

Im Fokus: Der Koalitionsvertrag



Inhalt:

- Koalitionsvertrag: Neue Versorgungsformen und Qualitätssicherung – Hoher Aufwand, zweifelhafter Nutzen S. 1
- CONVEMA WebSolution: Basis für einen gelebten Selektivvertrag – Leistungserfassung in Praxen leicht gemacht S. 2
- Familienbestandsprüfung: Umfassend und zuverlässig S. 3

Koalitionsvertrag: Neue Versorgungsformen und Qualitätssicherung Hoher Aufwand, zweifelhafter Nutzen

Die neue Bundesregierung aus CDU, CSU und SPD hat ihren Koalitionsvertrag vorgelegt. Im Kapitel „Gesundheit und Pflege“ beschäftigt sie sich auch mit zukunftsgerichteten Themen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie der Förderung neuer Versorgungsformen und der sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Profitieren sollen vor allem die Patienten. Aber wieder einmal bleibt der Eindruck, dass es zu einem wirklich großen

gesundheitpolitischen Wurf nicht gereicht hat. Und dass der Aufwand in vielen Fällen den Nutzen übersteigen dürfte.

„Deutschlands Zukunft gestalten“ – wer das viel versprechende Motto des Koalitionsvertrages liest, erwartet Großes und Grundlegendes. Was die Koalition gesundheitspolitisch dagegen zu Papier gebracht hat, ähnelt eher dem Berg, der kreiste und dann ein Mäuschen gebar. Die Vereinbarung wirkt wie ein Flickenteppich von Einzelmaßnahmen, ohne Potenzial für eine echte Gesundheitsreform. Die wirklich großen Themen, wie zum Beispiel die Bürgerversicherung und die Arzneimittelpositivliste, bleiben wieder mal ausgeklammert.

Sucht man etwas zur Weiterentwicklung integrierter und selektiver Vertragsformen, wird man dagegen fündig: „Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können“, so der Koalitionsvertrag. Ziel ist zunächst die Angleichung von Rahmenbedingungen und die Beseitigung von Umsetzungshemmnissen für die verschiedenen Varianten integrierter und selektiver Vertragsformen. Damit sind die in den Paragraphen 63-65, 73a, 73b, 73c, 140a ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – aufgeführten Versorgungsformen gemeint. Das heißt: Gleichartige Evaluationsregeln, Wirtschaftlichkeitsnachweise erst nach vier Jahren, Aufhebung von Regelungen zur Mindestdauer und zur Substitution der Regelversorgung, eine Vereinfachung der Bereinigung.

Ähnliche Rahmenbedingungen sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ändern sich damit eingespielte Abläufe. Auf die Betei-



lichten kommt ein mehr oder weniger hoher Umstellungsaufwand zu. Ein Wirtschaftlichkeitsnachweis nach vier Jahren kann in manchen Fällen immer noch zu früh sein, weil sich Einsparpotenziale eventuell erst später zeigen. Eine einfachere Bereinigung - die Bereinigung ist bisher eines der größten Umsetzungshemmnisse - scheint dagegen unverzichtbar.

Zur Förderung sektorübergreifender Versorgungsformen sieht der Koalitionsvertrag einen Innovationsfonds vor, der von den Krankenkassen mit einem Kapital von 300 Millionen Euro ausgestattet werden soll. Die Hälfte dieses Betrags sollen die Krankenkassen zusätzlich aus dem Gesundheitsfonds erhalten. 225 Millionen Euro davon sind für innovative Versorgungsleistungen eingeplant, die über die Regelversorgung hinausgehen, der Rest für die Versorgungsforschung.

Weiterhin plant die Koalition, die sektorübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten auszubauen. Dazu will sie ein neues Institut gründen, das Daten sammelt, auswertet und veröffentlicht. Damit soll es möglich sein, die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung dauerhaft und unabhängig zu ermitteln.

Die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und die Zusammenführung der GKV-Routinedaten gehen in die richtige Richtung. Dennoch sind die Anforderungen an eine sinnvolle Umsetzung hoch: Zunächst müssen die Krankenkassen dem Institut geeignete pseudonymisierte Routinedaten liefern. Das setzt klare und verbindliche Vorgaben voraus, zum Beispiel einheitliche Dokumentationsstandards. Eine Datenzusammenführung sollte zudem gewährleisten, dass Auswertungen versorgungsbereichsübergreifend erfolgen und auch dem Versorgungsmanagement einzelner Krankenkassen zur Verfügung stehen.

