



Der Gesundheitsfonds kommt

# Mit Schlüssel zum Erfolg?

Ab 1. Januar 2009 regelt der Gesundheitsfonds die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen. Dann wird das Krankheitsrisiko wesentlich stärker berücksichtigt. Über Erfolg und Misserfolg werden dabei auch Arzt und Praxisteam mitentscheiden. Denn nur eine korrekte ICD-10-Verschlüsselung stellt sicher, dass die Mittel auch richtig verteilt werden.

Der heutige Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen stellt für Gesunde und Kranke einer Altersgruppen die gleichen Mittel zur Verfügung. Da liegt die Versuchung für eine Krankenkasse nahe, sich durch die Werbung von jungen, gesunden und gut verdienenden Versicherten Vorteile zu verschaffen. Die Unterschiede für den dann nötigen Beitragssatz können durch diese Risikoselektion heute mehr als 4% betragen – und das bei gleichem Leistungsanspruch für die Versicherten. Weil das nicht fair ist, kommt es mit dem Fonds zu einer Angleichung.

Die Umverteilung des Geldes zwischen den Krankenkassen erfolgt über den Risikostrukturausgleich, der zukünftig die Morbidität, also die tatsächlichen Krank-

heiten der Versicherten, berücksichtigt. Dieser sogenannte „Morbi-RSA“ bildet die Grundlage für einen Wettbewerb um mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Versorgung – wie ihn das GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz 2007 vorgesehen hat. Das passiert so: Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat eine Liste von 80 schwerwiegenden und chronisch kostenintensiven Krankheiten erstellt. Zur

Berechnung der krankheitsspezifischen Kosten wurde eine sogenannte multiple Regression eingesetzt, die es erlaubt, die krankheitsspezifischen Kosten zu ermitteln, obwohl viele Patienten an mehreren Erkrankungen leiden. Ein solches Verfahren ist wissenschaftlich üblich. Die Identifizierung der Kranken für die Kostenberechnung erfolgte anhand der verschlüsselten ICD-Kodes.

Damit eine Kasse Geld aus dem Morbi-RSA erhält, müssen verschiedene Kriterien erfüllt sein.

- ▶ Der Patient muss an einer der 80 vom BVA festgelegten Erkrankungen leiden, die Diagnose muss entsprechend codiert werden.
- ▶ Die entsprechende Diagnose muss bei ambulanter Behandlung in mindestens 2

## WEBTIPPS

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter

[www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)

sowie unter

[www.morbi-rsa.de](http://www.morbi-rsa.de)

[www.barmer.de](http://www.barmer.de)

## Teamaufgabe ICD-Kodierung

Arzt und Praxisteams haben beim Gesundheitsfonds eine Mitverantwortung für die richtige Verteilung der Mittel. Es wird ab 2009 noch wichtiger, die Erkrankungen der Patienten richtig zu codieren. Ein Beispiel: Die ambulanten Diagnosen werden im Morbi-RSA nur dann berücksichtigt, wenn die entsprechenden ICD-Codes in mindestens zwei Quartalen verschlüsselt werden. Es ist also wichtig, chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus auch in den Folgequartalen weiter konsequent zu dokumentieren. Das mit im Auge zu behalten, ist eine wichtige Aufgabe der Arzthelferinnen. Ein ICD-10-Schlüssel sollte möglichst konkret und vollständig verschlüsselt werden: 5-stellig, ohne Strichverschlüsselungen und mit G, wenn die Diagnose gesichert ist. Bei multimorbiden Patienten sollten auch die weiteren ICD-10-Diagnosen erfasst werden. Ein konkretes Beispiel für die Verschlüsselung eines Diabetes finden Sie unter [www.info-praxisteam.de](http://www.info-praxisteam.de).

Quartalen erfüllt sein oder bei einem Krankenhausaufenthalt als Haupt- oder Nebendiagnose ausgewiesen sein.

➤ Für einige Diagnosen muss der Patient außerdem mit bestimmten Medikamenten oder Wirkstoffen für eine Mindestzeit von einem halben Jahr behandelt werden, das entspricht > 183 Tagesdosen.

