

INHALT

- **Ostdeutsche Regierungschefs warnen vor höheren Kassenbeiträgen**
- **Hüft- und Knie-Register auf Rekordkurs**
- **Weniger Masern-Tote als je zuvor**
- **Gesundheitswirtschaft für Landarztquote in NRW**
- **Krankenkasse muss bei versäumter Frist Leistung genehmigen**
- **Medizinstudium: Reformbedürftiges Auswahlverfahren**
- **Türkei-Urlauber: Kein Anspruch auf Privatklinik**
- **Neue Ergebnisse zur Behandlungsqualität von Kliniken**
- **Organspenden auf niedrigstem Stand seit 20 Jahren**
- **Hintergrund: Morbi-RSA – Das Sondergutachten des BMG**

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
21. November 2017

■ **Innovationsfonds nicht vorschnell verlängern**

Der AOK-Bundesverband spricht sich gegen eine vorzeitige Verlängerung des **Innovationsfonds** aus. „Erst müssen die Ergebnisse der gesetzlich vorgesehenen Evaluation des Förderkonzepts vorliegen“, fordert Verbandschef Martin Litsch. Der Innovationsfonds ist bis Ende 2019 befristet. Ein erster Zwischenbericht soll dem Bundestag bis zum 31. März 2019 präsentiert werden, der Abschlussbericht bis zum 31. März 2021 fertig sein. Unter anderem das Bundesgesundheitsministerium überlegt, den Innovationsfonds vorzeitig zu entfristen und damit zum dauerhaften Instrument zu machen. „Es gibt noch keinerlei Erkenntnisse darüber, wie effektiv der Fonds echte Innovationen im Gesundheitswesen fördert. Allein die Tatsache, dass die dafür bereit gestellten Mittel von jährlich rund 300 Millionen Euro in den ersten beiden Jahren vollständig abgerufen worden sind, ist noch kein Erfolgsnachweis.“ Ebenso sei fragwürdig, die Versorgungsforschung von Universitäten und wissenschaftlichen Instituten durch die gesetzlichen Krankenkassen statt aus Steuermitteln zu finanzieren. Vollkommen offen erscheine schließlich, ob die dauerhafte Verlagerung von Innovationsentscheidungen auf ein zentrales Gremium wie den **Gemeinsamen Bundesausschuss** tatsächlich das Innovationsklima im deutschen Gesundheitswesen verbessere. Die Entscheider seien vor allem Vertreter der Sektoren, die man mit der Förderung neuer Versorgungsformen doch gerade aufheben wolle, kritisiert Litsch.

Infos: www.aok-bv.de

■ **Mehr Geld für Pflegerinnen und Pfleger**

Ab Januar steigt der Mindestlohn für Pflegekräfte in Westdeutschland und Berlin von 10,20 Euro auf 10,55 Euro sowie im Osten der Republik von 9,50 Euro auf 10,05 Euro. So sieht es eine Verordnung des Bundessozialministeriums vor, die seit dem 1. November in Kraft ist. Bis 2020 steigt die Lohnuntergrenze für Pflegekräfte dann in zwei weiteren Schritten auf 11,35 Euro im Westen sowie 10,85 Euro im Osten. Von dieser Regelung profitieren rund 900.000 Beschäftigte, die in Pflegebetrieben arbeiten. Für Pflegekräfte, die in Privathaushalten angestellt sind, gilt hingegen nicht dieser Branchen-Mindestlohn, sondern nur der allgemeine gesetzliche Mindestlohn von derzeit 8,84 Euro pro Stunde. Ausgehandelt hat die Lohnuntergrenzen die Pflegemindestlohn-Kommission, die paritätisch mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern besetzt ist.

Infos: www.bmas.de

ZUR PERSON I



■ **Dr. Irmgard Stippler** wird neue Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern. Der Verwaltungsrat wählte die 53-Jährige zur Nachfolgerin von Dr. Helmut Platzer. Die Volkswirtin hat umfassende Erfahrungen im Gesundheitswesen. Seit 2014 ist sie Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Davor war sie unter anderem Vorstandsmitglied der Rhön-Klinikum AG. Platzer scheidet im März 2018 aus Altersgründen aus.



