

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI aktuell

Mitgliederzeitung Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. • www.bdi.de

Nr. 8/9 • August 2008

Inhalt

Standard- und Basistarif

Wer ist für die Sicherstellung verantwortlich?

Das Bundesverfassungsgericht stellte klar, dass keine gesetzliche Verpflichtung der Vertragsärzte besteht, Standard- und Basistarifversicherte zu behandeln. Nun stellt sich die Frage, wer für die Sicherstellung verantwortlich ist: die KV oder der Vertragsarzt?

Seite 6

PKV-Papier

Ein Arbeitspapier mit gesundheitspolitischen Folgen

In einem Arbeitspapier der Allianz Axa und Ergo wird angeblich ein neues Versicherungssystem eingefordert. Danach soll – wie bei der Kfz-Versicherung – Versicherungspflicht bestehen.

Seite 7

Implantierter Herzschrittmacher/ICD Notfallmanagement

Notfälle bei Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher oder ICD erfordern spezifische Kenntnisse. In diesem Artikel werden das Notfallmanagement von Fehlfunktionen der Implantate sowie der „elektrische Sturm“, inadäquate ICD-Therapien, elektrische Kardioversion oder die Interpretation von Warnsignalen erläutert.

Seite 10

Aktueller Stand bei Synkopen Wie viel Diagnostik, welche Therapie?

Die neueren Leitlinien zur Synkopenabklärung empfehlen eine Abkehr vom diagnostischen „Gießkannenprinzip“. Auch die Therapieempfehlungen haben sich verändert: Patientenaufklärung und physikalische Maßnahmen haben pharmakologische Strategien und Schrittmacherimplantation zurückgedrängt.

Seite 12

Impressum

Seite 15

Gesundheitsministerkonferenz in Plön

Konflikt ums Krankenhaus

Ministerin Ulla Schmidt hat sich in Plön in der Holsteinischen Schweiz mit ihren Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsministerkonferenz getroffen, um ihre Krankenhausgesetzgebung abzustimmen. Die ersten Entwürfe aus dem Bundesgesundheitsministerium sehen drei Hauptfelder für die Reform vor:

Der Basisfallwert wird zu einer Punktwertwährung für die Krankenhäuser, die duale Krankenhausfinanzierung wird abgeschafft und mit Krankenhäusern können selektive Verträge vereinbart werden.



Bei der Krankenhausgesetzgebung haben sich Ulla Schmidt und ihre Kollegen aus den Bundesländern auf den kleinsten gemeinsamen Nenner geeinigt.

Die drei Haupt-

felder der Reform im Einzelnen:
– Der Basisfallwert wird zu einer Art Punktwertwährung für die Krankenhäuser. Eine länderbezogene Ausgabenobergrenze wird eingeführt, nach der sich je nach Leistungsentwicklung der Basisfallwert entwickeln wird. Hier hat man wieder neue Inhalte für das alte Fass der Budgetierung gefunden. Die Punktwertwährung der Kassenärztlichen Vereinigung lässt auch bei den Krankenhäusern grüßen. Ziel des BMG ist, einen bundeseinheitlichen Basisfallwert zu definieren.

– Das Bundesgesundheitsministerium hat die Absicht, die duale Krankenhausfinanzierung abzuschaffen und die Monistik einzuführen. Die Investitionen werden zurzeit im dualen System von den Ländern getragen, die Krankenkassen zahlen die laufenden Kosten über die DRGs. Nach dem Willen des Bundesgesundheitsministeriums sollen die

Investitionsmittel in Zukunft über den Gesundheitsfonds geregelt werden, der durch entsprechende Steuergelder aufgestockt werden soll.

– Seither bestand für die Krankenkassen die Verpflichtung, mit jedem zugelassenen Krankenhaus Verträge abzuschließen. Dies soll aufgeweicht werden, nach dem Motto „elektiv ist selektiv“. Selektive Eingriffe können mit jedem einzelnen Krankenhaus vereinbart werden. Dabei fürchten die Häuser – die Kassen haben dies schon angekündigt –, dass sie im Vergleich zu den derzeitigen DRG-Bewertungen nur Verträge mit entsprechenden Abschlägen angeboten bekommen.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Kassen-Wettbewerb wird ausgeschaltet

Gut wirtschaftende Krankenkassen werden abgestraft

Bereits im GKV-WSG hatte der Gesetzgeber fixiert, dass die Krankenkassen auch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben wie die „standardisierten Verwaltungsausgaben“ erhalten sollen. Im Entwurf eines „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“ wird es konkreter: Hier sind Vorgaben zur Abgrenzung und zum Verfahren der Standardisierung der Verwaltungsausgaben sowie Kriterien der Zuweisung der Mittel an die

Krankenkassen zur Deckung dieser Ausgaben vorgesehen.

In der Begründung heißt es, dass die standardisierten Verwaltungskosten zu einem Anteil von 50% nach der Höhe der Grundpauschalen und der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge für die Versicherten einer Krankenkasse ermittelt werden und zu einem Anteil von 50% nach der Zahl ihrer Versicherten. Das läuft auf das Ende des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen hinaus und führt direkt hin zu einer Einheitsversicherung.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

Gesundheitsfonds 2009

Neuorientierung der Gesundheitspolitik?

Das Grundprinzip der Deutschen Gesundheitspolitik seit Sozialminister Norbert Blüm ist die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik. Hauptinstrument ist die Budgetierung, die seither nach Versorgungsebenen sortiert wurde. Dies betrifft die Gesamtheit der Vertragsärzteschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung und die einzelnen Krankenhäuser bei ihren Budgetverhandlungen. Die Politik hat es in der Vergangenheit immer wieder verstanden, für das Budget neue Definitionen in die Gesetzgebung einzuführen, um beim Bürger den Eindruck einer Innovation in der Gesetzgebung vorzutäuschen. Letztes Beispiel ist der Begriff der Ausgabenobergrenze für die ambulante und die stationäre Versorgung, die nichts anderes als eine weitere Variation des Budgetierungsgedankens bedeutet.

Mit der Anbindung an die Grundlohnsomme ist es der Politik gelungen, die Ausgaben an den Einnahmen zu orientieren. Im ambulanten Bereich hat man zusätzlich den Leistungskatalog festgeschrieben. Er ist im EBM definiert, demgegenüber dürfen die Krankenhäuser alles erbringen, was nicht verboten ist. Dies schafft Vorteile in der Konkurrenzsituation zum Vertragsarzt, kann aber in der Zukunft bei eingeschränkten Ressourcen auch zu einem entscheidenden Nachteil werden.

Lesen Sie weiter auf Seite 4

Blackbox Morbi-RSA Morbidity Index und Geldverteilung im Gesundheitsfonds

Im Gesundheitsfonds wird das Geld nach der Versichertenzahl und nach den Vorgaben des Morbiditätsindex an die einzelnen Krankenkassen verteilt. Der Morbiditätsindex ist der Schlüssel für die Finanzierung unseres Gesundheitswesens, da über ihn verhindert werden soll, dass die Krankenkassen – wie schon in der Vergangenheit – überwiegend junge und gesunde Menschen versichern.

Durch den von Seehofer eingeführten Wettbewerb über den Beitrag war es zu einer massiven Verwerfung bei der Versichertenstruktur gekommen. Die Krankenkassen sind teilweise ihrer originären Aufgabe, nämlich Kranke zu versichern, nicht mehr nachgekommen. Hilfsweise hat dann Ulla Schmidt die Disease-Management-Programme eingeführt, an die die Finanzierung des Risikostrukturausgleichs gebunden wurde.

Lesen Sie weiter auf Seite 5