

Die Quartals-Zeitung für niedergelassene Hausärzte, Fachärzte und Zahnärzte.

Krankenkassen suchen USP

Durch die Einführung des Gesundheitsfonds wurde der finanzielle Spielraum der Krankenkassen deutlich eingeschränkt, da weder Beitragssatzerhöhungen noch Kreditaufnahmen zum Ausgleich von Liquiditätsschwankungen möglich sind. Einzig durch Zusatzbeiträge sind Mehreinnahmen möglich. Das Beratungsunternehmen AT Kearny empfiehlt, Zusatzbeiträge mit der Einführung von zusätzlichen Leistungen für die Versicherten zu kombinieren. Dann steht der finanzielle Mehraufwand für die Versicherten in einem positiven Gesamtzusammenhang. Aktuell sind viele Krankenkassen dabei, ein Alleinstellungsmerkmal (Unique Selling Proposition, USP) zu finden, das sich über das medizinische Leistungsangebot der Ärzte generiert. (Quelle: „Executive Brief“ zur GKV, AT Kearny)

Lesen Sie in dieser Ausgabe

Gesundheitsmärkte
Fonds unter Druck

Aus den Regionen
Sonntagssprechstunde sinnvoll?

Aus aller Welt
Kondratieff-Zyklen

Honorar
RLV sind Thema der Stunde

Praxis
Nebensortiment strategisch angehen

Steuern und Recht
Abgeltungsteuer

Finanzen
Handeln und Zins-Chancen nutzen

Weitere Informationen im Internet
oder per E-Mail:

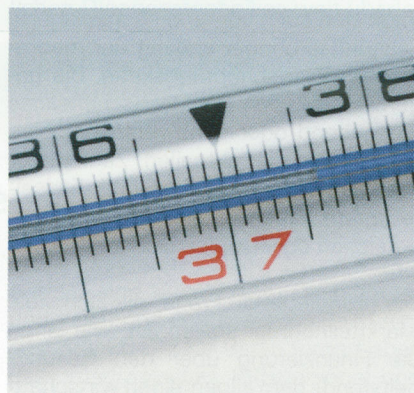
www.deutsche-bank.de/heilberufe
info.heilberufe@db.com

Im Diagnosefieber

Seit dem 1.1.2009 sind die Qualität und Quantität der ärztlichen Diagnosen in hohem Maße dafür verantwortlich, welche Zuweisungen die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds für ihre Patienten erhalten.

Der Fonds berücksichtigt zunächst einen Grundbeitrag von 2.220 Euro pro Jahr und Versicherten. Die tatsächliche Auszahlung ist jedoch vom Alter, dem Geschlecht und dem individuellen Gesundheitszustand des Versicherten abhängig. Etwa 40% der Gelder aus dem Fonds werden über Morbiditätszuschläge verteilt. Je nach Krankheitsbild können diese Zuschläge von rund 240 Euro pro Jahr für Nephritis-Patienten bis zu 60.720 Euro für Bluter betragen. Wichtige Konsequenz aus Sicht der Ärzte ist die Tatsache, dass ihre Diagnosen in den Fokus der Krankenkassen rücken. Diese wollen, dass möglichst alle Diagnosen bis in die fünfte ICD verschlüsselt und mit dem Zusatz „G“ für gesichert versehen sind. Nur so fließt die Diagnose in die Morbiditätsbetrachtung ein. Die Krankenkassen versuchen über die Bereitstellung neuer EDV-gestützter Diagnosenavigatoren oder auch über finanzielle Anreize in die Codierungshoheit der Ärzteschaft einzugreifen. Eine richtige, vollständige Diagnose liegt aber genauso im Interesse des Arztes, da die „Schwere des Falles“ zukünftig für eine bessere Honorierung über Zuschlagsätze relevant ist. Ein stärkerer Wettbewerb ist dort zu erwarten, wo sich die Krankenkassen ganz gezielt um die „Morbidität einer Versichertenpopulation“ bemühen und

die Leistungsversorgung für einen Direktvertrag „ausschreiben“. Hier kann es zu einer Leistungsselektion und insofern auch zu einer Verschlechterung der bisherigen Situation für einige ärzt-



liche Praxen kommen. Ärzte, die nicht an diesem Direktvertrag teilnehmen können, verlieren gegebenenfalls Patienten an eingeschriebene Ärzte und kommen auch nicht in den Genuss der besseren Vergütung. Patientencluster führen zu einer verbesserten Kostenkontrolle und zu einer steigenden Bedeutung der „Morbiditäts-Effizienz“. Je höher die Morbidität einer Region ist, desto eher ist die Krankenkasse bereit, neuen Versorgungsformen eine Chance zu geben.

Innovationsfonds anstatt Integrationsfonds

Vor knapp zehn Jahren verankerte die Politik die Integrierte Versorgung (IV) im Sozialgesetzbuch. Ziel war es, die bisherige Trennung der medizinischen Behandlung, insbesondere zwischen ambulantem und stationärem Sektor, zu überwinden. Nun steht die IV vor einer ungewissen Zukunft – und vor neuen Lösungen. Mit dem Ende der Anschubfinanzierung steht die gesamte Integrierte Versorgung auf dem Prüfstand. Viele IV-Verträge wurden bereits gekündigt beziehungsweise werden nicht verlängert. Vor dem Hintergrund dieser ungewissen Zukunft werden neue Lösungen diskutiert – beispielsweise ein Innovationsfonds. Ihm könnten, erklärt Prof. Volker

Amelung von der Medizinischen Hochschule Hannover und Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care (BMC), ein Prozent der Mittel des Gesundheitsfonds zufließen. So sei sichergestellt, dass alle Akteure gleichermaßen für die Finanzierung aufkämen und innovative Projekte nicht an den starren Strukturen des Systems scheiterten. Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung fordert der BMC Leistungsorientierung, Ergebnisorientierung und Innovationsförderung. Damit wäre der Innovationsfonds auch eine Anschubfinanzierung für dringend notwendige Innovationen – ein Konjunkturpaket für das Gesundheitssystem.

MARKT

