arbeitnehmer, die versicherungsfrei werden, weil ihr Einkommen eine bestimmte Grenze übersteigt, müssen jedoch die GKV nicht verlassen und in die private Krankenversicherung (PKV) wechseln, sondern können weiter freiwillig versichert bleiben. Auch Selbstständige können freiwilliges Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung werden.

2.4.3. Grundprinzipien der GKV

- Solidarprinzip

Die Beiträge zur GKV werden nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entrichtet (in der Regel durch einen prozentualen Anteil vom Einkommen). Leistungen werden dagegen nach dem medizinischen Bedarf gewährt. Das Solidarprinzip lässt sich anhand seiner Wirkungen beschreiben: Die Gesunden zahlen für die Kranken, die Jungen für die Alten, die Alleinstehenden für die Familien und die Einkommensstarken für die Einkommensschwachen. Durch das Solidarprinzip unterscheidet sich die GKV grundlegend von der privaten Krankenversicherung, in der das Äquivalenzprinzip gilt und versicherungsmathematisch kalkulierte Beiträge erhoben werden.

- Sachleistungsprinzip

Die Versicherten haben Anspruch auf die erforderliche medizinische Behandlung bei den mit den Krankenkassen vertraglich verbundenen Leistungserbringern. Sie erhalten durch diese Leistungserbringer Gesundheitsleistungen, ohne dass sie dafür selbst in finanzielle Vorleistung treten müssen. Die Leistungserbringer rechnen die von ihnen erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen ab. Die Versicherten haben somit, abgesehen von gesetzlichen Zuzahlungen (wie z.B. Praxisgebühr und bei Arzneimitteln), Anspruch auf eine kostenfreie Behandlung. Dagegen gilt in der privaten Krankenversicherung das Prinzip der Kostenerstattung.

- Kassenvielfalt, Kassenarten und Kassenwahlfreiheit

Die gesetzlichen Krankenkassen (künftig: Kassen) sind selbstverwaltende Körperschaften des öffentlichen Rechts, die paritätisch mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern besetzt ist.

Ursprünglich waren die Krankenkassen berufsständisch und regional operierende Einrichtungen. Die Arbeitnehmer waren zur Mitgliedschaft in der Krankenkasse ihres jeweiligen Berufszweiges gezwungen. Von diesem Zwang zur Mitgliedschaft konnte man sich nur durch Beitritt zu einer sog. Ersatzkasse befreien. Die historischen Ursprünge der Kassenvielfalt spiegeln sich bis heute in der organisatorischen Gliederung der Krankenkassen nach 7 Kassenarten:

- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
- Betriebskrankenkassen (BKK)
- Innungskrankenkassen (IKK)
- Ersatzkassen für Angestellte bzw. Arbeiter
- Landwirtschaftliche Krankenkassen
- Seekrankenkasse
- Bundesknappschaft

Die Landes- und Bundesverbände der Kassen übernehmen wichtige Funktionen für ihre Mitgliedskassen, wie z.B. Vertragsabschlüsse und Vergütungsverhandlungen mit den Leistungserbringern.

Seit Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten im Jahr 1996 stehen die Kassen im Wettbewerb um Mitglieder. Die von den Kassen finanzierten medizinischen Leistungen sind zu einem hohen Prozentsatz identisch. Unterschiede gibt es lediglich bei den freiwilligen Satzungsleistungen. Daneben unterscheiden sich die Kassen durch den jeweiligen Beitragsatz und den Kundenservice.

- Risikostrukturausgleich

Wichtigstes Element zur Regulierung des Kassenwettbewerbs ist der Risikostrukturausgleich (RSA), der zusammen mit der Kassenwahlfreiheit eingeführt wurde. Risikostrukturausgleich bedeutet, dass Kassen mit einer ungünstigen Risikostruktur unter den Versicherten (z.B. Alter, Geschlecht und Morbidität) aus dem RSA Ausgleichszahlungen erhalten, die von Kassen mit einer besonders guten Risikostruktur aufgebracht werden müssen.

2.4.4. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Das gegenwärtige Finanzierungssystem ruht auf 5 Säulen:

1. Einkommensabhängige Beiträge
2. Paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer
3. Begrenzung der Beitragsbemessung auf bestimmte Einkommensarten und eine festgelegte Einkommenshöhe (Beitragsbemessungsgrenze)
4. Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern
5. Deckung der laufenden Ausgaben durch Erhebung von Beiträgen unter den Versicherten (Umlageverfahren).²

Eine zusätzliche staatliche Finanzierung findet zur Abgeltung sog. Versicherungsfremder Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit nur in einem geringen Umfang statt. Die am 1. April 2007 in Kraft getretene Gesundheitsreform sieht mittelfristig aber eine jährlich um 1,5 Mrd. Euro ansteigende Steuerfinanzierung bis auf 14 Mrd. Euro zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung vor.

2.4.5. Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung

- Förderung der Gesundheit und Früherkennung von Krankheiten
- Krankenbehandlung
- Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- Hilfen zur Familienplanung
- Krankengeld (Lohnfortzahlungsversicherung)

Schwerpunkt der Leistungen bildet die Krankenbehandlung, insbesondere:

- Krankenhausbehandlung
- Ärztliche Behandlung und Psychotherapie
- Zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
- Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

² Umlagefinanzierung bedeutet u.a., es werden keine Rückstellungen gebildet, wie in der Privaten Krankenversicherung (PKV)

2.4.6. Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen

Die zahlreichen beteiligten Akteure lassen sich zwei grundsätzlichen Ebenen zuordnen:

A. Ebene der staatlichen Steuerung im Gesundheitswesen

Entsprechend der föderalen Struktur ist hierbei zwischen nach Bund, Ländern und Kommunen zu unterscheiden.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird durch Bundesgesetze geregelt. Entsprechend groß ist der Einfluss des Bundestages und des Bundesministeriums für Gesundheit auf die GKV. Die Bundesländer wirken über den Bundesrat an der Gesetzgebung mit.

Für die staatliche Aufsicht über die bundesweit tätigen Kassen ist das Bundesversicherungsamt zuständig. Bei regionalen Kassen (wie z.B. der AOK Baden-Württemberg) wird die Aufsicht in der Regel durch das Länderministerium des Bundeslandes ausgeübt, in dem die Kasse ihren Sitz hat (in Baden-Württemberg durch das Ministerium für Arbeit und Soziales).

Die Länderministerien üben auch die Rechtsaufsicht über die Heilberufe-Kammern (Landesärzte-, Landeszahnärzte-, Landesapotheker- sowie Landespsychotherapeutenkammer) sowie die Kassenärztlichen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aus. Die Zuständigkeit der Länder im Gesundheitsbereich erstreckt sich ferner auf die Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukte.

Die Bundesländer bzw. die zuständigen Länderministerien spielen im Bereich der Krankenhausversorgung und notfallmedizinischen Versorgung (Rettungsdienst) eine wichtige Rolle. Die Länder erstellen Krankenhauspläne zur Steuerung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (Rahmenplanung), beteiligen sich an der Finanzierung von Investitionen der Plankrankenhäuser und fördern deren Einrichtung und Ausstattung mit jährlich festen Beträgen. Auch für den Rettungsdienst besteht Planungshoheit und Finanzierungsverantwortung.

Ein weiterer wichtiger Zuständigkeitsbereich der Länder bzw. kommunaler Verwaltungen (Kreise und Gemeinden) ist der o.g. Öffentliche Gesundheitsdienst.

B. Ebene der mittelbaren Staatsverwaltung

Auf dieser Ebene sind die für das deutsche Gesundheitswesen besonders wichtigen korporatistischen Akteure angesiedelt, denen es obliegt, die gesundheitliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu organisieren.

Es handelt sich dabei vor allem um die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassen-(zahn)ärztlichen Vereinigungen, die als selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts, Teil der so genannten "mittelbaren Staatsverwaltung" sind. Das bedeutet: Der Staat hat einen Teil seiner Aufgaben an Körperschaften delegiert, denen er die Rahmenbedingungen durch Gesetze und Verordnungen vorgibt, die aber in eigener Verantwortung handeln. Die Tätigkeit dieser Körperschaften wird durch den Staat (Bund und Länder) beaufsichtigt, aber sie sind nicht Weisungsempfänger staatlicher Stellen. Dieses Modell der korporatistischen Steuerung durch Körperschaften sichert dem Staat einerseits Einfluss auf die Entwicklung des Gesamtsystems. Andererseits befreit es ihn von der Aufgabe der direkten Administration und erlaubt es, das Expertenwissen der unmittelbar Beteiligten zu nutzen.

Bei Reformprozessen kann diese korporatistische Steuerung für das Gemeinwohl nachteilige Wirkungen haben: Die gesetzlich festgeschriebene Rolle der Kassenverbände und ärztlicher Körperschaften und die Zwänge zum einheitlichen Handeln, trotz unterschiedlicher (Standes-) Interessen, erschweren wettbewerbliche Suchprozesse nach besseren Lösungen. Um die

dadurch verursachte Tendenz einer gegenseitigen Blockade der Selbstverwaltung zu lösen und um die Kostenentwicklung zu begrenzen, neigt die Gesundheitspolitik häufig dazu, nicht nur die Rahmenvorgaben zu gestalten, sondern darüber hinaus die gesundheitliche Versorgung bis in kleinste administrative oder gar medizinische Details zu regeln.

2.4.7. Die Versorgungssektoren

Charakteristisches Merkmal der GKV ist die klare Trennung der Versorgungssektoren:

A. Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung gliedert sich in zwei große Bereiche: Die stationäre Behandlung im Krankenhaus und die stationäre medizinische Rehabilitation in sog. Reha-Kliniken.

Der Aufnahme zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus geht grundsätzlich eine Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt voraus. Dem Patienten steht dabei die Wahl des Krankenhauses grundsätzlich frei; eine freie Arztwahl innerhalb des Krankenhauses besteht jedoch nicht.

Gesetzliche Krankenkassen dürfen eine Krankenhausbehandlung nur durch zur Versorgung zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Zugelassen sind:

- Hochschulkliniken
- Plankrankenhäuser, die in den Landeskrankenhausplan aufgenommen worden sind,
- Vertragskrankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben.

Die Länder können im Rahmen ihrer Krankenhausplanung auch Standort, Bettenzahl und Fachabteilung der Krankenhäuser bestimmen. Sie machen von dieser Krankenhausplanung jedoch in unterschiedlicher Detailtiefe Gebrauch. Krankenhausträger und Krankenkassen sind an diese Festlegung gebunden.

In Deutschland gibt es eine duale Krankenhausfinanzierung: Während die Krankenkassen die Betriebskosten (also die Behandlung von Patienten) finanzieren, werden die Investitionskosten durch die Länder finanziert.

Mit der Einführung eines Fallpauschalensystems (DRG) soll erzielt werden, dass Krankenhausleistungen zu landesweit gleichen Pauschalpreisen in Abhängigkeit von der Krankheitsdiagnose und der vorgenommenen Therapie durch die Kassen vergütet werden. Damit wurde das frühere Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft. Ab dem Jahr 2009 sollen nur noch landeseinheitliche Preise abgerechnet werden.

B. Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung umfasst alle außerhalb von Krankenhäusern erbrachten Gesundheitsleistungen. Am Beispiel der ambulanten Versorgung lässt sich die korporatistische Steuerung des deutschen Gesundheitswesens – also die Verlagerung von Entscheidungen auf Körperschaften – studieren: Die ambulante ärztliche Versorgung in einer Region wird durch Gesamtverträge zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und den Landesverbänden der Krankenkassen geregelt. Auf Grundlage dieser Verträge zahlen die Kassen eine Gesamtvergütung an die KV, die wiederum für die Verteilung der Honorare an die einzelnen Vertragsärzte zuständig ist.

Jeder niedergelassene Arzt, der gesetzlich versicherte Patienten behandeln möchte, muss hierfür zugelassen sein. Aufgrund der Bedarfsplanung ist diese Zulassung an eine bestimmte

Versorgungsregion geknüpft³. Mit seiner Zulassung wird er Vertragsarzt und Pflichtmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung.

Krankenhausärzte dürfen ambulante Behandlungen nur durchführen, wenn sie von der Kassenärztlichen Vereinigung dazu eigens ermächtigt wurden. Umgekehrt sind niedergelassene Ärzte nur in geringem Umfang an der Versorgung in Krankenhäusern beteiligt.

