

sachsen-anhalt

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

okt. 2004

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)

Erste Ergebnisse zum Umsetzungsstand einzelner Elemente in Sachsen-Anhalt

- Das GMG hat den Vertragspartnern zum 01.01.2004 eine Fülle von Chancen eröffnet und eine Vielzahl von Aufgaben gestellt, an deren Umsetzung die Ersatzkassenverbände maßgeblich beteiligt sind. Der nachfolgende Sachstandsbericht bezieht sich auf ausgewählte Leistungsbereiche, auf die das GMG – unserer Auffassung nach – wesentliche Auswirkungen hat.

Integrierte Versorgung Das GMG erleichtert den Abschluss dieser Verträge erheblich. Weil die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt diese „Erleichterungen“ genutzt haben, um ihr „integra – neue Wege zur Gesundheit“-Vorhaben auf sämtliche kreisfreien Städte des Landes auszudehnen. Hierdurch eröffnet sich den Ersatzkassenversicherten ein Katalog stationärer Leistungen, die kurzzeitstationär von hochqualifizierten Ärzten erbracht werden. Das Finanzvolumen von „integra – neue Wege zur Gesundheit“ in Magdeburg, Halle und Dessau schöpft inzwischen mit ca. 6 Mio. die 1 Prozent-Regelung gem. § 140 d SGB V aus. Mit ca. 11,33 € je Mitglied für 2004 sind die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt, was das Finanzvolumen für die integrierte Versorgung angeht, damit in Deutschland an erster Stelle.

Praxisgebühr Die Zuzahlung für ambulante ärztliche Leistungen gemäß § 28 (4) SGB V, die so genannte Praxisgebühr, führte in Sachsen-Anhalt in der ersten Jahreshälfte 2004 zu einem Rückgang der Arztkontakte um mehr als 10 Prozent. Sachsen-Anhalt liegt damit nach dem Saarland bundesweit auf Platz zwei, was den Rückgang dieser Fallzahlen angeht (Quelle: Pro 9/2004 bzw. vgl. Darstellung 1 und 2). Die Praxisgebühr erzeugt hier demnach

- einen spürbaren Rückgang unwirtschaftlicher Behandlungen
- eine Entlastung der Ärzteschaft und damit einen Beitrag zur Sicherung der Versorgung – denn 10 Prozent weniger Patientenkontakte bedeuten einen spürbar verringerten Arbeitsaufwand bei den Ärzten

GMG – Prämissen zur integrierten Versorgung

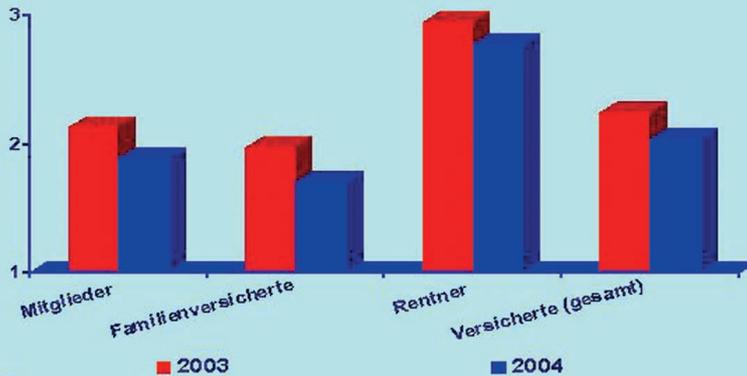
- Integrierte Versorgung ist zukünftig nicht mehr nur sektorübergreifende Versorgung, sondern auch die interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer einer Versorgungsstufe.
- An Integrationsprojekten können nun auch nur einzelne Ärzte beteiligt sein; die bisherige Begrenzung auf Gemeinschaften von Ärzten ist aufgehoben.
- Zu den Vertragspartnern einer Integrationsversorgung zählen zukünftig auch Apotheken.
- Rahmenvereinbarungen insbesondere mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind ersatzlos entfallen; die dort teilweise über den ursprünglichen Gesetzesauftrag entstandenen Restriktionen sind gegenstandslos geworden.
- In einer integrierten Versorgung kann – auf der Grundlage des jeweiligen Integrationsvertrages – vom Zulassungsstatus des Leistungserbringers abgewichen werden.