Auch im Bereich der Verwaltung der Beiträge gibt es Änderungen, die wir in der Abbildung auf dieser Seite für Sie zusammengefasst haben. Die Krankenkassenbeiträge der Versicherten werden zunächst zwar weiter von den Krankenkassen eingezogen, fließen dann aber direkt in den Gesundheitsfonds, der sie gemäß Morbis-RSA wieder an die einzelnen Krankenkassen verteilt. Die Kasse mit mehr älteren und kranken Mitgliedern bekommt mehr Geld als die mit den jungen gesunden Versicherten, da sie auch

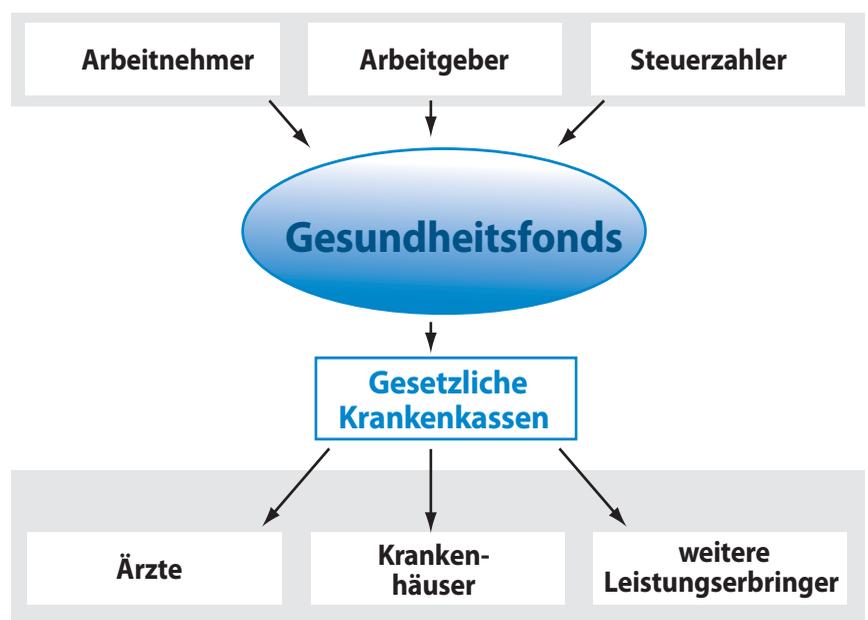
einen höheren Finanzierungsbedarf für Ärzte, Krankenhäuser, Medikamente und andere Dinge hat.

Der Morbi-RSA ist sicher noch nicht perfekt, aber ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Er unterstützt das Ziel, die Mittel so zu verteilen, dass sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen künftig mehr auf eine wirtschaftliche und gleichzeitig qualitativ gute Versorgung der Kranken richtet. Für die künftigen Herausforderungen – demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt – muss auch der Fonds noch weiterentwickelt werden. Nur so ist es möglich, dass der gewollte Wettbewerb zwischen den einzelnen Kassen sich nicht gegen die Patienten richtet.

Insgesamt sorgt der Morbi-RSA für mehr Verteilungsgerechtigkeit. Er hat daher auch unmittelbare Auswirkungen auf die „Leistungserbringer“ im Gesundheitssystem. Er unterstützt das Ziel, dass sich die Anstrengungen aller Beteiligten zukünftig mehr auf eine wirtschaftliche und gleichzeitig qualitativ gute Versorgung der Kranken richtet. Als Praxisteam können Sie dieses Ziel direkt unterstützen – durch richtiges Kodieren sorgen Sie nämlich mit für die gerechte Verteilung der Mittel.

## Wie entsteht der Beitragssatz?

Für die Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes gibt es klare Kriterien. Ein Expertengremium aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens schätzt den Finanzbedarf der Kassen und legt der Bundesregierung einen entsprechenden Vorschlag vor. Die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes für 2009 beträgt 15,5%. Kommt eine Krankenkasse mit dem überwiesenen Geld nicht aus, darf sie einen Zuschlag erheben. Er darf 1% des Haushaltseinkommen eines Mitglied nicht übersteigen. Allerdings greift diese Härtefallregelung erst dann, wenn eine Kasse mehr als 8 Euro Zusatzbeitrag verlangt. Der Bund zahlt zur Abgeltung der sogenannten versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen (z. B. für die beitragsfreie Mitversicherung von Familien) für das Jahr 2009 vier Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich diese Leistungen um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einer Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro.



nach [www.gesundheitsfonds.de](http://www.gesundheitsfonds.de)

**Ein großer Topf: Die Versicherungsbeiträge werden im Gesundheitsfonds gesammelt und dann den Kassen zugeteilt.**