Diese durch das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen noch geförderte Trennung der Versorgungssektoren hat dazu geführt, dass es ein Angebot an fachlich spezialisierten Ärzten sowohl im ambulanten Bereich (Vertragsärzte) als auch in Krankenhäusern gibt. Daraus ergibt sich die für das deutsche Gesundheitswesen typische doppelte Facharztstruktur, die teilweise mit dem „Luxus“ der Vorhaltung medizinischer Großgeräte (etwa im Bereich der Radiologie) in Vertragsarztpraxen verbunden ist. Infolge des Anfang 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes wurden die Möglichkeiten für Ärzte, sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig zu sein, deutlich erweitert.

³ Im Gegensatz dazu können Ärzte in Frankreich frei über den Ort ihrer Niederlassung entscheiden.

3. Das Gesundheitssystem in Frankreich

3.1. Die öffentlichen Gesundheitsdienste in Frankreich

3.1.1. Die Grundlagen

Gesetz Nr. 82-213 vom 2. März 1982 über Rechte und Pflichten von Gemeinden, Departements und Regionen (loi n° 82-213 du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes, départements et régions).

Gesetz Nr. 83-663 vom 22. Juli 1983 zur Ergänzung des Gesetzes Nr. 83-8 vom 7. Januar 1983 über die Kompetenzverteilung zwischen Kommunen, Departements, Regionen und dem Staat (loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat).

Gesetz Nr. 2004-806 vom 9. August 2004 zur Gesundheitspolitik in Frankreich loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique).

Gesetz Nr. 2004-809 vom 13. August 2004 über Freiheiten und Verantwortlichkeiten von lokalen Behörden (loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales).

Gesetz Nr. 2004-810 vom 13. August 2004 über die Krankenversicherung (loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie).

Ordonnance Nr. 2003-850 vom 8. September 2003 über die Vereinfachung der Organisation des Gesundheitssystems sowie die Verfahren zur Schaffung von medizinischen Einrichtungen oder Diensten, die einer Genehmigung unterliegen (ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation).

Die Gesetze vom 2. März 1982, vom 22. Juli 1983 und vom 13. August 2004 zu den Rechten und Verantwortlichkeiten lokaler Behörden, in denen die Zuständigkeiten des Staates und der lokalen Gebietskörperschaften (Regierung, Departements und Kommunen) im Gesundheitsbereich geregelt werden.

Das Gesetz vom 9. August 2004 zur Öffentlichen Gesundheitspolitik, das den Bereich der öffentlichen Gesundheitsdienste definiert.

Die Politik des öffentlichen Gesundheitswesens betrifft:

- die Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und der bestimmenden Faktoren
- die Bekämpfung ansteckender Krankheiten
- die Prävention von Krankheiten, Traumata und Behinderungen
- die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und der Lebensqualität kranker Menschen sowie behinderter und abhängiger Personen
- die Information und Erziehung im Gesundheitswesen sowie die Organisation öffentlicher Debatten über Gesundheitsfragen und gesundheitliche Risiken
- die Identifizierung und Verminderung von eventuellen Risiken für die Gesundheit im Bereich Umwelt und Arbeitsschutz, Transport und Verkehr, Ernährung und Verzehr von Produkten mit gesundheitlicher Auswirkung
- die Reduzierung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich durch Gesundheitsprävention, Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen und Diagnosemöglichkeiten, die gleichmäßig über das Territorium verteilt sind
- die Qualität und Sicherheit von Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsprodukten
- die Organisation des Gesundheitssystems und der Fähigkeit, den Anforderungen an Prävention und Behandlung von Kranken und Behinderten zu entsprechen

- die Verteilung der Angehörigen des Gesundheitswesens und der Entwicklung der Gesundheitsberufe.

Alle fünf Jahre werden die Ziele im öffentlichen Gesundheitswesen gesetzlich festgelegt. Dazu erstellt die Regierung einen Bericht, der dem jeweiligen Gesetzesentwurf beigelegt wird, in dem die Ziele der Regierung im Gesundheitswesen und die wesentlichen Aktionsfelder aufgeführt werden.

Dieser Bericht stützt sich auf die Analyse der Gesundheitsprobleme der Bevölkerung und der Faktoren, die geeignet sind, den Gesundheitszustand zu beeinflussen. Diese Analyse wird vom Hohen Rat für Öffentliches Gesundheitswesen (Haut Conseil de Santé Publique) erstellt, der quantifizierte Ziele zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung festlegt. Der vom Hohen Rat für Öffentliches Gesundheitswesen erstellte Bericht stellt besonders darauf ab, ob Ungleichgewichte in sozio-professioneller und geographischer Hinsicht festzustellen sind, die sich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirken.

Die Umsetzung des vorgenannten Gesetzes und der zu seiner Ausführung ergangenen Gesundheitsprogramme werden jährlich überprüft und alle 5 Jahre evaluiert. Jederzeit kann eine vollständige oder teilweise Evaluierung vom parlamentarischen Amt für die Evaluation der Gesundheitspolitiken (Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé) durchgeführt werden.

Für die Jahre 2004 – 2008 bestehen strategische Pläne im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens. Sie betreffen folgende fünf Bereiche, die vom Präsidenten der Republik herausgestellt wurden:

- Bekämpfung von Krebs
- Bekämpfung gesundheitlicher Auswirkungen von Gewaltausübung und Risikoverhalten
- Bekämpfung von Auswirkungen von Umweltfaktoren auf die Gesundheit
- Verbesserung der Lebensqualität für chronisch Kranke
- Verbesserung der Versorgung bei seltenen Krankheiten.

Das Gesetz vom 9. August 2004 hat 100 Ziele im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens festgelegt. Sie beruhen auf einer Analyse der Probleme, die zum Abschluss einer nationalen Konsultation erstellt wurde.

3.2. Die Akteure auf nationaler Ebene

3.2.1. Der Staat

Die staatlichen Behörden auf nationaler Ebene sind für folgende Aufgaben zuständig:

- Definition der Gesundheitspolitik im Hinblick auf mehrjährige Zielsetzungen
- Festlegung dieser Ziele, Erstellung von Plänen, Aktionen und Gesundheitsprogrammen zur Erreichung dieser Zielsetzungen sowie Evaluation der Gesundheitspolitik
- Aus- und Fortbildung der Angehörigen der Gesundheitsberufe, Festlegung der Bedingungen für die Ausübung dieser Berufe, Überwachung der Qualitätsnormen für Krankenanstalten und die pharmazeutische Produktion

Die Dienststellen des Ministeriums für Gesundheit bereiten die Bestimmungen von Gesetzen und Verordnungen vor und legen die Ausführungsverordnungen fest

Die beiden wichtigsten Abteilungen im Bereich des Gesundheitswesens sind:

- die Generaldirektion für Gesundheit
- die Direktion für Krankenhauswesen und Organisation der Pflege

3.2.2. Die zugeordneten Anstalten

Dem Ministerium für Gesundheit sind nationale Anstalten für bestimmte Aufgabenbereiche im Gesundheitswesen zugeordnet:

Das Institut für Gesundheitsbeobachtung (Institut de Veille Sanitaire – InVS) ist ein nationales Institut des öffentlichen Gesundheitswesens. Ihm obliegt die Beobachtung der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Das Institut wurde durch das Gesetz vom 1. Juli 1998 über die Verstärkung der Gesundheitsbeobachtung und die Kontrolle der Sicherheit von Arznei- und Heilmitteln geschaffen. Das Institut steht unter der Aufsicht des Ministeriums für Gesundheit. Es hat folgende Aufgaben:

- die Überwachung und Beobachtung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Dabei erhebt das Institut Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung zur Bestimmung des epidemiologischen Zustandes. Es stützt sich dabei auf alle öffentlichen und privaten Partner, die im nationalen Netzwerk für öffentliches Gesundheitswesen zusammengefasst sind;
 - die Überwachung von Gesundheitsrisiken. Dafür ist das Institut beauftragt, folgende Untersuchungen vorzunehmen:
 - Erhebung, Analyse und Aktualisierung des Kenntnisstandes über Gesundheitsrisiken, ihre Ursachen und ihre Entwicklung;
 - Untersuchung der Risikofaktoren, die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben können oder von Komponenten dieser Risiken (punktuelle Untersuchung oder Rasteranalysen);
 - Untersuchung und Erhebung, welche Risiken sich auf welche Bevölkerungsgruppen am meisten auswirken und welche Bevölkerungsgruppen am meisten gefährdet sind.
- Das Institut kann auch Gesundheitsbeobachtungen für die Europäische Gemeinschaft vornehmen sowie für internationale Organisationen und Drittländer. Hierzu bedarf es der Zustimmung des Ministers für Gesundheit;
- Die Alarmierung der Gesundheitsbehörden. Das Institut informiert sofort den Minister für das Gesundheitswesen soweit eine Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung oder gewisse Bevölkerungsgruppen deutlich wird; dabei werden die Ursachen genannt und Empfehlungen für ein angemessenes Vorgehen zur Bekämpfung der Auswirkungen der festgestellten Gesundheitsgefahren gegeben;
 - Beteiligung an der Bewältigung gesundheitlicher Krisen. In diesem Bereich schlägt das Institut den Behörden Maßnahmen vor, die der jeweiligen Situation angemessen sind.

Die französische Agentur für Heilmittel (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé – AFSSAPS) hat folgende vier Aufgaben :

- Die Evaluierung in wissenschaftlicher und medizinisch-wirtschaftlicher Hinsicht von Gesundheitsprodukten
- Die Kontrolle von Labororien und die Überwachung von Werbung
- Die Inspektion von Örtlichkeiten
- Die Information der Angehörigen der Gesundheitsberufe und der Öffentlichkeit

Die französische Agentur für Lebensmittelsicherheit (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments – AFSSA). Sie steht unter der Aufsicht des Ministeriums für Gesundheit, des Ministeriums für Landwirtschaft und des Ministeriums für Verbraucherschutz. Sie evaluiert Gesundheitsrisiken und Auswirkungen von Nahrungsmitteln, die für den menschlichen oder tierischen Verzehr in Frankreich bestimmt sind.

Die französische Agentur für gesundheitliche Umweltsicherung (Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale – AFSSE). Ihre Aufgabe ist für Sicherheit in gesundheitlicher Hinsicht auf dem Gebiet der Umweltbeeinträchtigungen zu sorgen und die gesundheitlichen Risiken von Umweltveränderungen zu evaluieren.

Die Hohe Behörde für Gesundheit (Haute Autorité de Santé – HAS). Diese Einrichtung hat die Nachfolge der Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) angetreten. Die Aufgaben der HAS sind:

- Eine periodische Evaluierung des Nutzens von Produkten, Vorgängen oder Leistungen auf dem Gebiet der Gesundheit vorzunehmen. Die HAS soll dabei durch ihre Vorschläge die Erarbeitung von Entscheidungen zur Aufnahme von Produkten, Vorgängen oder Leistungen in den Katalog der von den Krankenkassen zu tragenden Leistungen vorzunehmen. Darüber hinaus ist die HAS damit beauftragt, die besonderen Bedingungen für die Übernahme der Kosten für Personen mit lang anhaltenden Krankheiten vorzubereiten. Deshalb obliegt es ihr, Stellungnahmen zu den Bedingungen abzugeben, unter denen Produkte, Vorgänge oder Leistungen verschrieben, vorgenommen oder angewendet werden. Außerdem erstellt sie Studien zur Evaluierung von neuen Techniken im Gesundheitsbereich.
- Die Erarbeitung von Leitfäden oder Empfehlungen zur bestmöglichen Verwendung oder Anwendung von Gesundheitsdienstleistungen sowie die Verbreitung dieser Leitfäden und Empfehlungen. Damit soll die Information der Angehörigen der Gesundheitsberufe und der Öffentlichkeit in diesen Bereichen verbessert werden. Dabei sollen Überschneidungen mit den Maßnahmen der Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé vermieden werden.
- Die Evaluierungen der Praxis der Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Akkreditierung dieser Berufsgruppen;
- Die Aufstellung der Bedingungen für die Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen;
- Die Entwicklung von Evaluierungsverfahren zur Beurteilung der Qualität der Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung.