Mit der Option für die Krankenkassen, Rechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser um bis zu ein Prozent zu kürzen und diese Finanzmittel der „integrierten Versorgung“ zuzuführen, ist eine Umverteilung beachtlicher Mittel möglich geworden. Diese Umverteilung, hin zu jenen Leistungsträgern, die sich aktiv an der integrierten Versorgung beteiligen, wird die Dynamik zur Etablierung neuer integrierter Versorgungsformen entscheidend prägen. Neben den erleichterten Finanzierungsmöglichkeiten für die Kassen durch die unmittelbare und „automatische“ Refinanzierung mittels gesetzlich vorgeschriebener Rechnungskürzungen hebt das Gesetz bis einschließlich 2006 den Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Integrationsverträge ausdrücklich auf. Dennoch gilt auch in diesen Fällen, dass Kassen nur dann Geld ausgeben werden, wenn aus dem Projekt selbst heraus eine Refinanzierung über den 01.01.2007 hinausgesetzt wird.

Daten und Prognosen der Ersatzkassen 2004

Fallzahlvergleich zwischen 1. Quartal 2003 und 1. Quartal 2004 bei den Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt
(Quelle: Formblatt 3; eigene Berechnungen)

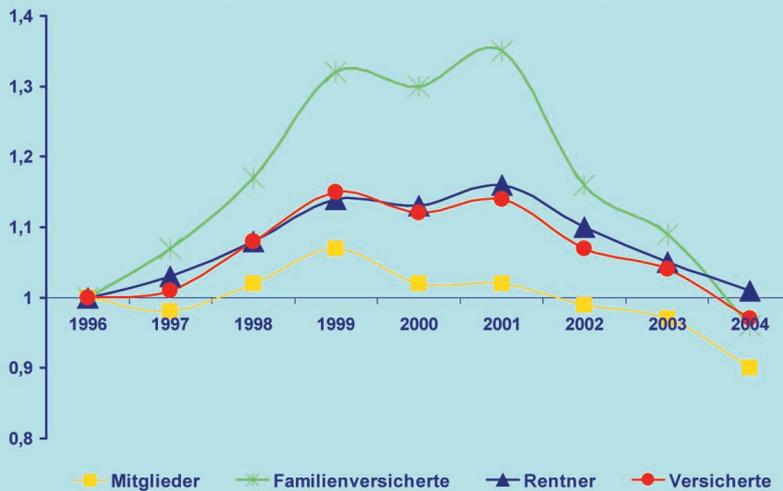
	Mitglieder	Familienversicherte	Rentner	Versicherte (gesamt)
1. Quartal 2003	2,13	1,97	2,95	2,25
1. Quartal 2004	1,89	1,70	2,78	2,04
Veränderung	-11,18%	-13,40%	-5,60%	-9,37%



vdak Landesvertretung Sachsen-Anhalt / September 2004

Daten und Prognosen der Ersatzkassen 2004

Fallzahlentwicklung bei den Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt im Zeitraum von 1997 bis 1. Quartal 2004
(Quelle: Formblatt 3; eigene Berechnungen)



vdak Landesvertretung Sachsen-Anhalt / September 2004

Darstellung 1

Die Darstellungen 1 und 2 greifen die Fallzahlentwicklung für den Bereich der Ersatzkassen in unterschiedlichen Betrachtungszeiträumen auf. Interessant ist hierbei, dass bereits seit 1999 die Fallzahlen rückläufig sind. Das lässt darauf schließen, dass Sachsen-Anhalts Ärzte, zumindestens was Ersatzkassenpatienten betrifft, offensichtlich schon seit längerem das „Hamsterrad Fallzahlproduktion“ verlassen haben. Hinzu kommt, dass durch die veränderte Systematik im Honorarverteilungsmaßstab ab 2003, (3. Quartal 2003) die Fallzahlen verstärkt absinken. Mit dem Inkrafttreten des GMG und damit der Zahlung einer Praxisgebühr kommt eine zusätzliche Begründung für den absinkenden Trend o. g. Zahlen hinzu. Aus Sicht der Ersatzkassen scheint für diesen generellen Fallzahlrückgang in Sachsen-Anhalt allerdings maßgeblich die veränderte Struktur des Honorarverteilungsmaßstabes ausschlaggebend sein.