■ **Dr. Andreas Kiefer** bleibt ehrenamtlicher Vorstand des Deutschen Arzneiprüfungsinstituts (DAPI). Die Mitgliederversammlung bestätigte den 56-Jährigen für weitere vier Jahre. Kiefer bekleidet dieses Amt bereits seit sechs Jahren und ist gleichzeitig Präsident der Bundesapothekerkammer.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Ostdeutsche Regierungschefs warnen vor höheren Kassenbeiträgen

Manuela Schwesig, Ministerpräsidentin von Mecklenburg-Vorpommern, und ihr Thüringer Amtskollege Bodo Ramelow haben Bundeskanzlerin Angela Merkel davor gewarnt, den Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Nachteil des Ostens zu verändern. Hintergrund sind Vorstöße süddeutscher Länder, den Ausgleich unter den Kassen zu regionalisieren. Damit würde der Ausgleich zwischen Ost und West wegfallen und die Krankenkassenbeiträge im Osten würden steigen. „Eine Einbeziehung systemfremder regionaler Komponenten in den Risikostrukturausgleich würde zu erheblichen negativen Auswirkungen und Problemen in der Gesundheitsversorgung in den ostdeutschen Ländern führen“, zitiert das Redaktionsnetzwerk Deutschland aus einem gemeinsamen Schreiben der beiden. „Wir brauchen auch in Zukunft einen fairen Ausgleich zwischen den Krankenkassen.“ Das bewährte Solidarprinzip sei gerade in der Gesundheitsversorgung ein hohes Gut. Weitere Informationen zur aktuellen Diskussion im Hintergrund ab Seite 7.

Infos: www.morbi-rsa.de

■ Hüft- und Knieregister auf Rekordkurs

Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) ist auf dem Weg, das fallzahlenstärkste Register für künstliche Hüft- und Kniegelenke weltweit zu werden. Seit Beginn der Datenerfassung 2012 wurden dem EPRD bis heute mehr als 600.000 Operationen übermittelt. Zwar sei es für mittel- und langfristige Ergebnisse noch zu früh, heißt es im Jahresbericht 2016. Aber erste richtungsweisende Informationen für Operateure und ImplantatHersteller biete das EPRD bereits jetzt. Anhand der Registerdaten wurde erstmals untersucht, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk in den ersten beiden Jahren nach dem Ersteingriff gewechselt werden muss. Ein Ergebnis: Wenn das gesamte Hüftgelenk nach einer Oberschenkelknochenfraktur ersetzt werden muss, ist die Wahrscheinlichkeit für eine Wechseloperation doppelt so hoch wie bei einer Versorgung, bei der der Zeitpunkt des Eingriffs frei gewählt werden kann. Auch bestimmte Begleiterkrankungen wie Depressionen, Übergewicht oder Diabetes haben einen erheblichen Einfluss und erhöhen ebenfalls die Wahrscheinlichkeit einer Wechseloperation. Das EPRD will langfristig die Qualität der künstlichen Hüft- und Kniegelenke beurteilen und frühzeitig auf etwaige Qualitätsprobleme bei Implantaten oder Versorgungsformen hinweisen. Es erhält finanzielle, organisatorische und fachliche Unterstützung vom AOK-Bundesverband, dem Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) und dem Verband der Ersatzkassen (vdek).

Infos: www.eprd.de

ZUR PERSON II



■ **Christian Thams**
ist neuer Director Government Affairs beim US-amerikanischen Pharma- und Technologieunternehmen Gilead Sciences. Von Berlin aus ist er für die Regierungsbeziehungen des Konzerns verantwortlich. Zuvor war Thams Leiter des Berliner Büros und des Bereichs Public Affairs, Chief Operating Officer sowie Geschäftsführer bei der Agentur Burson-Marsteller.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Weniger Masern-Tote als je zuvor