Das Nationale Institut für Prävention und Gesundheitserziehung (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé - INPES) hat folgende Aufgaben:

- Erstellung von Gesundheitsprogrammen im Auftrage des Staates;
- Expertise und Beratung im Bereich von Prävention und Aufklärung im Gesundheitsbereich;
- Entwicklung der Gesundheitserziehung überall in Frankreich;
- Beteiligung auf Anfrage des Gesundheitsministers an der Bewältigung von Krisensituationen oder außergewöhnlichen Sachlagen, die Auswirkungen auf die kollektive Gesundheit haben, insbesondere durch die Verbreitung von gesundheitsbezogenen Empfehlungen im Notfall;
- Erarbeitung von Ausbildungsprogrammen im Bereich der Gesundheitserziehung anhand der durch staatliches Dekret definierten Vorgaben.

Das INPES steht unter der Aufsicht des Gesundheitsministers und trägt zur Verbesserung der Gesundheitspolitik bei. Das Institut wirkt auch auf die Umsetzung der regionalen Programme des Staates hin.

Die Französische Anstalt für Hämatologische Belange (Etablissement Français du Sang – EFS). Erste Aufgabe des EFS ist es, den Bedarf an schnellverderblichen Blutprodukten für das gesamte Territorium Frankreichs zu befriedigen. Das EFS ist der einzige zugelassene Träger aller Vorgänge der Bluttransfusion. Es obliegt ihm deshalb als einziger Einrichtung in Frankreich, Blut zu sammeln, aufzubereiten und schnellverderbliche Blutprodukte an die Krankenhäuser zu verteilen.

Die Französische Anstalt für Organtransplantationen (Etablissement Français des Greffes – EFG). Dem EFG obliegt es, die Einschreibung der Patienten auf der nationalen Warteliste vorzunehmen, diese zu verwalten und die zu transplantierenden Organe

zuzuteilen. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese innerhalb Frankreichs oder außerhalb entnommen wurden.

Das Institut für radiologische Protektion und Nuklearsicherheit (Institut de radioprotection et de Sûreté Nucléaire – IRSN). Das IRSN betreibt Forschung und gibt sachkundigen Rat zu den Strahlungsrisiken und ihren Auswirkungen auf Mensch und Umwelt.

3.2.3. Andere Einrichtungen im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens

Der Hohe Rat für Öffentliche Gesundheit (Haut Conseil de la santé publique) hat folgende Aufgaben:

- Beteiligung an der Findung der mehrjährigen Zielsetzungen für das öffentliche Gesundheitswesen sowie Evaluation der Erreichung der nationalen Ziele für öffentliche Gesundheit und jährliches Monitoring der Umsetzung der Vorgaben des Gesetzes zur öffentlichen Gesundheitspolitik;
- Erstellung von Expertisen für die öffentlichen Träger zur Bewältigung von Gesundheitsrisiken und zur Konzipierung und Evaluierung von Präventionspolitiken und Strategien zur Sicherung gegen gesundheitliche Risiken. Diese Aufgabe obliegt dem Haut Conseil de la santé publique zusammen mit den Gesundheitsagenturen;
- Erstellung von prospektiven Überlegungen für die öffentlichen Träger im Bereich der Fragen der öffentlichen Gesundheit.

Der Haut conseil de la santé publique kann von jedem Ministerium eingeschaltet werden. Das gleiche Recht steht den zuständigen Präsidenten der Parlamentskommissionen und den Präsidenten des parlamentarischen Amtes zur Evaluierung der Gesundheitspolitiken zu. Diese Einschaltung kann jede Frage im Bereich der Prävention, der Gesundheitssicherung oder der Leistungskraft des Gesundheitssystems betreffen.

Die nationale Konferenz für Gesundheit (Conférence nationale de santé). Hierbei handelt es sich um ein Konsultativorgan, das dem Gesundheitsminister zuarbeitet. Aufgabe dieser Einrichtung ist die Konzertierung in allen Gesundheitsfragen. Die Conférence nationale de santé wird von der Regierung bei der Erarbeitung des Gesetzes zu den jeweiligen Gesundheitszielen eingeschaltet. Sie stützt sich in ihrer Arbeit auf die Berichte, die von den regionalen Konferenzen für Gesundheit erstellt werden. Auf dieser Basis erstellt die Conférence nationale de santé einen jährlichen Bericht, der für den Gesundheitsminister bestimmt ist. Dieser betrifft die Beachtung der Rechte der Kranken als Nutzer des Gesundheitssystems. Der Bericht wird veröffentlicht. Die Conférence nationale de santé erarbeitet auch Stellungnahmen und Vorschläge für die Regierung im Verhältnis zu den Plänen und Programmen, die die Regierung umsetzen möchte. Die Conférence nationale de santé gibt Stellungnahmen oder Vorschläge zur Verbesserung des öffentlichen Gesundheitssystems ab. Ihre Stellungnahmen werden veröffentlicht. Sie trägt damit zur Initiierung und Bereicherung der öffentlichen Debatten über Gesundheitsfragen bei.

3.2.4. Die staatlichen Akteure

Die regionale Direktion für Gesundheit und Soziales (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales – DRASS). Sie hat folgende Aufgaben:

- Erarbeitung regionaler Pläne im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens (Plan régional de santé publique – PRSP); die Umsetzung von Vorgaben der regionalen Gesundheitspolitik im Rahmen des groupement régional de santé publique und die Identifizierung der prioritären Gesundheitsprobleme in der Region;
- Führung des Sekretariats der regionalen Gesundheitskonferenz (conférence régionale de santé);

- Organisation der offiziellen Beziehungen mit den Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Region;
- Pädagogische Betreuung der Einrichtungen zur Aus- und Fortbildung der Angehörigen der nichtärztlichen medizinischen Fachberufe in der Region;
- Evaluierung der Umsetzung auf regionaler Ebene der Ziele der nationalen Gesundheitskonventionen (convention nationale), die zwischen dem Staat und den nationalen Krankenversicherungsträgern abgeschlossen werden;
- Gewährung der Gesundheitssicherung durch Erarbeitung des Aktionsplanes, in dem die Ausrufung des Alarms und die Bewältigung von gesundheitlichen Krisensituationen geregelt sind.

Die Direktion für Gesundheit und Soziales auf Departementebene (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales – DDASS). Sie hat folgende Aufgaben:

- Organisation des Behandlungsangebots in den Krankenhäusern im Auftrag der regionalen Krankenhausagentur (ARH);
- Erarbeitung der Vorkehrungen für die ununterbrochene Erbringung von Behandlungen in Verbindung mit der Mission Régionale de Santé;
- Entwicklung von Aktionen zur Prävention und Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation auf der Ebene des Départements in Verbindung mit der DRASS;
- Überwachung der Prävention gegenüber gesundheitlichen Risiken, die aus Umweltfaktoren folgen (Kontrolle von Wasser zum Verbrauch als Trinkwasser, als Brauchwasser und zum Baden sowie Studien zu emissionschutzrechtlich relevanten Anlagen, Nahrungsmittelhygiene, Risiken bei Verschmutzung geschlossener Räume ...

Die regionale Krankenhausagentur (Agence Régionale de l'Hospitalisation – ARH)

Die in jeder Region bestehende Agence Régionale de l'Hospitalisation ist in der Rechtsform eines öffentlichen Verbandes (Groupement d'intérêt public – GIP) zwischen dem Staat und den Krankenkassen organisiert. Die ARH ist für die Steuerung des Krankenhausbereiches zuständig. Instrumente der Steuerung sind dabei:

- das regionale Organisationsschema im Gesundheitsbereich (Schéma régional d'organisation sanitaire – SROS);
- die Zulassung von Krankenanstalten im Bereich medizinischer Betreuung und Anschaffung von Großgeräten. Alle Krankenanstalten müssen von der ARH genehmigt werden. Dies gilt auch für die Umwidmung oder Zusammenlegung von Pflegebereichen und die Anschaffung von Großgeräten;
- der Abschluss öffentlich-rechtlicher Verträge, in denen Ziele und Mittel ausgewiesen sind. Diese laufen über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Die Verträge legen die strategischen Orientierungen der Krankenanstalten und sonstigen zugelassenen medizinischen Einrichtungen fest. Darin sind auch die Transformationen aufgeführt, zu denen sich die Einrichtungen verpflichten sowie ebenfalls die Verpflichtungen zu verstärkter Kooperation. Die Verträge enthalten Ziele sowohl in qualitativer Hinsicht als auch im Hinblick auf die Sicherheit der Behandlungen. Darin ist ebenfalls ein Zeitplan für die Akkreditierungsverfahren und die entsprechenden Verpflichtungserklärungen im Hinblick auf solche Verfahren aufgenommen.

Die ARH vergibt die Mittel an die Krankenhausträger in der Region.

Die regionale Union der Krankenkassen (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie – URCAM). Die URCAM vereint in sich sowohl die allgemeinen Krankenkassen als auch die Kassen für Landwirte und Freiberufler. Die URCAM legt eine gemeinsame Politik im Hinblick auf die Bewältigung der Krankheitsrisiken vor, insbesondere im Bereich der niedergelassenen Praxen. Die URCAM wacht über die Umsetzung dieser Politik. Sie fördert die Koordination zwischen verschiedenen Einrichtungen und evaluiert diese Aktionen.

Auch wacht sie über die Einhaltung der Regeln einer guten medizinischen Versorgung durch die Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Die URCAM wacht auch über die Umsetzung der Präventions- und Gesundheitserziehungsmaßnahmen durch jede ihrer Mitgliedschaften. Dabei legt sie besonderen Wert auf die Einhaltung der Prioritäten im öffentlichen Gesundheitsbereich, die auf regionaler Ebene festgelegt wurden.

Die regionale Gesundheitsmission (Mission Régionale de Santé – MRS)

Die MRS steht zwischen der ARH und der URCAM. Die MRS hat folgende Aufgaben:

- Erstellung der Orientierungen zur Entwicklung der Verteilung der niedergelassenen Ärzte über das Gebiet unter Berücksichtigung des regionalen Gesundheitsorganisationsschemas. Diese Orientierungslinien legen insbesondere ländliche oder städtische Zonen fest, in denen die Niederlassung von Angehörigen der Heilberufe prioritär gefördert werden soll.
- Erarbeitung von Vorschlägen für die Einrichtung permanenter medizinischer Betreuungsvorkehrungen nach Anhörung der regionalen Kammer der Ärzteschaft und der Vereinigung der niedergelassenen Ärzte.
- Erarbeitung eines Jahresprogramms für Aktionen zur Verbesserung der Koordination zwischen den verschiedenen Komponenten der Vorsorgemaßnahmen des regionalen Gesundheitssystems. Dies betrifft auch diagnostische Vorkehrungen und die Kurativmedizin, soweit diese Leistungen von den Krankenkassen übernommen werden. Die MRS wacht über die Umsetzung dieses Aktionsprogramms und ist bei der Entwicklung von Netzwerken behilflich, einschließlich der Netzwerke der Telemedizin.
- Erstellung des jährlichen Risikovorsorgeprogramms in den Bereichen, die für die ambulante und die Krankenhausversorgung gemeinsam sind. Auch hier wacht die MRS über die Umsetzung dieses Programms.

Die MRS wird im jährlichen Wechsel einmal vom Direktor der regionalen ARH und dann vom Direktor der URCAM geleitet.

Das Groupement régional de santé publique (GRSP) besitzt eine öffentlich-rechtliche Rechtspersönlichkeit. Es ist als öffentlicher Verband (groupement d'intérêt public – GIP) verfasst. Mitglieder sind:

1. Der Staat und die staatlichen Einrichtungen für öffentliches Gesundheitswesen, insbesondere das Institut de veille sanitaire und das Institut national de prévention et d'éducation pour la santé;
2. die Agence régionale de l'hospitalisation;
3. die Region, die Departements im jeweiligen Gebiet, die Gemeinden oder Gemeindeverbände, soweit sie an den Aktionen des GRSP teilhaben;
4. die URCAM und die regionale Krankenkasse (caisse régionale d'assurance maladie).

Der Verwaltungsrat des GRSP wird vom Regionalpräfekten geleitet.

Das GRSP hat die Aufgabe, die Gesundheitsprogramme des regionalen Plans für öffentliche Gesundheit umzusetzen. Dabei stützt es sich auf die Ergebnisse von Beobachtungen des Gesundheitszustandes in der Region.