Darstellung 2

- ➔ eine Aufwertung von Arztbesuchen für die Versicherten, denn nur was etwas kostet, ist auch etwas wert,
- ➔ mögliches Problem: Die Verschleppung notwendiger Arztbesuche. Allerdings liegen der Landesvertretung bisher keine Erkenntnisse über

negative Ausweitungen der Praxisgebühr auf den Gesundheitszustand der Versicherten vor.

Die Praxisgebühr hat sich bisher bewährt und sollte deshalb beibehalten werden. Höhere Gebühren, wie im Ausland teilweise üblich, sollten darüber hinaus

Daten und Prognosen der Ersatzkassen 2004

Entwicklung ausgewählter VdAK/AEV-Leistungsausgaben in Sachsen-Anhalt von 1997 bis 2004*

(Quelle: KV 45 ; Indexwerte je Mitglied; eigene Berechnungen, *) bezogen auf 1. Halbjahr 2004)



vdak Landesvertretung Sachsen-Anhalt / September 2004

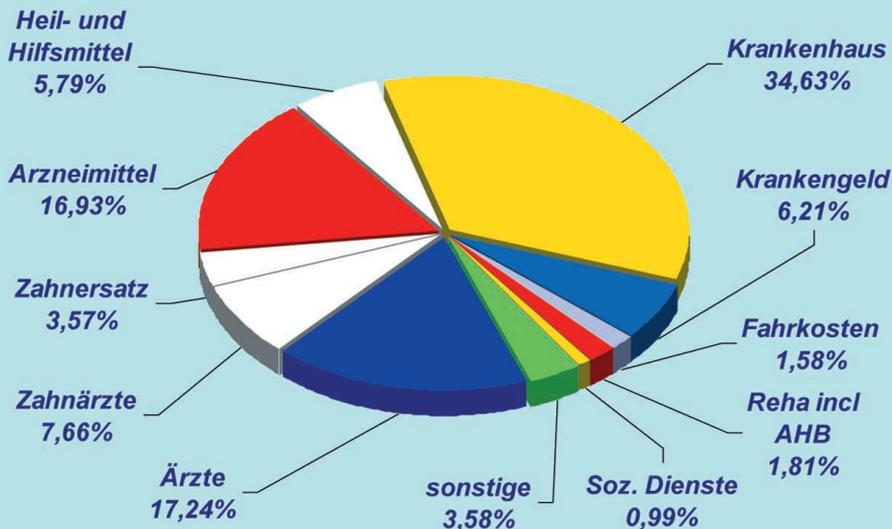
Darstellung 3

Die mit rund 77 % Anteil an den Gesamtausgaben hier dargestellten Ausgabenblöcke „Ärzte“, „Zahnärzte“, „Arzneimittel“ und „Krankenhäuser“ bestimmen maßgeblich die Ausgabendynamik bei den Ersatzkassen. Insbesondere bei den Leistungsausgaben in den Bereichen „Krankenhaus“ und „Arzneimittel“ ist trotz verschiedener Kostendämpfungssetze auf exorbitante Steigerungsraten zu verweisen. Erst mit dem Inkrafttreten des GMG gibt es zumindest im Ausgabenbereich „Arzneimittel“ eine deutliche Abkehr von weiteren Ausgabenzuwächsen.