Die Zahl der Masern-Toten ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit auf einen historischen Tiefstand gesunken. 2016 seien Schätzungen zufolge rund 90.000 Menschen an der hochansteckenden Infektionskrankheit gestorben. Das seien 84 Prozent weniger als im Jahr 2000 mit mehr als 550.000 Todesfällen. Erstmals seit Beginn der Aufzeichnungen liege die Zahl der Masern-Toten unter der Marke von 100.000 pro Jahr, erklärte die WHO unter Berufung auf einen Bericht der 2001 gegründeten Initiative gegen Masern und Röteln (MRI). Seit 2000 seien etwa 5,5 Milliarden Masern-Impfungen an Kinder verabreicht worden, sagte der MRI-Vorsitzende Robert Linkins. Dadurch hätten rund 20,4 Millionen Leben gerettet werden können. „Durchschnittlich 1,3 Millionen Menschenleben pro Jahr durch Masern-Impfungen zu retten, ist ein unglaublicher Erfolg und lässt eine Welt ohne Masern noch zu unseren Lebenszeiten möglich, ja sogar wahrscheinlich erscheinen“, so Linkins. Nach wie vor erhalten nach Angaben der WHO aber rund 20,8 Millionen Kinder weltweit noch nicht einmal die erste von zwei empfohlenen Masernimpfungen. Rund die Hälfte davon lebt in Nigeria, Indien, Pakistan, Indonesien, Äthiopien und dem Kongo.

KOMMENTAR

Das sind beeindruckende Erfolgszahlen, die die WHO vorlegt. Sie bedeuten Hoffnung für viele Millionen Menschen. Wie mickrig wirken dagegen die schrulligen Proteste beflissener Impfgegner in Deutschland. In Interviews bedauern sie sogar, dass ihre Kinder noch nicht an Masern, Mumps oder Röteln erkrankt sind. Man müsste lachen, wenn es nicht so ernst wäre. Denn jene blinden Eiferer setzen die Gesundheit, ja das Leben, ihrer eigenen und das anderer Kinder aufs Spiel. In Deutschland sind die Maserninfektionen 2017 nach einer Delle 2016 wieder deutlich gestiegen – auf 860 in den ersten neun Monaten. Richtig, das sind bei weitem nicht so viele wie in Afrika. Aber jede Infektion ist für jedes Kind gleich gefährlich. (rbr)

Infos: www.who.int

■ Gesundheitswirtschaft begrüßt Landarztquote in NRW

Die schwarz-gelbe Landesregierung in Nordrhein-Westfalen plant, ab dem Wintersemester 2018/2019 eine Landarztquote für Medizinstudenten einzuführen. Demnach sollen bis zu zehn Prozent der Studienplätze an Bewerber gehen, die sich verpflichten, zehn Jahre als Arzt aufs Land zu gehen. Die Gesundheitswirtschaft begrüßt die Pläne. „Alle Anstrengungen, die Ärzteversorgung und Pflege auf dem Land nachhaltig zu sichern, helfen“, sagte Uwe Borchers, Geschäftsführer des Zentrums für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (OWL), verbunden mit einem Appell an die Kommunen. „Die Bürgermeister müssen schon heute aktiv werden und überlegen, was die Kommunen tun können.“ Dabei gehe es um Kita-Plätze, um Hilfen bei der Suche nach Arbeitsplätzen für die Partner der Hausärzte oder schlicht um bessere Parkplätze vor der Praxis, so Borchers. Die Ausbildung der Mediziner dauert mindestens sechs Jahre, plus fünf bis sechs Jahre für die Facharzt-ausbildung.

Infos: www.zig-owl.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Krankenkasse muss bei versäumter Frist Leistung genehmigen

Entscheidet eine Krankenkasse nicht innerhalb der gesetzlichen Frist über den Antrag eines Versicherten, gilt die geforderte Leistung als genehmigt. Das hat das Bundessozialgericht in Kassel jetzt klargestellt. Konkret ging es in zwei Fällen um Anträge auf Operationen zur Hautstraffung. Die beklagte Krankenkasse entschied darüber jeweils nicht innerhalb der im Patientenrechtegesetz vorgeschriebenen Frist. Diese liegt bei drei Wochen nach Eingang des Antrags beziehungsweise fünf Wochen, wenn die Stellungnahme eines Gutachters des Medizinischen Dienstes eingeholt wird. In beiden vorliegenden Fällen hatte die Krankenkasse die Frist jeweils verstreichen lassen und die Leistung verweigert. Das Bundessozialgericht bestätigte mit seinem Urteil eine Entscheidung des saarländischen Landessozialgerichts und hob zugleich ein anders lautendes Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen auf.