Insbesondere obliegen dem GRSP folgende Aufgaben:

- Festlegung der Bedingung für die Realisierung der genannten Programme und Festlegen der Art und des Zeitplans für die beabsichtigten Aktionen, ihre Durchführung und ihre Evaluation sowie die Erarbeitung von Pflichtenheften, die ggf. diesen Aktionen beigegeben werden; dabei wacht die GRSP auch über Partnerschaftsverpflichtungen und eingegangene Finanzierungsverpflichtungen;
- Entscheidung über Vorhaben, die vom GRSP finanziert werden und Festlegung der Höhe dieser Vorhaben;

- Entwicklung von Kooperationen und Vereinbarungen, die der regionale Gesundheitsplan notwendig macht;
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen den regionalen Akteuren der Beobachtung und Berichterstattung im Gesundheitsbereich und im sozialen Bereich, um die Kohärenz und die Bereitschaft zum Austausch von Informationen zu verbessern;
- Beitrag zur Evaluierung der Programme des regionalen Gesundheitsplans und Durchführung von öffentlichkeitswirksamen Kommunikationskampagnen über die Aktionen des Plans;
- Berichterstattung über die Aktivitäten und die erzielten Ergebnisse während der einmal pro Jahr stattfindenden regionalen Gesundheitskonferenz (conférence régionale de santé).

Die Finanzierung des GRSP erfolgt durch:

1. eine staatliche Subvention
2. eine Subvention der Krankenkassen.

3.2.5. Die Gebietskörperschaften

Der Regionalrat (Conseil Régional)

Das Gesetz Nr. 2004-809 vom 13. August 2004 über Rechte und Pflichten der lokalen Gebietskörperschaften hat die Zuständigkeiten zwischen dem Staat und dem Regionalrat in dem Bereich Aus- und Fortbildung des nichtärztlichen medizinischen Fachpersonals und der Hebammen neu geordnet. Der Staat bestimmt die Aus- und Fortbildungsprogramme, die Organisation der Ausbildung sowie die Modalitäten der Prüfung der Auszubildenden. Er verleiht auch die Diplome.

Der Regionalrat erarbeitet ein regionales Schema im Bereich der nichtärztlichen fachmedizinischen Ausbildung. Er legt die Anzahl der Zulassungen zur Durchführung der Ausbildung in den Instituten und Schulungseinrichtungen der Region fest.

Die Schaffung solcher Institute oder beruflicher Schulen unterliegt der Autorisierung durch den Präsidenten des Regionalrats, die dieser nach Anhörung des Regionalpräfekten erteilt.

Der Regionalrat ist auch zuständig für die Zuweisung von Stipendien für die Auszubildenden in den zugelassenen Instituten und anderen Schulen für die Ausbildung des Fachpersonals.

Dem Regionalrat obliegt die Ausstattung der zugelassenen Institute und Schulen des medizinischen Fachpersonals, soweit sie einen öffentlich-rechtlichen Status haben. Bei den privaten Ausbildungseinrichtungen kann er ebenfalls Zuwendungen für Investitionen oder Betriebskosten leisten.

Das Département (Conseil Général)

Aufgrund der Gesetze vom 2. März 1982 und 22. Juli 1983 ist das Département für folgende Bereiche zuständig:

- Hilfe für Behinderte (z.B. Unterbringung und berufliche Wiedereingliederung);
- Hilfe für alte Menschen, z.B. durch die Schaffung und Unterhaltung von Altersheimen sowie die Finanzierung von Hilfe bei daheim untergebrachten alten Menschen. Diese Hilfestellungen beruhen auf dem Gesetz vom 13. August 2004, wonach das Département die Hilfestellungen für alte Menschen definiert und umsetzt.

Im Bereich der Gesundheit ist das Département vor allem zuständig für die gesundheitliche Vorbeugung bei Familien und Kindern.

Aufgrund von Art. 71 des Gesetzes vom 13. August 2004 über Rechte und Pflichten der lokalen Gebietskörperschaften wurde die Zuständigkeit im Bereich des Impfschutzes, der Bekämpfung von Krebs, Tuberkulose, Lepra, AIDS und sexuell übertragbaren Krankheiten wieder auf den Staat übertragen. Die Départements können allerdings ihre zum Teil umfangreichen Programme in diesen Bereich im Rahmen von Verträgen, die sie mit dem

Staat abschließen, weiterhin aufrecht erhalten. Zuständig hierfür ist auf Seiten des Staates der Präfekt im jeweiligen Departement.

Die Gemeinden

Im Gesundheitsbereich können die Gemeinden aufgrund des Gesetzes vom 13. August 2004 auf Antrag für die Bekämpfung von unhygienischen Zuständen im Bereich des Wohnens aufgrund einer Experimentierklausel für vier Jahre für zuständig erklärt werden. Sie können darüber hinaus, wie auch die anderen lokalen Gebietskörperschaften, im Rahmen von Verträgen, die mit dem Staat abgeschlossen werden, Verantwortlichkeiten im Bereich des Impfschutzes, der Bekämpfung der Tuberkulose, von Lepra, von AIDS und sexuell übertragbaren Krankheiten ausüben.

3.2.6. Die anderen Akteure

- Staatliche Dienststellen:
 - die Dienststellen des Erziehungsministeriums: Oberschulamt (Rectorat) und Schulämter (Inspections d'Académie); sie sind hauptsächlich für die Erarbeitung und die Umsetzung von Gesundheitsprogrammen für die Schule zuständig.
 - die Regionale Direktion für Arbeit, Beschäftigung und Berufsbildung (Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle – DRTEFP). Sie ist für die Aufstellung von Plänen im Bereich Arbeitsmedizin zuständig.
 - die regionalen und departementalen Direktionen für Jugend und Sport (Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports – DRDJS/DDJS). Sie haben Zuständigkeiten im Bereich von Gesundheitsentwicklung im sportlichen Bereich und der Bekämpfung von Doping.
 - die regionale Direktion für Gewerbe und Forschung (Direction Régionale de l'Industrie et de la Recherche – DRIRE). Sie hat Zuständigkeiten insbesondere auf dem Gebiet der Erstellung des regionalen Gesundheitsplanes im Bereich Umwelt.
- der Wirtschafts- und Sozialrat (Conseil Economique et Social – CES);
- die regionale Union für niedergelassene Ärzte (Union régional des médecins libéraux – URML);
- das regionale Gesundheitsobservatorium (Observatoire régional de la santé – ORS) ;
- das regionale Kolleg für Gesundheitserziehung (Collège Régional de la santé – CRES);
- die Vereine (associations);
- die Vertreter von Selbsthilfegruppen in Krankenhäusern und öffentlichen Gesundheitsdienststellen (représentants d'usagers dans les établissements de santé et les instances de santé publique);
- die Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe (professionnels du secteur sanitaire et social) und ihre Verbände und Kammern (instances représentatives et ordinales).

3.2.7. Die Konsultativ-Instanzen

Die regionale Gesundheitskonferenz (Conférence régionale de santé – CRS)

Die regionale Gesundheitskonferenz hat die Aufgabe, einen Beitrag für die Definition und die Evaluierung der regionalen Ziele für die öffentliche Gesundheit zu leisten. Sie wird während der Erarbeitung des regionalen Gesundheitsplans vom Präfekten der Region konsultiert. Dabei erarbeitet sie Stellungnahmen und Vorschläge für die verschiedenen Programme des regionalen Gesundheitsplanes. Sie wird regelmäßig über die Evaluationsergebnisse und den Fortschritt des regionalen Gesundheitsplans unterrichtet.

Sie evaluiert die Bedingungen, unter denen die Rechte der Kranken und der Benutzer des Gesundheitssystems umgesetzt werden. Diese Evaluation geht in einen spezifischen Bericht ein, der der nationalen Gesundheitskonferenz übermittelt wird.

Die CRS erstellt ebenfalls eine Stellungnahme über die Orientierungen und Vorschläge für die regionale Gesundheitsmission (mission régionale de santé), die der regionalen Gesundheitskonferenz jährlich über den Stand der Umsetzung dieser Programme berichtet. Die regionale Gesundheitskonferenz informiert die regionale Gesundheitsmission über ihre Arbeiten.

Die regionale Gesundheitskonferenz umfasst die Vertreter der Gebietskörperschaften, der obligatorischen und ergänzenden Krankenversicherungen, von Krankenverbänden und Verbänden der Nutzer des Gesundheitssystems, Vertreter der Gesundheitsberufe, der öffentlichen und privaten Einrichtungen im Bereich Gesundheit und des regionalen Gesundheitsobservatoriums sowie sonstige qualifizierte Persönlichkeiten.

Das regionale Komitee für die Gesundheitsorganisation (comité régional de l'organisation sanitaire – CROS)

Die regionale Agentur für Krankenhauswesen (Agence régionale de l'hospitalisation – ARH) konsultiert das regionale Gesundheitskomitee in folgenden Fragen:

- bei der Erarbeitung der Vorschläge zum regionalen oder interregionalen Organisationsschema im Bereich des Gesundheitswesens (SROS oder SIOS);
- die Vorschläge für die zu erteilenden Erlaubnisse für Gesundheitseinrichtungen.

Bei der Feststellung von Zonen mit einem Defizit im Bereich von Gesundheitseinrichtungen und –dienstleistungen erstellt das Komitee eine Stellungnahme zu der Aufnahme von ländlichen oder städtischen Gebieten in die Ausweisung als prioritäre Fördergebiete.

Das regionale Komitee für die Gesundheitsorganisation wird auch wenigstens einmal pro Jahr informiert über die Verträge, die zwischen der regionalen Agentur für das Krankenhauswesen (ARH) und den Einrichtungen abgeschlossen werden, die eine Konzession für Gesundheitsdienstleistungen und/oder den Einsatz von Großgeräten haben. Dies betrifft sowohl die vereinbarten Ziele als auch den Mitteleinsatz und die Kompatibilität mit dem regionalen Organisationsschema für den Bereich der Gesundheit (SROS).

Das regionale Komitee für die Gesundheitsorganisation umfasst Vertreter folgender Stellen:

- der Gebietskörperschaften
- der Angehörigen der ärztlichen und nichtärztlichen Berufe des Gesundheitswesens, sei es im Krankenhausbereich als auch im Bereich der niedergelassenen Angehörigen der Gesundheitsberufe
- der öffentlichen oder privaten Gesundheitseinrichtungen
- des Personals dieser Einrichtungen
- der Krankenkassen
- der Nutzer des Gesundheitswesens
- des regionalen Komitees für medizinisch-soziale Fragen (comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale)
- qualifizierte Persönlichkeiten.

Die lokalen Gesundheitskonferenzen (conférences sanitaires de territoires)

Der Direktor der ARH beruft Gesundheitskonferenzen ein, in denen Vertreter der Gesundheitseinrichtungen, der niedergelassenen Angehörigen der Gesundheitsberufe, von Gesundheitszentren, von gewählten lokalen Volksvertretern sowie Vertreter der Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen in einer bestimmten lokalen Zone vertreten sind.

Diese Gesundheitskonferenzen sind notwendigerweise zu konsultieren, wenn es um die Erarbeitung oder die Änderung des regionalen Organisationsschemas für das Gesundheitswesen geht. Darüber hinaus sind sie beauftragt, die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitseinrichtungen in ihrem lokalen Gebiet zu verbessern.

3.2.8. Die Instrumente und Mittel für die Organisation und die Aufstellung von Programmen auf regionaler Ebene

Das regionale Organisationsschema für Gesundheit (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – SROS)

Das SROS hat zur Aufgabe, die Komplementarität und Anpasstheit der Gesundheitsdienstleistungen in einer Region herzustellen. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitseinrichtungen verbessert werden. Das SROS enthält Ziele für die Verbesserung der Qualität, die Zugänglichkeit sowie die Effizienz der Gesundheitsorganisation. Es berücksichtigt auch die Komplementarität zwischen den Einrichtungen sowie die Komplementarität zwischen der Ausstattung der verschiedenen Krankenhäuser und anderen Gesundheitseinrichtungen mit der niedergelassenen Ärzteschaft sowie den niedergelassenen Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe. Es berücksichtigt darüber hinaus auch das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen in benachbarten Regionen und in Grenzregionen.