Daten und Prognosen der Ersatzkassen 2004

Übersicht über die VdAK/AEV-Leistungsausgaben in Sachsen-Anhalt

(Quelle: KV 45 1. u. 2. Quartal 2004; eigene Berechnungen; Angaben in Prozent)



vdak Landesvertretung Sachsen-Anhalt / September 2004

Darstellung 4

Im ersten Halbjahr 2004 verbuchten die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt über 560 Mio. Euro an Leistungsausgaben. Mit mehr als 34 % sind die Ausgaben zu den Krankenhausbereich am Größten. Dem folgen die Ausgabenblöcke „Ärzte“, „Arzneimittel“, „Zahnärzte“. Auffällig ist, dass der Ausgabenblock „Arzneimittel“ mit rund 16,9 % anteilmäßig wieder hinter dem der „Ärzte“ zurückfällt.

diskutiert werden, aber genauso das oben genannte Problem verzögerter Arztbesuche.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus Die Möglichkeiten von § 116 in Verbindung mit § 116 a SGB V werden in Sachsen-Anhalt bisher nicht genutzt.

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) fürchtet die Konkurrenz aus dem stationären Bereich und stellt die Möglichkeiten von Krankenhäusern für ambulante Behandlungen in Frage. Die Kostenträger befürchten „Drehtüreffekte“, die dann auftreten, wenn Versicherte im Wechsel ambulant und stationär von miteinander verbundenen Leistungserbringern behandelt werden. Durch die Umstellung auf das Fallpauschalensystem im Krankenhaus sind die finanziellen Anreize für solche Drehtüreffekte besonders hoch. Kritisch zu sehen ist auch, dass die extra-budgetäre Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen keine entsprechende Bereinigung des KV-Budgets nach sich zieht.

Es kommt darauf an, dass interessierte Krankenhäuser Modelle anbieten, die solche „Drehtüreffekte“ ausschließen und aufzeigen, wie die Versorgung mit ambulanten Leistungen durch das Krankenhaus funktionieren soll. Unter dieser Voraussetzung hätte insbesondere die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116 a SGB V) innerhalb des KV-Budgets Eigenschaften, die das Verhandlungsgeschehen voranbringen.

Vergütung ärztlicher Leistungen bis 2007 Die Vorbereitung auf eine Vergütung durch Fallpauschalen in der ambulanten ärztlichen Versorgung bis zum

01.01.2007 hat in Sachsen-Anhalt erst begonnen. Im September wurden erste zielführende Gespräche mit der KVSA zur Ausgestaltung des künftigen HVM geführt. KV-interne Probleme erzeugt vor allem der Strukturwandel, den die mehr leistungsorientierte Vergütung für die einzelne Arztpraxis mit sich bringt. Die KVSA hat bisher keine Bereitschaft gezeigt, den Verbänden ihre Vergütungsstrukturen offen zu legen.

Der Gesetzgeber sollte genauer beschreiben, welche Daten die jeweilige KV dem einzelnen Verband für die künftig morbiditätsorientierten Verhandlungen zur Verfügung stellen muss, um Verhandlungen „in gleicher Augenhöhe“ zu ermöglichen. Die Ersatzkassen begrüßen die Aussicht, ab dem 01.01.2007 (§ 85 d SGB V) gleiches Geld für gleiche Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung wie die anderen Kassenarten zu zahlen.

Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Behandlungs- und Verordnungsweise Die Wirtschaftlichkeitsprüfung war bis Ende 2003 insbesondere nicht in der Lage, die Kostenexplosion im Arzneimittelsektor zu stoppen.

Das GMG strebt nicht zuletzt deshalb eine größere Eigenständigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung von ärztlicher Behandlungs- und Verordnungsweise gem. § 106 SGB V an. In Sachsen-Anhalt wurde eine ARGE aus den GKV-Verbänden und der KVSA gegründet, die Träger der neuen Geschäftsstelle ist. Das Personal der alten Geschäftsstelle wurde im Rahmen des Betriebsüberganges übernommen. Die Geschäftsstelle befindet sich nach wie vor im Gebäude der KVSA.