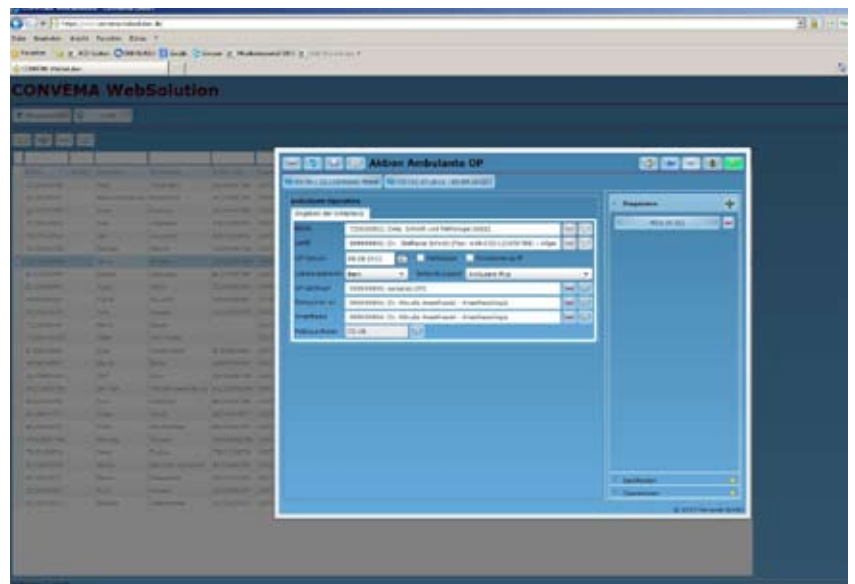
Muss man dazu aber eigens ein Institut mit dem entsprechenden Organisations-, Koordinierungs- und Finanzierungsaufwand gründen? Warum nicht auf bereits vorhandene Strukturen

zurückgreifen? Mindestens sollte eine klare und sinnvolle Aufgabenabgrenzung zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beziehungsweise der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) beim DIMDI, erfolgen.

Laut Koalitionsvertrag sollen schon ab 2015 die Ausgaben des Gesundheitsfonds seine Einnahmen übersteigen. Dem soll eine „umsichtige Ausgabenpolitik“

Zum Schluss noch ein Wort zum Umgang der Politik mit der gemeinsamen Selbstverwaltung. Mit der nachdrücklichen Forderung, für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen Disease Management Programme (DMP) aufzulegen, greift die Koalition in seit Jahren eingespielte und bewährte Mechanismen ein. Kein Vertrauensvorschuss für Ärzte und Krankenkassen - kein Ruhmesblatt für die Politik.

*Holger Wannewetsch
CONVEMA Öffentlichkeitsarbeit*



Eingabemaske zur Erfassung einer ambulanten Operation

begegnen: Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt, der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent festgeschrieben. Krankenkassen sollen den Zusatzbeitrag nicht mehr pauschal, sondern individuell prozentual vom beitragspflichtigen Einkommen erheben, was das Verfahren aufwändiger macht. Der vom Arbeitnehmer alleine zu tragende Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten fließt in den Zusatzbeitrag ein. Das könnte den Preiswettbewerb unter den Krankenkassen anheizen und deren Budget für neue Versorgungsformen schmälern. Um der unterschiedlichen Verteilung von Kassenmitgliedern mit hohen und niedrigen Einkommen Rechnung zu tragen, soll unter den gesetzlichen Krankenkassen ein Einkommensausgleich stattfinden.

CONVEMA WebSolution: Basis für einen gelebten Selektivvertrag Leistungserfassung in Praxen leicht gemacht

Selektivverträge bieten Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten noch attraktivere Angebote zu machen. Das kann einen echten Wettbewerbsvorteil darstellen. Damit jedoch ein Selektivvertrag tatsächlich die Versorgungsstruktur verbessern kann, sind zuverlässige und schnelle Abrechnungsprozesse unabdingbar. Die CONVEMA hat für die Abrechnung von Selektivverträgen die Software WebSolution entwickelt, um die Leistungserfassung in den Arztpraxen so unkompliziert wie möglich zu gestalten.



Die Eingabemaske der CONVEMA WebSolution ermöglicht die einfache Dokumentation der Versicherteninformationen, Diagnosen und erbrachten Leistungen. Dies erfolgt zum Beispiel durch voreingestellte Diagnosen- und Fallpauschalenkataloge (siehe Abbildung), was die Wahrscheinlichkeit von Eingabefehlern stark vermindert.

Die WebSolution wurde bewusst so entwickelt, dass sie nicht in das jeweilige Praxisverwaltungssystem integriert werden muss. Durch die Konzeption als Web-Anwendung arbeitet diese Software unabhängig von der Praxisverwaltungssoftware und ist dadurch universell einsetzbar. Benötigt wird lediglich ein Internetbrowser, beispielsweise der Microsoft Internet Explorer, über den sich die Praxis in die WebSolution einloggt.

Mehrfachverschlüsselte Patientendaten kommen den Erfordernissen des Datenschutzes nach. Die Abrechnung über die WebSolution bietet für Krankenkassen einen weiteren großen Vorteil: Sie stellt sicher, dass Diagnosen elektronisch dokumentiert und daraus Leistungsnachweise nach § 295 Absatz 1b SGB V erzeugt werden können. Dies erfüllt die Anforderungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) und sichert Zuweisungen aus dem Fonds im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Aus den Leistungs-

daten erzeugt CONVEMA ein Abrechnungsdokument für die jeweilige Krankenkasse und übermittelt dieses elektronisch.