Das SROS wird auf der Basis einer Evaluierung der Bedürfnisse der Bevölkerung in dem betroffenen Gebiet im Bereich Gesundheit aufgestellt. Es berücksichtigt die Entwicklungen im Bereich der Demographie und der Epidemiologie sowie die Fortschritte im Bereich der medizinischen und Untersuchungstechniken, seien sie nun quantitativer oder qualitativer Art, auf der Basis der vorhandenen Angebote.

Das SROS enthält jeweils eine Anlage, in der folgendes aufgeführt ist:

- die quantifizierten Ziele des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen für jede Zone, für jeden Teilbereich des Gesundheitswesens und in Bezug zu den vorhandenen Großgeräten;
- die Schaffung oder Beseitigung von Gesundheitseinrichtungen und Anschaffung von Großgeräten, alle Veränderungen sowie die notwendigen Kooperationen zwischen den Einrichtungen zur Erreichung der vorgenannten Zielsetzungen.

Das SROS wird vom Direktor der ARH aufgestellt. Zuvor ergeht eine Stellungnahme des regionalen Komitees für die Gesundheitsorganisation (comité régional de l'organisation sanitaire – CROS).

Die Grenzen der einzelnen lokalen Gesundheitszonen (territoires de santé) werden vom Direktor der jeweiligen ARH festgelegt.

Das gegenwärtige regionale Organisationsschema im Bereich Gesundheit (SROS) für das Elsaß umfasst den Zeitraum von 2006-2011. Es wurde am 9. März 2006 vom Direktor der ARH in Kraft gesetzt. Es enthält generelle und operationelle Ziele sowie die Grundlagen der Organisation und quantifizierte Ziele für alle thematischen Teilbereiche.

Die Grundlinien des SROS betreffen die Erreichbarkeit und die gleichmäßige Verteilung und Vernetzung des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen. Dadurch soll das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen verbessert werden, indem sowohl der Zugang als auch die Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteuren verbessert wird. Dazu gibt es folgende Instrumente:

- Unterscheidung der drei Ebenen des Angebots: Nähe, Beziehung und Überprüfbarkeit
- Festlegung von lokalen Gesundheitszonen
- Erarbeitung von medizinischen Projekten für die jeweilige Zone, in denen die Krankenhäuser und die niedergelassenen Angehörigen der Gesundheitsberufe zusammengefasst werden.

Der regionale Plan für öffentliche Gesundheit (Plan Régional de Santé Publique – PRSP)

Der Präfekt der jeweiligen Region legt nach Stellungnahme der regionalen Gesundheitskonferenz einen regionalen Plan für öffentliche Gesundheit fest. Dieser Plan betrifft verschiedene Programme und mehrjährige Aktionsbereiche, die miteinander in Beziehung gesetzt werden und die die gesamte Region betreffen. Dabei wird vor allem auch Wert gelegt auf ein regionales Programm der Gewährleistung des Zugangs zu Präventivmaßnahmen und der medizinischen Betreuung von sozialen Randgruppen. Darüber hinaus enthält es ein Präventionsprogramm für die Risiken auf den Gebieten Umwelt und Arbeit sowie ein Gesundheitsprogramm für die Schulen und die Gesundheits-erziehung.

Das SROS greift auf die Zielsetzungen dieses Planes zurück. Der regionale Gesundheitsplan wird auch evaluiert.

Der gegenwärtige regionale Plan für die öffentliche Gesundheit (Plan Régional de Santé Publique – PRSP) für das Elsaß betrifft den Zeitraum 2006-2008. Er wurde am 20. Juli 2006 vom Präfekten der Region festgestellt. Der PRSP betrifft folgende Querschnittsbereiche:

- Verbesserung der Observierung des Gesundheitszustandes und Verbesserung der Kommunikation

- Konsolidierung des öffentlichen Gesundheitswesens

und vier prioritäre Interventionsbereiche:

- Reduzierung der vermeidbaren Sterblichkeit und Erkrankungen

- Verbesserung der Verhaltensweisen und Umweltbedingungen im Bereich Gesundheit

- Verbesserung der Versorgung von Bevölkerungsgruppen, die einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen

- Verbesserung der Prävention und Kontrolle von gesundheitlichen Krisensituationen.

Das regionale Gesundheitserziehungsschema (Schéma Regional d'Education Pour la Santé – SREPS)

Das SREPS wird vom Präfekten der Region beschlossen. Das SREPS enthält die Organisation der Gesundheitserziehung auf lokaler Ebene. Diese wird für und mit Hilfe der Bevölkerung auf lokaler Ebene in einem bestimmten Gebiet durchgeführt. Das SREPS stellt eine ausgewogene geographische Verteilung von Gesundheitserziehungsmaßnahmen sowie Dienstleistungen und Aktivitäten in diesem Bereich her. Im SREPS sind die Dauer, die notwendigen Mittel zur Erreichung der festgelegten Ziele und die Verfahrensweisen der Evaluierung festgelegt.

Der Interventionsfonds für die Qualität und Koordination der Gesundheitsdienstleistungen (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FIQCS)

Der FIQCS ist ab 1. Juli 2007 an die Stelle des Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) und der Dotation régionale de développement des réseaux (DRDR) getreten.

Der FIQCS hat folgende Aufgaben:

- Finanzierung von Aktionen und Pilotprojekten zur Verbesserung der Qualität und der Koordination von Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der niedergelassenen Gesundheitsberufe; Mittel hierfür sind die Gewährung finanzieller Hilfeleistungen für die Angehörigen der niedergelassenen Gesundheitsberufe, die Zusammenfassung dieser Angehörigen und die Entwicklung von Gesundheitszentren.

- Finanzierung der Entwicklung neuer Verfahrensweisen und Netzwerke im Gesundheitsbereich, mit denen die niedergelassenen Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Gesundheitseinrichtungen und medizinisch-sozialen Einrichtungen zusammengefasst werden;

- Finanzierung von Aktionen oder Strukturen, mit denen die Permanenz der Gesundheitsdienstleistungen und insbesondere von Bereitschaftsdiensten sichergestellt wird;

- Unterstützung von Aktionen oder Strukturen zur Erhaltung der Gesundheitsdienstleistungen und zur Niederlassung von Angehörigen von Gesundheitsberufen in Gebieten, in denen keine optimale Versorgung gewährleistet ist;
- Finanzierung von Aktionen zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Zusammenfassung von niedergelassenen Angehörigen der Gesundheitsberufe;
- Umsetzung der Vorgaben der gesetzlichen Bestimmungen in Artikel L. 161-36-1 des Gesetzbuchs über die Krankenversicherung und das Rentenwesen (Code de la sécurité sociale) und des Artikels L. 1111-8 des Gesetzbuchs über die öffentliche Gesundheit (Code de la santé publique). Diese Bestimmungen betreffen die Erstellung von Krankenakten und die Weitergabe von medizinischen Daten über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Mittel des FIQCS werden wie folgt verteilt:

- ein Teil geht über die mission régionale de santé und wird zugewiesen nach Stellungnahme des conseil régional de la qualité et de la coordination des soins
- der andere Teil wird durch das Büro des regionalen Rats für die Qualität und die Koordination der Gesundheitsdienstleistungen (conseil régional de la qualité et de la coordination des soins) verteilt.

3.3. Die Krankenversicherung in Frankreich

Im Kontext finanzieller Restriktionen und einem sich immer weiter entwickelnden Umfeld (in Hinsicht auf die Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem, auf die demographische Entwicklung und den technologischen Fortschritt) gilt es als eine Herausforderung für die Krankenversicherung ihren universellen, obligatorischen und solidarischen Grundzug zu wahren.

Durch das Gesetz Nr. 810 vom 13. August 2004 wurde die Krankenversicherung folgendermaßen umorganisiert:

- Entwicklung einer neuen institutionellen Funktionsweise, die als „neue Steuerung“ bezeichnet wird,
- Organisation des Versorgungsangebots und Kontrolle der Ausgaben im Gesundheitsbereich. Dabei wird den Gesundheitsakteuren, ob sie Nutzer des Gesundheitssystems oder **im Gesundheitsbereich tätige Personen** sind, verstärkt Verantwortung übertragen.

3.4. Die neue Steuerung

Der Staat bestimmt die Haupttrichtlinien der Gesundheitspolitik und garantiert die Grundprinzipien des Versorgungssystems mittels des Gesetzes zur Finanzierung der Krankenversicherung (folgend auf den Gesetzentwurf).

Das Gesetz legt für das kommende Jahr für die vier Zweige:

- Krankheit, Mutterschaft, Invalidität, Todesfall
- Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten
- Alter, Witwenstand
- Familie

(Ein fünfter Zweig für die Abhängigkeit ist vorgesehen, um das Altern der Bevölkerung durch Aufnahme von Personen mit Autonomieverlust zu bestreiten.)

die allgemeinen Bedingungen des finanziellen Gleichgewichts der Krankenversicherung fest und definiert für diese vier Zweige die Ausgabenvorgaben der Grundversicherungssysteme:

- staatliche Krankenversicherung der Arbeitnehmer (CNAMTS)

- zentrale landwirtschaftliche Krankenzusatzversicherung (CCMSA)
- staatliche Krankenkasse für Selbständige (RSI).

Dem Gesetzentwurf zur Finanzierung der Krankenversicherung ist ein Bericht beigefügt, der die voraussichtlichen Einnahmen und die Ausgabenziele pro Zweig der Pflichtversicherungen sowie das nationale Ausgabenziel der Krankenversicherung (ONDAM) für die kommenden 4 Jahre beschreibt.

Wenn die Ausgaben der Krankenversicherung das nationale Ausgabenziel überschreiten, leitet der Warneusschuss Gegenmaßnahmen ein und informiert das Parlament, die Regierung und die staatlichen Krankenkassen über das Risiko der Ausgabenüberschreitung. Diese müssen daraufhin einen Sanierungsplan, d.h. ein Sparprogramm, entwickeln.

Im Bereich Arzneimittel unterstützt der Wirtschaftsausschuss für medizinische Mittel (im weitesten Sinne: Medikamente, Arzneimittel, Medizinprodukte, biologische Produkte humanen Ursprungs, Therapie- und kosmetische Mittel) (CEPS) die Festlegung der Wirtschaftspolitik für die Arzneimittel. Er legt den Pauschaltarif für die Medikamente, die einer generischen Gruppe angehören, sowie den Verkaufspreis an die Bevölkerung der Arzneimittel, die erstattet werden, fest und setzt die Zielsetzungen gemäß des nationalen Ausgabenziels der Krankenversicherung um.

Im Bereich stationäre Behandlung unterstützt der Rat für stationäre Behandlung die Festlegung der Finanzierungspolitik der Gesundheitseinrichtungen sowie die Bestimmung und Verfolgung der Umsetzung des Ausgabenziels der Krankenversicherung bezüglich der Kosten für stationäre Behandlungen.

Der Nationale Verband der Krankenkassen (UNCAM) koordiniert die Krankenversicherung und hat erweiterte Kompetenzen für die Zuordnung medizinischer Behandlungen zur Gebührenordnung. Er trifft Entscheidungen über die Zuordnung zur Gebührenordnung medizinischer Behandlungen und Leistungen, die erstattet werden und legt den Betrag der Patientenselbstbeteiligung (nach den festgelegten Bestimmungen) sowie den Betrag der Pauschalbeteiligung der Versicherten fest. Er verhandelt und unterzeichnet die Vereinbarungen mit denen im Gesundheitsbereich tätigen Personen. Außerdem sichert er eine bedeutendere Koordinierung zwischen den Grundversicherungssystemen und den Zusatzversicherungen ab.

Die Hohe Gesundheitsbehörde berät die öffentliche Hand und den Nationalen Verband der Krankenkassen. Mithilfe von Stellungnahmen beeinflusst sie die Entscheidungen bezüglich der Kostenübernahme und –erstattung. Sie sorgt ebenfalls für die Verbreitung von Ratgebern über die beste Nutzung des Versorgungssystems und über gute Praktiken an im Gesundheitsbereich tätige Personen und an die Bevölkerung. Außerdem erstellt sie Empfehlungen zu den Bedingungen der Kostenübernahme bestimmter Pathologien (Langzeitkrankheiten).