Infos: www.deiure.org

■ Medizinstudium: Reformbedürftiges Auswahlverfahren

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) verlangt Änderungen bei der Vergabe von Medizin-Studienplätzen. Aus Sicht der Studierendenvertretung sollten bei der Zulassung zum Medizinstudium andere Kompetenzen stärker in den Blickpunkt rücken – etwa die Fähigkeit, sich in andere Menschen einzufühlen und mit ihnen entsprechend zu kommunizieren. „Die Abiturnote ist als alleiniges Kriterium nicht geeignet“, sagte Verbandspräsident Ayman Mohssen der Deutschen Presse-Agentur. Auch müssten die oft langen Wartezeiten für Bewerber, die den geforderten Notendurchschnitt nicht erreichen, dringend abgeschafft werden. Das Bundesverfassungsgericht prüft derzeit die Klagen zweier Bewerber wegen langer Wartezeiten auf einen Medizin-Studienplatz. „Manche warten 13 Semester, also fast sieben Jahre, auf einen Studienplatz“, sagte Mohssen. „Das ist länger, als ein Medizinstudium dauert.“ Oft lägen bereits eine Ausbildung und die Familiengründung hinter den Bewerbern, wenn sie endlich zum Zuge kämen. Derzeit werden jeweils 20 Prozent der Medizinstudienplätze aufgrund eines sehr guten Abiturs beziehungsweise nach Wartezeit vergeben. 60 Prozent der Studienplätze können die Hochschulen in einem eigenständigen Auswahlverfahren vergeben.

Infos: www.bvmd.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Giftige Wasserpfeifen

In der Düsseldorfer Uniklinik müssen immer mehr Shisha-Raucher mit schweren Kohlenmonoxid-Vergiftungen behandelt werden. Die Klinik berichtete jüngst von einem sprunghaften Anstieg der Behandlungen in ihrer Druckkammer. Allein in diesem Jahr seien bereits fast 40 Wasserpfeifen-Raucher behandelt worden. 2016 seien es noch fünf Fälle und 2015 nur ein Fall gewesen. „Kohlenmonoxidvergiftungen sind lebensgefährlich“, warnt Sven Dreyer, leitender Druckkammerarzt der Uniklinik. Das giftige Kohlenmonoxid kann man nicht riechen, sehen oder schmecken. Die frühen Anzeichen einer Vergiftung wie Müdigkeit, Benommenheit, Übelkeit, Schwindel und Kopfschmerzen würden beim Shisha-Rauchen oft fälschlich auf den Tabak zurückgeführt. Im Verdachtsfall sollte man sofort alle Fenster öffnen, umgehend den Raum verlassen und die Feuerwehr verständigen. Für eine Vergiftung reichen nur wenige Atemzüge.

Infos: www.uniklinik-duesseldorf.de

■ Türkei-Urlauber haben keinen Anspruch auf Privatklinik

Gesetzlich Krankenversicherte haben im Urlaub in der Türkei auch mit einem gültigen Auslandskrankenschein keinen Anspruch auf eine Behandlung in einer Privatklinik. Das hat das Landessozialgericht in Darmstadt in einem jetzt veröffentlichten Urteil entschieden. Danach können Urlauber lediglich die Kosten geltend machen, die ihnen auch in einem staatlichen Krankenhaus entstanden wären. Geklagt hatte die Mutter eines zwölfjährigen Mädchens. Ihre Tochter war während einer Türkei-Reise zwei Tage wegen einer Magen-Darm-Entzündung in einer Privatklinik behandelt worden. Dafür berechnete das Krankenhaus umgerechnet knapp 2.300 Euro. Eine stationäre Behandlung in einer staatlichen Klinik hätte nur 370 Euro gekostet. Da mit der Türkei ein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen bestehe, müsse die Krankenkasse nur den niedrigeren Satz erstatten, befand das Gericht. Eine Revision ließen die Richter nicht zu.