*Adrian Schmidt
Produktmanager bei CONVEMA*

Modul 1

Einführungsworkshop und Projektkoordination: Wir koordinieren das gesamte Projekt. Den genauen Ablauf stimmen wir mit Ihnen in einem Workshop ab.



Familienbestandsprüfung: Umfassend und zuverlässig

Die jährliche Familienbestandspflege als Anspruchsprüfung nach § 10 SGB V ist für Krankenkassen verpflichtend. Diese Prüfung ist komplex und aufwändig, durch ihren Einfluss auf die Zuweisungshöhe aus dem Gesundheitsfonds aber bares Geld wert. CONVEMA unterstützt Krankenkassen dabei und entlastet sie so bei der Bewältigung einer aufwändigen Pflichtaufgabe.

Die Familienbestandspflege der CONVEMA beinhaltet den vollständigen Prozess der Familienbestandsprüfung. Eine speziell zu diesem Zweck programmierte Anwendung ermöglicht eine komplett papierlose Umsetzung. Dabei sind die Vorgaben des Bundesversicherungsamtes (BVA) bindend. Die Dienstleistung besteht aus neun Modulen, deren Inhalte teilweise auch optional angeboten werden:

Modul 2

Suchlaufanforderung und Dateierstellung bzw. -bereitstellung: Nach Ihren Vorgaben erstellen wir den FAMI-Suchlauf. Eine Testdatei sorgt für Transparenz. Im Anschluss stellen wir die Daten zur weiteren Verwendung bereit.

Modul 3

Fragebogenversand und Servicetelefon: Wir kümmern uns um Erstellung und Druck der Serienbriefe und Fragebögen. Unser Angebot umfasst auch die Kuvertierung, Frankierung, den Versand und das Erinnerungswesen. Optional bieten wir für Versichertenanfragen ein Servicetelefon mit eigener Nummer (Inbound-Telefonie).

Modul 4

Erfassung der Unterlagen: Wir scannen die vom Versicherten eingehenden Papierdokumente ein und verarbeiten die Daten weiter. Alternativ scannen Sie die Dokumente ein und wir übernehmen die weitere Bearbeitung.

Auf einen Blick: Vorteile der CONVEMA WebSolution

- Transparente Abrechnungsprozesse
- Erleichterte Umsetzung selektivvertraglicher Angebote
- Sicherung der Morbi-RSA-Zuweisungen
- Datenübertragung nach aktuellen Sicherheitsstandards



Module 5-7

Basisprüfung, Erweiterte Prüfung, Zusatzprüfung: Bei der Basisprüfung bearbeiten wir den Fall auf Grundlage des Fragebogens und mitgesandter Unterlagen. Ist die Anforderung zusätzlicher Unterlagen notwendig, findet eine erweiterte Prüfung statt. Eine Zusatzprüfung auf Vorliegen einer selbstständigen Tätigkeit, auf überwiegenden Unterhalt des Hauptversicherten oder auf Feststellung der Einkommensgrenzen bei Beteiligung von PKV-Versicherten bieten wir optional an.

Modul 8

Outbound-Telefonie: Versicherte, die auch auf die zweite schriftliche Erinnerung nicht reagiert haben, rufen wir bis zu dreimal an.

Modul 9

Individuelle Auswertung: Auf Wunsch erfassen wir weitere Daten, wie zum Beispiel Adressänderungen auf dem Fragebogen, die aktuelle E-Mail-Adresse oder das Schulende zusätzlich.

Die Familienbestandsprüfung von CONVEMA ist ein seit mehreren Jahren bewährtes und von Krankenkassen geschätztes Produkt. Das schafft Freiräume für andere Aufgaben, für einen flexiblen Personaleinsatz und sichert Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Eine Dienstleistung, die sich also in mehrfacher Hinsicht rechnet.

*Holger Wannewetsch
CONVEMA Öffentlichkeitsarbeit*

Die Vorteile einer Beauftragung von CONVEMA liegen auf der Hand:

- Entlastung der Mitarbeiter von einer komplexen und aufwändigen Pflichtaufgabe
- Schaffung neuer Ressourcen in der Krankenkasse
- Ermöglichung einer flexibleren, bedarfsabhängigen Personalplanung
- Sicherung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds



Impressum:
CONVEMA
Versorgungsmanagement GmbH
Markgrafenstraße 62
10969 Berlin
Telefon: (030) 259 38 61-0
Fax: (030) 259 38 61-67 19
E-Mail: info@convema.com
Internet: www.convema.com
Geschäftsführer: Thomas Mohaupt
Prokurist: Thomas Fiege
Gerichtsstand: Berlin
Amtsgericht: HRB 107057
USt-IdNr.: DE 253862415
IK: 591103482