Der gemeinsame Berufungs- und Beschwerdeausschuss wird gem. § 106 (4a) SGB V mit seinen Entscheidungen über die Ausgaben der ARGE als Träger der Geschäftsstelle verfügen, so dass die ARGE streng über die Kostenentwicklung in der Verwaltung zu wachen hat. Das Budget der Geschäftsstelle befindet sich derzeit im Abstimmungsprozess zwischen den Beteiligten. Da sich die ärztliche Behandlungsweise nach Wegfall der budgetierten Gesamtvergütung im Jahr 2007 voraussichtlich erheblich ausdehnen wird, ist gleichzeitig eine effektivere Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendig. Es bleibt derzeit noch abzuwarten, ob die Regelungen des GMG ausreichen, die erwartete Mengenausweitung nach Einführung der Fallpauschalen in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Jahr 2007 zu begrenzen.

Zahnersatz Das GMG sieht den Wegfall des Zahnersatzes aus der paritätischen Finanzierung der GKV zum 01.01.2005 vor. Die parallele Zwangsversicherung des Zahnersatzes über GKV oder PKV soll durch Vermischung von Solidar- und Äquivalenzprinzip erfolgen, die für jeden Versicherten gilt. Auf politischer Ebene wird derzeit verstanden, dass eine solche Vermischung praktisch nicht möglich ist: Entweder gibt es gleiche Pauschalen und damit eine Verletzung des Äquivalenzprinzips oder einen Preiswettbewerb und ein Auseinanderbrechen der Solidargemeinschaft. Insofern sollte die solidarische Versicherung des Zahnersatzes beibehalten werden – das GMG ist an dieser Stelle nicht durchdacht und sollte hier zurückgenommen werden.

Arzneimittelkosten § 130 a SGB V regelt die Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen, die im Jahr 2004 zu einer Reduktion der Ausgaben für Arzneimittel in Höhe von voraussichtlich mehr als 10 % für die GKV in Sachsen-Anhalt führen werden. Die Regelungen des GMG erzeugen also im Jahr 2004 eine Ausgabenreduktion, die auf höheren Abschlägen auf die Herstellerabgabepreise und veränderten Zuzahlungsregelungen beruht. (vgl. Darstellung 3)

Eine Steuerung der Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich über veränderte Rabatte

wird jedoch immer nur temporäre Wirkungen haben, da die Hersteller über Änderungen der Brutto-Preise ihren Umsatz nach Rabatten steuern können. Die ökonomischen Wirkungen von Zuzahlungen sind dagegen unbestritten.

Disease-Management-Programme Die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt haben ein DMP-Brustkrebs gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft entwickelt, das zwischen den Krankenhäusern, niedergelassenen Gynäkologen und anderen Therapeuten das neue, effiziente Leistungsstrukturen etabliert. Diese sektorübergreifende Zusammenarbeit von Leistungserbringern gelingt ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung und schafft dennoch eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten nach Maßgaben des DMP.

Die Neuregelung von § 140 a ff. SGB V befördert in Verbindung mit § 268 SGB V (Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches) den Abschluss von DMP. Damit wird der RSA in statischer Hinsicht weiter verbessert. Ein 100-prozentiger RSA löst den Preiswettbewerb unter den Krankenkassen allerdings auf und damit auch die Anreize für ein wirtschaftliches Verhalten der Kostenträger (Dynamik). Die Etablierung von DMP trägt zu außerordentlichen Steigerungen von Verwaltungsausgaben bei.

Reaktionen zur Diskussion zum neuen Hochschulmedizingesetz – Meinungsäußerung der GKV

Das Hochschulmedizingesetz Sachsen-Anhalt, das die Rahmenbedingungen für die Universitätskliniken regelt, befindet sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren. Die wesentlichen neuen Inhaltspunkte des aktuellen Gesetzesentwurfes vom 11. August 2004 sind:

- die Etablierung der Gemeinsamen Kommission als Abstimmungsorgan der Universitäten untereinander
- die Abwertung des kaufmännischen Sachverständigen bei fakultätsinternen Entscheidungen

- ➔ die erweiterte Außenvertretung durch den ärztlichen Direktor sowie die erstmalig festgeschriebene Trennung der Finanzstrukturen der Universität.