Der Nationale Verband der Zusatzkrankenkassen (UNOCAM) gibt Stellungnahmen zu den Entscheidungsempfehlungen des Nationalen Verbands der Krankenkassen ab, die sich auf die Festlegung der Zuordnungsbedingungen der Erstattung medizinischer Behandlungen und des Betrags der Patientenselbstbeteiligung beziehen. Er berät mit dem Nationalen Verband der Krankenkassen über die Verhandlungspunkte mit den im Gesundheitsbereich tätigen Personen.

Der Nationale Verband der **im Gesundheitsbereich tätigen Personen** (UNPS) gibt Stellungnahmen zu den Entscheidungsempfehlungen des Nationalen Verbands der Krankenkassen ab (Festlegung des Betrags der Patientenselbstbeteiligung und die Pauschalbeteiligung der Versicherten). Er berät die Jahresprogramme in Absprache mit dem Nationalen Verband der Krankenkassen und dem Nationalen Verband der Zusatzkrankenkassen.

Auf regionaler Ebene legt der Regionale Verband der Krankenkassen (URCAM) eine gemeinsame Politik zum Risikomanagement, insbesondere im Bereich städtischer Versorgungsausgaben, fest. Er entwickelt ein gemeinsames Programm für alle in seiner Region ansässigen Versicherungseinrichtungen. Außerdem fördert und evaluiert er die Koordinierung der Versorgungsmaßnahmen sowie die Umsetzung guter Praktiken für die im Gesundheitsbereich tätigen Personen. Er überprüft, ob jede Krankenkasse die Präventions- und Gesundheitserziehungsmaßnahmen gemäß den regionalen Prioritäten im öffentlichen Gesundheitswesen umsetzt.

Die staatliche Krankenversicherung der Arbeitnehmer (CNAMTS) und die Ortskrankenkassen (CPAM):

Die nationalen Versicherungseinrichtungen (z.B. die staatliche Krankenversicherung der Arbeitnehmer) schließen Ziel- und Organisationsvereinbarungen (COG) mit dem Staat ab. Diese enthalten die Richtlinien der Regierung in den Bereichen öffentliches Gesundheitswesens, medizinische Demographie, Arzneimittel sowie für die Bekämpfung von Ausgrenzung beim Zugang zu medizinischer Versorgung.

Auf lokaler Ebene wird die Ziel- und Organisationsvereinbarung zwischen den staatlichen Krankenversicherungen der Arbeitnehmer und den Ortskrankenkassen im Rahmen mehrjähriger Organisationsverträge (CPG) umgesetzt.

3.5. Organisation und Regulierung des Versorgungsangebots

Durch das Reformgesetz vom 13. August 2004 wurden folgende Hauptmaßnahmen durchgeführt:

- der Hausarzt und ein koordinierter Krankheitsverlauf

Alle Versicherten sowie alle Personen ab 16 Jahre müssen ihrer Krankenkasse ihren Hausarzt angeben, den sie frei und mit dessen Einverständnis gewählt haben. Der Hausarzt ist für die Erstbehandlung zuständig. Bei Bedarf überweist er den Patienten an einen Spezialisten („Korrespondenzarzt“ genannt), der den Hausarzt über die Diagnose informiert. Der Hausarzt verfasst die Protokolle für Langzeitkrankheiten, informiert den Patienten über die Prävention und Gesundheitserziehung und fasst die medizinischen Informationen, die ihn betreffen, zusammen.

Bevor der Patient einen Termin bei einem Spezialisten wahrnimmt, muss er die ärztlichen Leistungen seines Hausarztes in Anspruch nehmen. Wird dies nicht beachtet, fällt die Erstattung des Arztbesuchs geringer aus (Erhöhung der Patientenselbstbeteiligung, „Erhöhung des noch zu zahlenden Restbetrags“ genannt).

Bei folgenden Spezialisten können direkt Termine vereinbart werden:

- beim Frauenarzt für die meisten Behandlungen
- beim Augenarzt für Brillenwechsel und die Behandlung des grünen Stars
- beim Psychiater für Jugendliche unter 26 Jahren

- die Pauschalbeteiligung in Höhe von 1 Euro

Damit die Versicherten (ab 18 Jahren) mehr Verantwortung für Ihr Verhalten im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung übernehmen, zahlen sie für alle Behandlungen und Arztbesuche, die von der Krankenkasse erstattet und von einem Arzt, sei es in der Stadt, in einer Einrichtung oder einem Gesundheitszentrum, vorgenommen werden sowie für alle biologischen Behandlungen eine Pauschalbeteiligung in Höhe von 1 Euro, die nicht zurückerstattet wird. Diese Pauschalbeteiligung zahlen Versicherte höchstens 50 Mal pro Kalenderjahr. Schwangere Frauen ab 6 Monate, Sozialhilfeempfänger, die kostenlos krankenversichert sind („*couverture maladie universelle*“ – CMU) und Personen, die eine Krankendeckung („*aide médicale état*“ – AME, z.B. Ausländer ohne gültige

Aufenthaltsgenehmigung) beziehen, sind von der Zahlung der Pauschalbeteiligung ausgeschlossen.

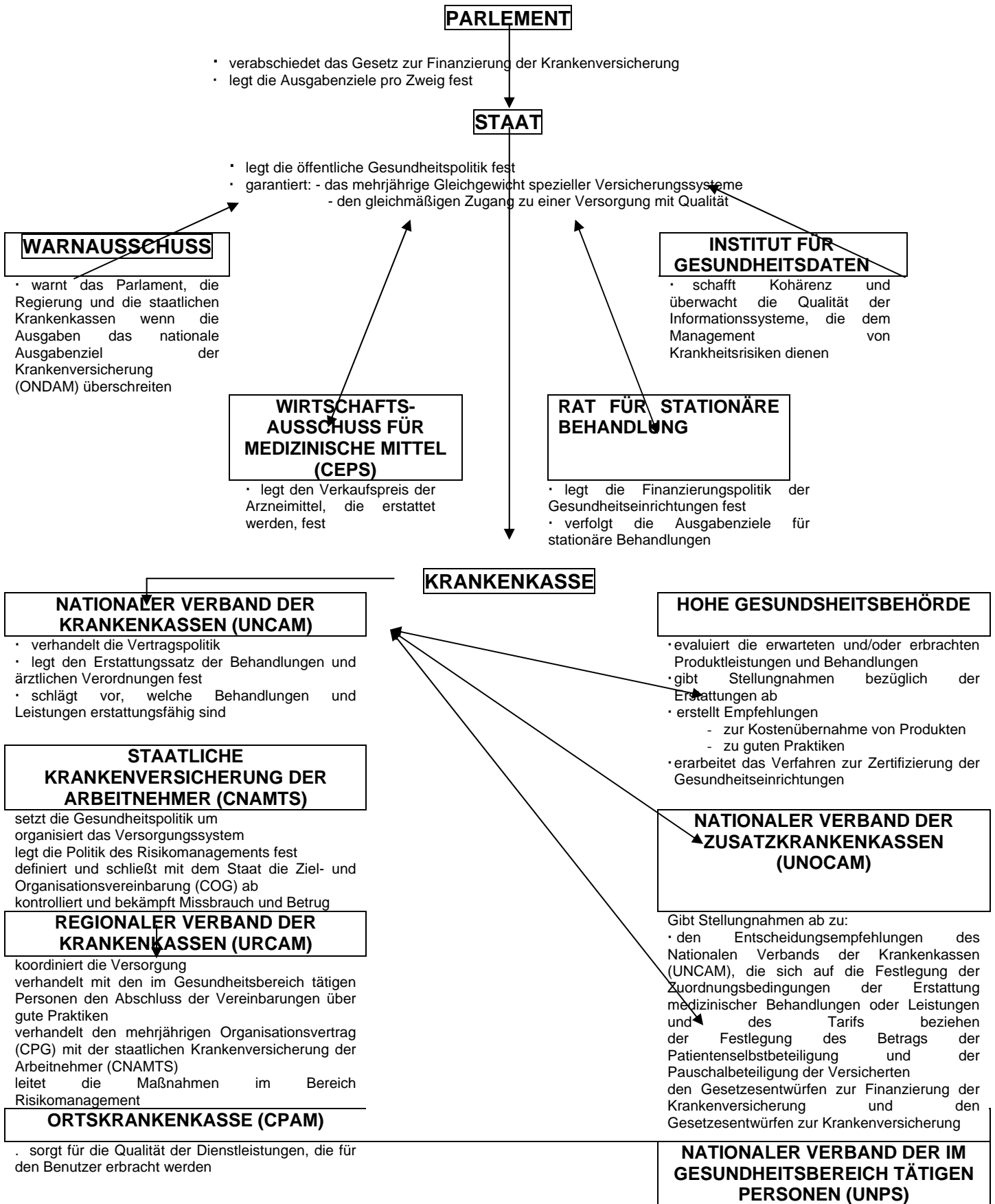
- die Pauschalbeteiligung in Höhe von 18 Euro

Die Versicherten zahlen eine Pauschalbeteiligung in Höhe von 18 Euro für Behandlungen, die 91 Euro und mehr kosten. Davon ausgenommen sind Röntgenaufnahmen und biologische Untersuchungen.

Personen, die eine Befreiung auf Grund ihres Status bei der Krankenversicherung haben oder auf Grund der Art der Behandlung (Langzeitkrankheiten, Mutterschaft) befreit sind, sind nicht von dieser Regelung betroffen. Die Pauschalbeteiligung wird von den Zusatzversicherungen und der lokalen Krankenkassen im Elsass und Lothringen übernommen.

- Verstärkte Kontrolle der Krankschreibungen
- Bekämpfung des Missbrauchs der Krankenversicherungskarte („*carte vitale*“)
- Im Fall von Missbrauch oder Betrug können Geldstrafen an im Gesundheitsbereich tätige Personen, Arbeitgeber oder Benutzer, die gegen die geltenden Bestimmungen verstoßen haben, verhängen werden.
- Die Einführung der persönlichen Krankenakte („*dossier médical personnel*“) für Versicherte ab 16 Jahre ist für 2008 vorgesehen. Es handelt sich um eine elektronische Krankenakte, die Angaben zu Diagnosen und Therapien enthält, die durch im Gesundheitsbereich tätige Personen und Einrichtungen vorgenommen wurden. Diese Krankenakte soll die Koordinierung, Qualität und durchgehende Gesundheitsversorgung erleichtern.
- Die Unterstützung bei der Abschließung einer Krankenzusatzversicherung, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Personen, die sich in einer schwierigen Situation befinden und deren Einkommen sich bis zu 20% über der Grenze der kostenlosen Krankenversicherung für Sozialempfänger (CMU) befindet, zu verbessern.

NEUE STEUERUNG DER KRANKENKASSE (1)



1) Quelle: „Guide de la gouvernance des organismes de sécurité sociale“ – Editions docis 2006

4. ANHÄNGE

4.1. Anhang 1: Gesundheitssystem Baden-Württemberg

Oberste Landesgesundheitsbehörde ist in Baden Württemberg das **Ministerium für Arbeit und Soziales**. Dem Ministerium nachgeordnet stehen die **Regierungspräsidien** als „höhere Gesundheitsbehörden“ und Mittelbehörden zwischen der obersten und unteren Verwaltungsebene. Das Land Baden-Württemberg besitzt hiervon eines in jedem seiner vier Regierungsbezirke: Stuttgart, Karlsruhe, Freiburg und Tübingen. Im Rahmen der Verwaltungsstrukturreform wurde das Landesgesundheitsamt im Jahr 2003 - unter Beibehaltung der landesweiten Zuständigkeit - in das Regierungspräsidium Stuttgart (Abteilung 9) eingegliedert. Die untere Verwaltungsebene bilden die **Landkreise** (im Regierungsbezirk Freiburg also z.B. der Ortenaukreis, der Landkreis Konstanz oder der Landkreis Rottweil), sowie die **Stadtkreise**, wie z.B. Stuttgart, Mannheim und Heilbronn⁴. Die Landratsämter und die Bürgermeisterämter in den Stadtkreisen sind untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt) (in BW insgesamt 38). Die Gesundheitsämter sind in den Landratsämtern und Bürgermeisterämtern unterschiedlich organisiert. Zum Teil nehmen mehrere Ämter, in Offenburg/ Ortenaukreis sind es drei, die Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde wahr.

