

1-86
ZB MED

MANAGEMENT & KRANKENHAUS

20. Jahrgang

08/2001

INFORMATIONSDIENST FÜR ALLE FÜHRUNGSKRÄFTE IM GESUNDHEITSWESEN

Integrierte Versorgung

Wie immer wenn es um Struktur verändernde Maßnahmen geht, sind eine Vielzahl von Regelungen zu treffen. Entsprechend diffizil gestaltet sich das Vertragswerk. So auch beim § 140.

Seite 9



Klinische Realität pur

bietet die diesjährige Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten mit Sektion für Gastroenterologische Endoskopie vom 12.-15. September 2001 in Münster.

Seite 17



CURAC-Forum

Die neue Deutsche Gesellschaft für Computer- und Roboter-assistierte Chirurgie e.V. (CURAC) ist Bindeglied zwischen Technikern, Ärzten, Industrie, Krankenkassen, Krankenhausverwaltungen und Politikern.

Seite 13



TICKER

Präventionsleitfaden überarbeitet

Die Spitzenverbände der GKV überarbeiteten unter Beteiligung unabhängiger Sachverständiger den für alle Kassen verbindlichen Präventionsleitfaden, der seit einem Jahr in Kraft ist. Ziel ist es, mit den Finanzmitteln der solidarischen Krankenversicherung ausschließlich solche Maßnahmen zu finanzieren, die den primärpräventiven Bedarf wirksam und qualitativ hochwertig und wirtschaftlich abdecken. www.vdak.de

DRG-Abrechnung erst ab 2004

Deutsche Kliniken müssen erst ab dem Jahr 2004 ihr gesamtes Abrechnungssystem auf die Fall-

Neues Leitbild Klinikarzt?

Pünktlich mit Beginn des neuen Jahrtausends begann bundesweit die Einführungsphase eines neuen Entgeltsystems für Krankenhäuser – sie begann völlig überstürzt und mit der heißen Nadel gestrickt.

In Deutschland wurde bisher für die Berechnung der Entgelte (für mehr als 75 % der Krankenhäuserfälle) der tagesgleiche Pflegesatz zugrunde gelegt. Ab 2003 – in Anbetracht aktueller Entwicklungen möglicherweise auch erst später – soll nach sog. diagnosebezogenen Fallpauschalen („diagnosis related groups“ DRG) mit Krankenkassen abgerechnet werden.

eine durchgängige, leistungsorientierte, für jeden „Krankenhausfall“ individuell errechnete Summe ermittelt, die die Krankenkassen an das Krankenhaus bezahlen.

In dieser Berechnung finden nicht nur die Diagnosen des Patienten Eingang, sondern auch sog. Prozeduren (was wurde mit dem Patienten gemacht?), Multimorbidität, Alter, etc., nicht hingegen regionale Besonderheiten.

Als Konsequenz bedeutet dies, dass für einen speziellen „Krankheitsfall“ für ein Kreis Krankenhaus in Schleswig-Holstein genauso viel Geld von den Krankenkassen bezahlt wird wie für eine Universi-

stationärer Leistung wird problematisch für sog. teure Häuser, was nicht heißt, dass in ihnen schlecht gewirtschaftet wird.

Krankenhäuser können aufwändige Spitzenleistungen erbringen. Universitäten haben andere personelle Strukturen wie städtische Häuser, es gibt unterschiedliche Gehälter für die Mitarbeiter (die Höhe eines Gehaltes nach BAT ist z. B. altersabhängig), unterschiedliche Arbeitszeiten, Unterschiede in der baulichen Situation (z. B. Pavillonbauten oder Einheitsbau), die entweder Kosten sparen oder Mehrkosten erfordern.