Zu dem aktuellen Entwurf des Hochschulmedizingesetzes haben die Kassenverbände eine gemeinsame Stellungnahme gegenüber dem Kultusministerium Sachsen-Anhalt abgegeben.

Die Universitätsklinika werden innerhalb der Krankenhausplanung des Landes den anderen Krankenhäusern in der ab dem 01.01.2005 geltenden Krankenhausplanung gleichgestellt. Unter diesem Gesichtspunkt bedauern die Ersatzkassen besonders, dass es keine Verpflichtung für eine Einbindung der Akademischen Lehrkrankenhäuser in die Ausbildung der Medizinischen Fakultäten gibt. Wir erwarten, dass durch die erhöhte Abstimmung der Krankenhäuser mit den Universitäten auch die Nutzung der Akademischen Lehrkrankenhäuser als Ausbildungsstätten zunimmt.

Grundsätzlich begrüßen die Ersatzkassen die Trennung der finanziellen Strukturen für Forschung und Lehre und für die Krankenversorgung. Damit wird eine langjährige Forderung der GKV umgesetzt. Für die Kassenseite erhöht sich dadurch die Kostentransparenz für diese Hochleistungsmedizin. Ebenfalls positiv ist die Einrichtung einer Gemeinsamen Kommission, da die Abstimmung beider Universitätsklinika untereinander dadurch gefördert werden kann. In diesem Zusammenhang sehen wir auch die Verabschiedung von Zielvereinbarungen als sinnvoll und notwendig an. Die Instrumente zur Abstimmung und Entwicklung sind den Uniklinika somit gegeben, wie diese jedoch genutzt und eingesetzt werden, bleibt abzuwarten. Den Bereichen Forschung/Lehre und Krankenversorgung sollte eine gemeinsame Leitung übergeordnet sein, die insbesondere die Schnittstellen zwischen diesen Bereichen (Strukturplanung, bauliche Entwicklung, Organisation) koordiniert. Bei möglichen Interessenkonflikten zwischen den einzelnen Bereichen, wäre sie die kompetente Instanz auf

der Leitungsebene. Diese Ebene sollte dann auch die übergeordnete Finanzverantwortung tragen. In wie weit dies durch den Aufsichtsrat sichergestellt werden kann, bleibt abzuwarten.

Problematisch sehen wir in diesem Zusammenhang die ausschließlich beratende Position des kaufmännischen Direktors bei den Fakultätsvorständen. Da medizinische Entscheidungen immer finanzielle Folgen haben, sollte der kaufmännisch Verantwortliche größere Kompetenzen erhalten.

In diesem Kontext ist es allerdings positiv zu werten, wenn für den Aufsichtsrat externer Sachverständiger aus der Wirtschaft mit einem Sitz aufgenommen wird. Die Verantwortung der beiden Universitätsklinika, sich untereinander besonders im Rahmen der Hochleistungsmedizin abzustimmen, kann durch die Gemeinsame Kommission und die Zielvereinbarungen umgesetzt werden.

Die Verbände der GKV sehen durch die Tendenz des neuen Gesetzes zur Hochschulmedizin die Gefahr, dass durch die Setzung des Primats von Forschung und Lehre für den Gesamtbereich der Hochschulmedizin in Sachsen-Anhalt eine zu einseitige Betonung wissenschaftlicher Aspekte erfolgt. Zur Weiterentwicklung und Förderung der Hochschulmedizin in Sachsen-Anhalt wäre aus Sicht der Verbände hier ein permanenter und dynamischer Interessensausgleich zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern schon auf der gesetzlichen Ebene zu verankern.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Sachsen-Anhalt des VdAK/AEV
Schleifufer 12
39104 Magdeburg
Telefon: 0391 / 5 65 16-0
Telefax: 0391 / 5 65 16-30
Verantwortlich: Jürgen Fremmer
Redaktion: Dr. Volker Schmeichel

integra – neue Wege zur Gesundheit

Ersatzkassen forcieren Vorsorgeuntersuchung zu Darmkrebs

Ab dem 15. September 2004 bieten die Ersatzkassen für ihre Versicherten einen neuen Service im Rahmen ihres Versorgungsangebotes „integra – neue Wege zur Gesundheit“ an.