Grundsätzlich gilt, dass die unteren Verwaltungsbehörden als untere Gesundheitsbehörden (Gesundheitsamt), also die Landratsämter und Bürgermeisterämter der Stadtkreise, in Fragen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sachlich zuständig sind. Die Zuständigkeiten von Ministerium, Regierungspräsidium und Landesgesundheitsamt muss also ausdrücklich z.B. durch ein Landesgesetz, begründet sein.

a) Das Ministerium für Arbeit und Soziales

<http://www.sozialministerium-bw.de>

Im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens ist das **Ministerium für Arbeit und Soziales** Rechts- und Fachaufsichtsbehörde der nachgeordneten Behörden. Seine originären Aufgaben bestehen insbesondere in der Gestaltung folgender Gesundheitsstrukturen:

Krankenhaus und Psychiatrieversorgung

Rettungsdienst

Ausbildung in nichtärztlichen und ärztlichen Heilberufen sowie Pflegeberufen

Überwachung von Arzneimitteln

b) Das Landesgesundheitsamt

<http://www.landesgesundheitsamt.de/>

Dem Landesgesundheitsamt obliegt es in erster Linie,

- das Ministerium für Arbeit und Soziales sowie die Regierungspräsidien und Gesundheitsämter in allen Fachfragen des öffentlichen Gesundheitswesens zu beraten und
- in diesem Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung anzubieten.

Daneben ist es die zentrale Untersuchungseinrichtung des Landes für humanmedizinische Untersuchungen, besonders im Bereich des Infektionsschutzes und der Umwelthygiene.

c) Die Regierungspräsidien

<http://www.rp.baden-wuerttemberg.de>

Die Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens werden hier von Medizinal- oder Pharmaziereferent/-innen geleiteten Referaten für medizinische und pharmazeutische Angelegenheiten wahrgenommen.

Die Regierungspräsidien führen die Arzneimittel- und Medizinprodukteüberwachung durch. Die am Regierungspräsidium Tübingen angesiedelte „Leitstelle Arzneimittelüberwachung Baden-Württemberg“ nimmt landesweit die Aufgabe der Überwachung pharmazeutischer Unternehmen und Herstellungsbetriebe wahr. Im

⁴ für eine vollständige Aufzählung siehe §§ 7 ff Landesverwaltungsgesetz Baden-Württemberg

Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes kommt den Regierungspräsidien in erster Linie die Rolle als Rechts- und Fachaufsichtsbehörde über die Gesundheitsämter zu. Darüber hinaus können sie u.a. Krankenhäuser und soziale Einrichtungen finanziell fördern und sichern die Einhaltung von Ausbildungsstandards nichtärztlicher und ärztlicher Heilberufe sowie der Pflegeberufe.

d) Die Gesundheitsämter

<http://www.gesundheitsamt-bw.de>

Die 38 Gesundheitsämter Baden-Württemberg repräsentieren den ÖGD auf lokaler Ebene.

Im einzelnen haben sie u.a. folgende Befugnisse und Aufgaben:

- a) Umweltmedizin, Umwelttoxikologie sowie Kommunalhygiene, hier insbesondere Überwachung von Trink – und Badewasser.
- b) Beobachtungsgesundheitsamt (In dieser Funktion führen u.a. die Gesundheitsämter Ravensburg, Offenburg, Mannheim und Stuttgart unter der Leitung des Landesgesundheitsamts in regelmäßigem Turnus umweltmedizinische Untersuchungen insbesondere zur Belastung mit Umweltschadstoffen sowie die Häufigkeit von Allergien und Atemwegserkrankungen durch.)
- c) Hygienische Überwachung von Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Schulen, Pflegeheimen, Krankenhäuser)
- d) sie sind primäre Meldebehörde für nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten und Nachweise von Krankheitserregern (§ 6 - 15 IfSchG)
- e) Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen
- f) Schulgesundheitspflege durch Einschulungsuntersuchungen und Jugendzahnpflege durch Gruppenprophylaxe (Erhebung des Zahnstatus', Fluoridierung, Zahnputzschulung und Ernährungslenkung)
- g) amts- und gerichtsärztlicher Dienst (Begutachtungen)
- h) Gesundheitsberichterstattung und gegebenenfalls Durchführung von epidemiologischen Untersuchungen in ihrem Bezirk
- i) Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention durch Beratung und Aufklärung

nationale Ebene

**Bundesministerium für
Gesundheit**

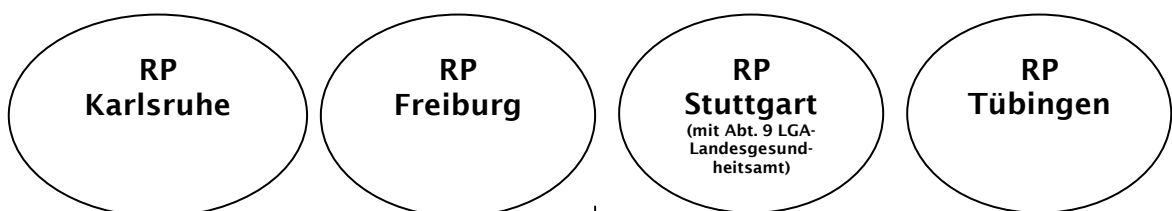
Bundesinstitute,
z.B. Robert-Koch-Institut

nur Rechtsaufsicht

*Landesebene
(Bsp.
Baden-
Württemberg)*

**Ministerium für
Arbeit und Soziales
Baden-Württemberg**

Rechts- und Fachaufsicht



Rechts- und Fachaufsicht

**Gesundheitsämter
der Landratsämter und Stadtkreise**

4.2. Anhang 2: Gesundheitssystem Rheinland-Pfalz

Oberste Landesgesundheitsbehörde ist in Rheinland-Pfalz das **Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen** mit Sitz in Mainz. Das Ministerium ist Rechts- und Fachaufsichtsbehörde seiner nachgeordneten Behörden. Seine originären Aufgaben sind u.a. die Krankenhaus- und Psychiatrieplanung, die Seuchenalarmplanung, der Ausbildung in ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen und der Überwachung von Arzneimitteln.

Dem Ministerium nachgeordnet ist das **Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung** mit Sitz in Mainz, Koblenz und Landau. Es ist zuständig für die **Fachberatung und Fachaufsicht über die Gesundheitsämter** in Rheinland-Pfalz nach dem Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGdG). Die Fachaufsicht koordiniert auch Kreisgrenzen überschreitende Tätigkeiten der Gesundheitsämter.

Die Gesundheitsämter

- **beobachten, untersuchen und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung** einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit, gehen den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nach und wirken auf deren Beseitigung hin
- **koordinieren Angebote der Gesundheitsförderung** mit den zuständigen Stellen und bieten bei Bedarf ergänzende Leistungen an,
- **beraten die Bevölkerung und die Träger öffentlicher Aufgaben bei gesundheitlichen Fragestellungen** und nehmen Stellung zu Planungen und Maßnahmen hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung,
- unterstützen die **Erarbeitung und Weiterentwicklung fachlicher Standards** zur Sicherung der Qualität medizinischer Leistungen,
- wachen darüber, dass die gesundheitsrechtlichen Bestimmungen und die Anforderungen der Hygiene eingehalten werden mit dem Ziel, **gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Schädigungen der Bevölkerung zu vermeiden oder zu beseitigen**,
- wirken darauf hin, dass **übertragbare Krankheiten bei Menschen verhütet und bekämpft** werden, ermitteln die Infektionswege und veranlassen Schutzimpfungen,
- wirken mit bei der **epidemiologischen Erfassung und Bewertung von Krankheiten**,
- wirken mit bei der **Ausbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens**,
- **überwachen die Einhaltung gesundheitsrechtlicher Bestimmungen** bei den die Heilkunde ausübenden Personen, bei Angehörigen sonstiger Berufe des Gesundheitswesens und bei Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Nach dem Landesgesetz über die Eingliederung der Gesundheitsämter in die Kreisverwaltungen sind die Gesundheitsämter einschließlich Nebenstellen ab 01.01.1997 in die Trägerschaft der kommunalen Gebietskörperschaften übergegangen. Diese erhalten vom Land außerhalb des Finanzausgleichs einen Betrag je Einwohner, bezogen auf die Einwohnerinnen und Einwohner der Dienstbezirke der Gesundheitsämter und Nebenstellen der jeweiligen Kreisverwaltung.

In Rheinland-Pfalz bestehen 24 Gesundheitsämter, denen zum Teil Nebenstellen angeschlossen sind. Die Gesundheitsämter sind Bestandteil der Kreisverwaltungen.

Nach dem Landesgesetz zur Reform und Neuorganisation der Landesverwaltung vom 12.10.1999 (GVBl. S. 325) wurde das **Landesuntersuchungsamt** mit Sitz in Koblenz errichtet. Dort sind die Institute für Hygiene und Infektionsschutz Koblenz, Landau und Trier, die Staatliche Lehranstalt für pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten in

Trier sowie die Staatlichen Lehranstalten für technische Assistentinnen und Assistenten in der Medizin in Koblenz und Trier eingegliedert.

Der Fachbereich Humanmedizin des Landesuntersuchungsamtes befindet sich in einer Phase der Umstrukturierung, die sich an den Erfordernissen moderner **Präventivmedizin** besonders im Sinne des **Infektionsschutzes** orientiert. Die Umstrukturierung nutzt das Instrument der **Aufgabenkritik** und der **Aufgabenanalyse**. Sie wird unter fachlichen wie wirtschaftlichen Gesichtspunkten vorangetrieben.

Das Landesuntersuchungsamt - Fachbereich Humanmedizin – ist landesweit die fachliche Leit- und Beratungsstelle für den öffentlichen Gesundheitsdienst in den Bereichen "Infektionserfassung und Infektionsprophylaxe" und "Epidemiologie von übertragbaren und durch äußere Einflüsse erworbenen Krankheiten". Aufgabenschwerpunkte sind im Einzelnen

- die Beratung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Überwachung der Hygiene von Krankenhäusern, Praxen und Gemeinschaftseinrichtungen mit dem Ziel, die Anzahl der bei stationären oder ambulanten Behandlungen erworbenen Infektionen zu vermindern,
- die Beratung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sowie Serviceleistungen zum Thema Bioterrorismus,
- Landeskompetenzzentrum für das Meldewesen und die Infektionserfassung nach dem Infektionsschutzgesetz,
- Hygienisch/mikrobiologische Wasser- und Lebensmitteluntersuchungen,
- Laboruntersuchungen von humanen Materialien (Mikrobiologie, Serologie, klinische Chemie, Hämatologie) einschließlich HIV-Screening als Serviceleistung für den öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Epidemiologie von Infektionskrankheiten und umweltbedingter Krankheiten,
- Organisation von Fort- und Weiterbildung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Ausbildung von medizinisch-technischen Assistentinnen und –Assistenten sowie pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten.

4.3. Anhang 3: Gesundheitssystem Saarland

Oberste Landesgesundheitsbehörde im Saarland ist das **Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales (MJGS)**.

Dem Ministerium nachgeordnet ist das **Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz (LSGV)**.

Dieses Landesamt erfüllt neben seinen Aufgaben aus dem Bereich „Soziales“ Aufgaben als zentrale Untersuchungseinrichtung des Landes für hygienisch / mikrobiologische Wasser- und Lebensmitteluntersuchungen, bakteriologische und virologische Tierseuchenuntersuchungen sowie Aufgaben aus dem Bereich der Umwelthygiene.

Es erfüllt ferner die Aufgaben des Landesprüfungsamtes für die Heilberufe und Gesundheitsfachberufe. Hierzu gehören u.a. die Organisation von Prüfungen, die Ausstellung von Zeugnissen und Urkunden, die Anerkennung von Qualifikationen sowie Maßnahmen im Rahmen von Berufsverstößen der Angehörigen der Heilberufe und Gesundheitsfachberufe.

Im Landesamt ist weiterhin die zentrale Gutachtenstelle für Landesbedienstete eingegliedert. Aufgabe dieser zentralen Gutachtenstelle ist die Erstellung von Zeugnissen und Gutachten für alle saarländischen Bediensteten.