Infos: www.deiure.org

■ Behandlungsqualität in Kliniken

Die AOK hat in ihrem Krankenhausnavigator die Ergebnisse zur Behandlungsqualität der Krankenhäuser bei bestimmten Operationen und Eingriffen aktualisiert. Ab sofort sind Auswertungen der Behandlungsergebnisse von mehr als 780.000 Patienten aus den Jahren 2013 bis 2015 abrufbar. Darin einbezogen sind auch Komplikationen und Folgeereignisse aus den Jahren 2013 bis 2016. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) nutzt zu diesem Zweck das Verfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR).

Infos: www.aok-bv.de

Vorschau

G+G | 11/2017

Gesundheit und Gesellschaft

Mehr Power für Patienten

Das Patientenrechtegesetz ist seit fünf Jahren in Kraft. Doch es weist einige Lücken auf. Um die Position der Patienten zu verbessern, muss die Politik nachlegen. Eine umfassende Analyse von Nora Junghans.

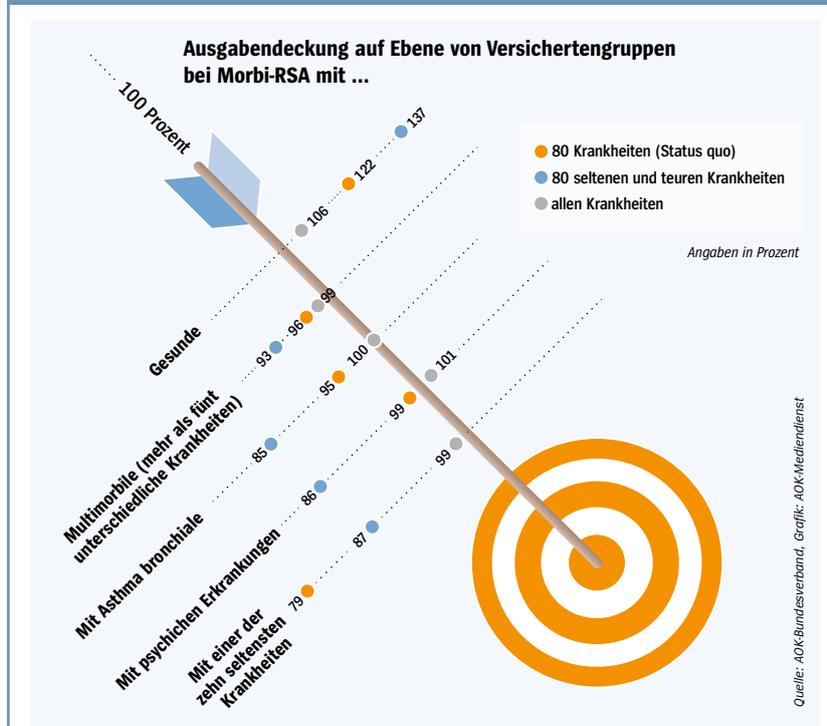
Expertin an der Schnittstelle

Für ärztliche Aufgaben zusätzlich qualifiziert: Wie Physician Assistants Chirurgen im Operationsaal deutlich entlasten, zeigt die G+G-Reportage von Ulrich P. Schäfer und Stefan Boness.

„Kein Stimmungsaufheller nötig“

Hoch qualifiziert und motiviert, aber wenig wertgeschätzt – der Präsident des Deutschen Pflegerates, Franz Wagner, unterstreicht im G+G-Interview, wie wichtig Pflegekräfte für eine gute Versorgung sind.