Ersatzkassenversicherte ab dem 56. Lebensjahr, die sich in den vergangenen 10 Jahren keiner Darmkrebsvorsorgeuntersuchung unterzogen haben, können sich nun kostenlos im St. Marienstift untersuchen lassen. Innerhalb der integrierten Versorgung ist gewährleistet, dass – bei Vorliegen entsprechender Diagnosen – sich die weitere Behandlung nahtlos anschließt. In dem Fall können die Patienten gleich in der Klinik verbleiben und müssen sich nicht noch einmal der umfangreichen Vorbereitungsprozedur unterziehen.

Die Ersatzkassen reagieren mit diesem Vorsorgeangebot unmittelbar auf die in Magdeburg vorhandene große Nachfrage. Für diese Untersuchung müssen derzeit Wartezeiten von über einem halben Jahr in Kauf genommen werden. Das Angebot richtet sich an Ersatzkassenversicherte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben. Der Klinik St. Marienstift ist es gelungen, mit

Frau Dr. Gärtner eine erfahrene Internistin zu gewinnen, die die Behandlungskette in einer Hand umsetzen kann.

Zum Hintergrund: In Deutschland wird jährlich 57.000 mal die Diagnose Darmkrebs erkannt, fast 30.000 Menschen sterben pro Jahr daran. Damit gehört der Darmkrebs zu den drei häufigsten bösartigen Erkrankungen.

Die Mehrheit der Erkrankungen wird bei Patienten im Alter zwischen 60 und 80 Jahren festgestellt. Der Darmkrebs hat bei rechtzeitiger Erkennung allerdings sehr gute Prognosen für eine vollständige Heilung.

Die erste Vorstufe der Krebserkrankung ist der Darmpolyp. Durch eine Entfernung von Darmpolypen kann das Krebsrisiko für die folgenden 10 Jahre um ca. 90 % reduziert werden.

Bei der zweiten Stufe hat sich der Krebs bereits gebildet, ist aber noch nicht mit der Darmwand verwachsen. Eine Abtragung ist noch möglich und somit auch eine vollständige Heilung.

Bei der dritten Stufe ist der Krebs bereits durch die Darmwand gedrunken und bildet schnell Metastasen, hier sind eine aufwändige OP und umfangreiche Nachbehandlungen notwendig.

Landesweite Impfkaktionen von Ersatzkassen maßgeblich unterstützt

Impfungen gehören zu den wichtigsten vorbeugenden Maßnahmen unserer Zeit. Säuglinge und Kleinkinder sind noch hervorragend geimpft, die Impfbeteiligung bei Jugendlichen hingegen ist unzureichend. Viele Jugendliche der oberen Klassen in Sachsen-Anhalt sind deshalb unzureichend gegen Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Tetanus, Polio und Pertussis geschützt, weil die Auffrischungsimpfungen versäumt wurden.

Im Rahmen einer viermonatigen Impfkaktion, die maßgeblich von den Ersatzkassen (BARMER, DAK, KKH, TK, HaMü, HEK, GEK) unterstützt wird, gilt es die Impflücken zu schließen. Das Ministerium für Gesundheit und Soziales und der Arbeitskreis Impfen Sachsen-Anhalt sind ebenso an der Vorbereitung dieser landesweiten Aktionen beteiligt, wie das Landesamt für Verbraucherschutz und die Landesvereinigung für Gesundheit e.V. Die Organisation und Durchführung vor Ort obliegt den dafür zuständigen Gesundheitsämtern.