Neben dieser zentralen Untersuchungseinrichtung wurde das **Staatliche Medizinaluntersuchungsamt an das Universitätsklinikum des Saarlandes** angegliedert. Es erfüllt alle Aufgaben im Bereich der Bakteriologie und Virologie in Bezug auf labortechnische Untersuchungen im Bereich der Humanmedizin. Gleichzeitig berät das Medizinaluntersuchungsamt in Fragen der Überwachung der Hygiene von Krankenhäusern, Arztpraxen und Gemeinschaftseinrichtungen. Es ist weiterhin zuständig für den Bereich der Überwachung der im Saarland vorhandenen Labors in Bezug auf die Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes.

Eine weitere zentrale Einrichtung des Landes im Bereich „Gesundheit“ ist die **AsylbewerberInnen-Untersuchungsstelle**. Aufgabe dieser Einrichtung ist die Untersuchung aller AsylbewerberInnen bei Aufnahme in die zentrale Landesaufnahmestelle.

Eine Mittelinstanz (z.B. Regierungsbezirk) ist im Saarland entgegen anderer Bundesländer nicht vorhanden.

Das Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales ist Fachaufsichtsbehörde über die v.g. Einrichtungen.

Originäre Aufgaben des Ministeriums sind insbesondere

- die Krankenhaus- und Psychiatrieplanung,
- die Überwachung von Arzneimitteln, pharmazeutischen Unternehmen und Herstellerbetrieben,
- Infektionsschutz einschließlich Seuchenalarmplanung,
- Landesmeldestelle für Infektionskrankheiten,
- Epidemiologie,
- Bestattungsrecht,
- Grundsatzangelegenheiten der Heilberufe und Gesundheitsfachberufe,
- Grundsatzangelegenheiten der Prävention,
- Grundsatzangelegenheiten des Gesundheitsschutzes sowie des gesundheitlichen Verbraucherschutzes in Bezug auf Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung.

Für den Rettungsdienst und den Katastrophenschutz ist das **Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport** zuständig. Die Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung wird vom MJGS im Krankenhausplan festgelegt.

Das **Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft** hat die Rechtsaufsicht über das Universitätsklinikum des Saarlandes, das neben den Aufgaben der stationären und ambulanten Krankenversorgung, der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte sowie der Angehörigen von Gesundheitsfachberufen als weitere ihm übertragene Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens als zentrale Untersuchungseinrichtung des Landes fungiert, die die humanmedizinischen Untersuchungen insbesondere im Bereich des Infektionsschutzes wahrnimmt und den Öffentlichen Gesundheitsdienst berät.

Untere Gesundheitsbehörden sind die **kommunalen Gesundheitsämter**, die im Jahr 1997 vom Land in die Trägerschaft der Landkreise bzw. des Stadtverbandes Saarbrücken überführt wurden.

Die **6 saarländischen Gesundheitsämter** sind direkte Ansprechpartner der Bürgerinnen und Bürger.

Sie beraten die Bevölkerung und die Träger öffentlicher Aufgaben zu allen gesundheitlichen Fragestellungen.

Zu ihren Aufgabenschwerpunkten zählen u.a.

- die hygienische Überwachung der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Schulen, Kindertagesstätten und sonstigen öffentlichen Einrichtungen, die Überwachung von Trinkwasser, Schwimmbädern usw.,
- die Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Erfassung, Ermittlung der Infektionswege, Schutzmaßnahmen, Infektionsprophylaxe usw.),
- die Untersuchung von Klein- und Schulkindern zur frühzeitigen Feststellung individueller Fehlentwicklungen und der Beurteilung, ob gesundheitliche Gründe dem Schulbesuch entgegenstehen,
- Durchführung von Schutzimpfungen,
- Untersuchung der Zahngesundheit,
- Begutachtungen des amtsärztlichen Dienstes,
- Epidemiologie,
- Initiierung und Koordinierung gesundheitsfördernder Programme,
- Sozialberatung von Behinderten, psychisch Kranken, Suchtkranken und chronisch Kranken,
- Beratung zu HIV/AIDS sowie Angebot von HIV-Tests,
- Schwangerenkonfliktberatung
- Beobachtung und Bewertung der gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung.

**4.4. Anhang 4: Weitere Informationen zum Gesundheitssystem
Deutschland**

Adressen und Internetseiten / Öffentliches Gesundheitswesen Deutschlands

Behörden

Bundesebene

- Bundesministerium für Gesundheit
Am Propsthof 78a
D-53121 Bonn
Tel.: +49 228 941-0
Fax: +49 228 941-1921
E-mail: poststelle@bmg.bund.de
www.bmg.bund.de

Baden-Württemberg

- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
Schellingstraße 15
D-70174 Stuttgart
Tel.: +49 711 123 – 0
Fax: +49 711 123 39 99
E-mail: Poststelle@sm.bwl.de
www.sozialministerium-bw.de
- Regierungspräsidium Stuttgart
Abteilung 9 - Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
D-70507 Stuttgart
Tel.: +49 711 1849 – 0
Fax: +49 711 1849242
E-mail: abteilung9@rps.bwl.de
www.landsgesundheitsamt.de
- Regierungspräsidium Karlsruhe
Hausanschrift:
Schloßplatz 1-3
D-76131 Karlsruhe
Postanschrift:
D-76247 Karlsruhe
Tel.: +49 721 926-0
Fax: +49 721 926-6211
E-mail: poststelle@rpk.bwl.de
www.rp-karlsruhe.de
- Regierungspräsidium Freiburg
Bissierstraße 7
D-79114 Freiburg im Breisgau
Tel.: +49 761 208 – 0
Fax: +49 761 208 – 394200
E-mail: poststelle@rpf.bwl.de
www.rp-freiburg.de

- Regierungspräsidium Tübingen
Konrad-Adenauer-Str- 20
D-72072 Tübingen
Tel.: +49 7071 757-0
Fax: +49 7071 757-319
E-mail: poststelle@rpt.bwl.de
www.rp-tuebingen.de

Rheinland-Pfalz

- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland Pfalz
- Abteilung Gesundheit -
Bauhofstraße 9
D-55116 Mainz
Tel.: +49 6131 16-2027
Fax: +49 6131 16-2452
E-mail: poststelle@masgff.rlp.de
www.masgff.rlp.de
- Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
in Koblenz
Baedekerstraße 2-10
D-56073 Koblenz
Tel.: +49 2 61 40 41 – 0
Fax: +49 2 61 40 41-4 07
E-Mail: poststelle-ko@lsjv.rlp.de
www.lsjv.de

Saarland

- Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales
Franz-Josef-Röder-Straße 23
D-66119 Saarbrücken
Tel.: +49 681 501-00
Fax: +49 681 501-2089
E-mail: poststelle@justiz-soziales.saarland.de
www.saarland.de/ministerium_justiz_gesundheit_soziales.htm

Nützliche Websites zum Thema Gesundheitswesen

Bund

- www.bfarm.de (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)
- www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
- www.dimdi.de (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information)
- www.pei.de (Paul-Ehrlich-Institut)
- www.rki.de (Robert-Koch-Institut)
- www.uba.de (Umweltbundesamt)
- www.bpb.de (Bundeszentrale für politische Bildung)
- "Themen" ⇒ "Innenpolitik" ⇒ "Gesundheitspolitik"

Länder

- www.gesundheitsamt-bw.de
- www.gesundheitsforum-bw.de

**4.5. Anhang 5: Weitere Informationen zum Gesundheitssystem
Frankreich**

Adressen und Internetseiten / Öffentliches Gesundheitswesen Frankreichs

Behörden

Nationale Ebene

- Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
14, Avenue DUQUESNE
F-75 350 PARIS SP
Tel.: +33 1 40 56 60 00 (Zentrale)
www.sante.gouv.fr

Elsass

- Préfecture de la région Alsace et du Bas-Rhin
5, place de la République
F-67073 Strasbourg Cedex
Tel.: +33 3.88.21.67.68
Fax: +33 3.88.21.62.16
E-mail: infos@bas-rhin.pref.gouv.fr
<http://www.bas-rhin.pref.gouv.fr/>
 - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace (DRASS)
14 rue du Maréchal Juin
Cité Administrative Gaujot - Escalier 1
F-67084 STRASBOURG CEDEX
Tel.: +33 3.88.76.76.81
Fax: +33 3.88.76.80.91
E-mail: dr67-direction@sante.gouv.fr
<http://alsace.sante.gouv.fr/drass/indexdrass.htm>
 - Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Bas-Rhin (DDASS)
14 rue du Maréchal Juin
Cité Administrative Gaujot - Escalier 1
F-67084 STRASBOURG CEDEX
Tel.: +33 3.88.76.76.81
Fax: +33 3.88.76.80.91
E-mail: dd67-directeur@sante.gouv.fr
<http://alsace.sante.gouv.fr/dep1/indexdep.htm>
 - Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Haut-Rhin (DDASS)
3, rue Fleischhauer
Cité Administrative bât. C
F-68026 COLMAR Cedex
Tel.: +33 3.89.24.81.64
Fax: +33 3.89.24.82.30
E-mail: dd68-direction@sante.gouv.fr
<http://alsace.sante.gouv.fr/dep2/indexdep.htm>
- gemeinsame Homepage der DRASS Alsace und der zwei DDASS:
<http://alsace.sante.gouv.fr/>

- Agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace
22, rue de l'Université
BP 90 119
F-67003 Strasbourg Cedex
Tel.: +33 3 90 22 98 22
Fax: +33 3 90 22 98 00
E-mail: arh-alsace@sante.gouv.fr
<http://alsace.parhtage.sante.fr>
- Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) Alsace
21, rue de BERNE
B.P. 60 353
F-67 009 STRASBOURG CEDEX
Tel.: +33 3 88 76 85 55
Fax: +33 3 88 76 85 54
E-mail: urcam.alsace@assurance-maladie.fr
www.alsace.assurance-maladie.fr

Lothringen

- Préfecture de la région Lorraine
36, place Saint THIEBAULT
B.P. 71 014
F-57 034 METZ CEDEX 1
Tel.: +33 3 87 34 87 34
Fax: +33 3 87 37 92 84
E-mail: webmestre@moselle.pref.gouv.fr
www.lorraine.pref.gouv.fr/
- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Lorraine (DRASS)
Immeuble "Les Thiers"
4, rue PIROUX
CO 80 071
F-54 071 NANCY CEDEX
Tel.: +33 3 83 39 29 29
Fax: +33 3 83 39 28 93
E-mail: dr54directeur@sante.gouv.fr
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Meurthe-et-Moselle (DDASS)
4 rue Bénit
CO 11
F-54035 NANCY CEDEX
Tel.: +33 3 83 17 44 44
Fax: +33 3 83 17 44 00
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Meuse (DDASS)
Cité Administrative
Avenue du 94e RI
BP 549
F-55013 BAR LE DUC CEDEX
Tel.: +33 3 29 76 84 00
Fax: +33 3 29 79 17 03

- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Moselle (DDASS)
27 place Saint Thiébault
F-57045 METZ CEDEX
Tel.: +33 3 87 37 56 00
Fax: +33 3 87 37 56 56

- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Vosges (DDASS)
1 quartier de la Magdeleine
F-88026 EPINAL CEDEX
Tel.: +33 3 29 64 66 68
Fax: +33 3 29 64 66 92

- gemeinsame Homepage der DRASS Lorraine und der 4 DDASS :
www.lorraine.sante.gouv.fr (Diese Internetseite ist im Aufbau.)

- Agence régionale de l'hospitalisation de Lorraine
Immeuble "les Thiers"
4 rue Piroux
F-54007 NANCY Cedex
Tel.: +33 3.83.36.86.60
Fax: +33 3.83.36.86.70
E-mail: arh54-directeur@sante.gouv.fr
<http://lorraine.parhtage.sante.fr>

- Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) Lorraine
4, boulevard PONTIFFROY
F-57 000 METZ
Tel.: +33 3 87 34 32 40
Fax: +33 3 87 34 32 42
E-mail: urcam.lorraine@assurance-maladie.fr
www.lorraine.assurance-maladie.fr

Nützliche Websites zum Thema Gesundheitswesen

www.ensp.fr

(Homepage der Ecole Nationale de la Santé Publique/ *Nationale Hochschule für das Öffentliche Gesundheitswesen*) mit umfangreicher Literaturdokumentation zu Gesundheitsthemen

www.legifrance.gouv.fr

das Wesentliche des französischen Rechts

Die Adressen sämtlicher französischer Behörden sind abzurufen auf der Seite:

www.service-public.fr