So zeigen genau ist der Morbi-RSA



Wenn der Morbi-RSA alle Krankheiten berücksichtigt – so wie es der Wissenschaftliche Beirat auch in seinem Sondergutachten vorschlägt –, erfüllt er sein Ziel besser als das aktuelle Modell mit 80 Krankheiten oder das Modell mit 80 seltenen und teuren Krankheiten, das verschiedene andere Krankenkassen und deren Verbände vorschlagen.

Infos: www.gesunde-wahl.de

Organ Spenden auf dem niedrigsten Stand seit 20 Jahren

Im laufenden Jahr 2017 erwartet die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) rund 1.500 Spendenorgane weniger als 2010. Damals wurden rund 1.300 Spendern 4.200 Organe entnommen und transplantiert. „Wir sind mittlerweile auf dem niedrigsten Stand der Organspendezahlen der letzten 20 Jahre angekommen“, erklärte DSO-Vorstand Dr. med. Axel Rahmel anlässlich des 13. Jahreskongresses der Stiftung. 2017 waren es bis Ende Oktober 680 Spender, die etwas mehr als 2.200 Organe spendeten, Lebendspenden nicht eingerechnet. Derzeit warten über 10.000 Patienten auf eine Transplantation. „Die Zeit der Einzelinitiativen ist vorbei“, forderte Rahmel einen gemeinschaftlichen Plan. Die DSO wünscht sich, dass das Thema Organspende immer zur Sprache kommt, wenn der Arzt mit Patienten oder Angehörigen über Behandlungsstrategien am Lebensende spricht.

Infos: www.dso.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Morbi-RSA: Das Sondergutachten des BMG

Das vollständige Sondergutachten des **Wissenschaftlichen Beirates des Bundesversicherungsamtes (BVA)** zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) liegt zwar noch nicht auf dem Tisch. Ende Oktober jedoch hat das Expertengremium eine „Management Summary“ veröffentlicht. In jener Zusammenfassung sieht der Beirat keinen akuten Handlungsbedarf, empfiehlt aber Nachjustierungen: künftig etwa alle Krankheiten und nicht nur eine Auswahl wie die aktuell 80 Krankheiten zu berücksichtigen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte das Sondergutachten vor knapp einem Jahr in Auftrag gegeben.

Dabei hat der Beirat die Daten aller Krankenkassen über einen langjährigen Zeitraum ausgewertet. Es ist die zweite wissenschaftlich unabhängige Untersuchung auf solch breiter Basis. Das Gremium hat dabei alle Kritikpunkte der Krankenkassen sowie eine umfassende Vorschlagsliste zur Änderung des Morbi-RSA untersucht. Die Kassen konnten in einem öffentlichen Anhörungsverfahren eigene Vorschläge für die wissenschaftliche Analyse einbringen. Alle Krankenkassen und -verbände haben nach vielfacher Kritik am Morbi-RSA eine unabhängige Evaluation gefordert. Bei der Vorstellung der Ergebnisse betonten die Wissenschaftler ihre große Einigkeit, darunter mit Professor Wambach der Experte für Monopolfragen in der Bundesrepublik.

» Vermeidung von Risikoselektion ist das zentrale Ziel

Die Wissenschaftler stellen fest, dass der heutige Morbi-RSA gut funktioniert. Gleichzeitig markieren sie an einigen Stellen Weiterentwicklungsbedarf. Wichtig ist dem Beirat, dass für die Bewertung der **Zielgenauigkeit** und der Weiterentwicklung des Morbi-RSA die Reduzierung der **Risikoselektionsanreize** auf Ebene der Versicherten, von Versichertengruppen und der Krankenkassen als Maßstab definiert ist. **Beitragssatzunterschiede** in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder Deckungsgraddifferenzen zwischen Kassenarten hält das Expertengremium dagegen für ungeeignet. Der Beirat spricht sich dafür aus, den Morbi-RSA regelmäßig systematisch zu evaluieren. Die Management Summary enthält keine Informationen zu finanziellen Auswirkungen der untersuchten Änderungsvorschläge.

Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA schlägt der Beirat außer der Berücksichtigung aller Krankheiten, dem sogenannten Vollmodell, die Einführung altersbezogener Morbiditätszuschläge sowie die Neujustierung der Altersgruppen für Erwerbsminderungsrentner und perspektivisch deren Integration in das **HMG-Klassifikationsmodell** vor. Er ist für die Streichung der Kostenpauschale für **strukturierte Behandlungsprogramme**, aber auch für die Beibehaltung der 50:50-Regel bei den Verwaltungskostenzuweisungen. Das heißt, die entsprechenden Zuweisungen an die Krankenkassen sollen sich weiterhin je zur Hälfte an der Versichertenzahl und der kassenindividuellen **Krankheitslast** orientieren, wie es im **Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)** von 2007 geregelt ist.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

Die Wissenschaftler finden auch Belege für manipulative Beeinflussung der Zuweisungen durch die Krankenkassen und empfehlen, die Manipulationsfestigkeit des RSA zu stärken. Zu den vorgeschlagenen Maßnahmen zählen neben der Einführung ambulanter **Kodierrichtlinien** und zertifizierter Praxissoftware ein zentrales Register für Selektivverträge, der Ausschluss kassenindividueller Kodiermodule, die Stärkung des Prüfverfahrens nach **Paragraf 273 SGB V**, eine umfassendere Plausibilitätskontrolle der Diagnosen über Arzneimittel sowie die Meldung der **Operationen- und Prozedurenschlüssel**. Trotz der Hinweise auf Beeinflussung empfiehlt der Beirat nicht, auf ambulante Diagnosen im Morbi-RSA zu verzichten. Sie seien für die Abbildung der Morbidität erforderlich und könnten nicht durch Arzneimittelinformationen ersetzt werden. Einen auffälligen Unterschied zwischen der Krankheitshäufigkeit im Morbi-RSA und der in epidemiologischen Studien können die Wissenschaftler nicht feststellen.

» Weiterer Forschungsbedarf und zusätzliche Anpassungen

Weiteren Forschungsbedarf sieht der Beirat bei der Berücksichtigung von Hochkostenversicherten, der Analyse von Präventionsanreizen, der Einführung zusätzlicher Arzneimittelzuschlagsgruppen sowie hinsichtlich der Regionaldimension in der GKV-Finanzarchitektur. Mit Blick auf regionale Risikoselektionsanreize werden die gegenwärtige Situation als unbefriedigend bewertet, die Einführung einer Regionalkomponente sowie regional differenzierte Zusatzbeitragsätze als Weiterentwicklungsoptionen erörtert und auf die erforderliche empirische Untersuchung im **Folgegutachten** verwiesen. Dessen Ergebnisse sollen im Frühjahr 2018 vorliegen.

Ein zielgenauer Morbi-RSA, der Risikoselektion wirksam unterbindet, ist für das Expertengremium zwar Voraussetzung, aber nicht allein Garant für fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um eine bessere Versorgung der Versicherten. Deshalb empfehlen sie für einen funktionierenden Wettbewerb in der GKV auch Anpassungen außerhalb der Systematik des Morbi-RSA. Dazu gehören die Prüfung der Auflösung kassenartenbezogener **Haftungsverbände**, die Vereinheitlichung der **Aufsicht** sowie die Beobachtung etwaiger Marktkonzentrationen in der GKV.

» Zielgenaue Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Nach der aufgeregten Debatte der vergangenen Monate wollten insbesondere auch die gesundheitspolitischen Entscheider in Bundestag und Bundesregierung Klarheit über den Änderungsbedarf am Morbi-RSA. Die ersten Reaktionen auf das Gutachten zeigen, dass der Streit zwischen den Krankenkassen schwer zu befrieden sein wird. Der AOK-Bundesverband hatte in diesem Zusammenhang bereits angemahnt, die fachliche Kompetenz weder zu ignorieren noch in Frage zu stellen. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist es das Gutachten eine solide Grundlage zur Versachlichung der Debatte. „Die neutrale Expertise des BVA-Beirates zeigt allen Beteiligten einen zukunftsweisenden Reformpfad für den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung auf“, kommentiert der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jens Martin Hoyer, die Zusammenfassung.

Infos: www.bundesversicherungsamt.de