

INHALT

- **Arzneimittelreform verzögert sich**
- **Massive Eingriffe in die Rechte der Selbstverwaltung verhindert**
- **Prüfpflichten bei Medizinprodukten: Ein Urteil mit Signalwirkung**
- **Zu wenig Antibiotika aus Deutschland**
- **AOK-System erweitert Risikomanagement**
- **Krise im britischen Gesundheitswesen: Schärfere Regeln für Ausländer**
- **US-Gericht blockt Milliarden-Fusion von Krankenversicherern**
- **Kongress: Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe**
- **Hintergrund: Vorsicht Legendenbildung! RSA-Debatte setzt sich fort**

Redaktionsschluss
dieser Ausgabe:
22. Februar 2017

■ **Arztdiagnosen: Der Manipulation einen Riegel vorgeschoben**

Die zusätzliche Diagnosevergütung für Ärzte ist künftig verboten. Das hat der Bundestag im Zuge des **Heil- und Hilfsmittel-Versorgungsgesetzes** (HHVG) entschieden. Die neuen Regeln sollen die Beeinflussung ärztlicher Diagnosen verhindern. Jene Anträge zum **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** (Morbi-RSA) hatten zuletzt die gesundheitspolitische Diskussion bestimmt (siehe auch den Hintergrund ab Seite 7). Grundsätzlich aber will die Große Koalition mit dem HHVG Transparenz und Qualität in beiden Versorgungsbereichen steigern. Das Gesetz erweitert die Informations- und Wahlrechte der Versicherten und Patienten und verpflichtet zur besseren Überwachung der Ergebnisqualität in der **Hilfsmittelversorgung**. Der GKV-Spitzenverband muss bis Ende 2018 das **Hilfsmittelverzeichnis** aktualisieren und dann stets auf aktuellem Stand halten. Die **Heilmittel**erbringer sollen künftig durch „Blankoverordnungen“ stärker in die Versorgungsverantwortung einbezogen werden. Ärzte stellen weiterhin die Diagnose, Physiotherapeuten oder Logopäden dürfen aber selbst über Umfang und Art der Behandlung entscheiden. Die Krankenkassen befürchten ungerechtfertigte Leistungsausweitungen. Nach einer Testphase will der Gesetzgeber entscheiden, ob die Blankoverordnungen in die Regelversorgung übernommen werden. Zusätzlich gibt es neue Vorgaben zur **Beitragsbemessung** für Selbständige in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Zudem müssen Ärzte, die nebenbei als Notärzte im Rettungsdienst arbeiten, keine Beiträge zur Sozialversicherung zahlen.

Infos: www.aok-bv.de

■ **Klage vor dem Bundesverfassungsgericht: Ärzte mit Lokführern in einem Boot**

Auch die angestellten Ärzte sehen sich durch das Tarifeinheitsgesetz beeinträchtigt. Zusammen mit weiteren Spartengewerkschaften wie die der Lokführer und der Pilotenvereinigung Cockpit ist der Marburger Bund vor das Bundesverfassungsgericht gezogen. Die Ärzte stellten im Betrieb immer eine Minderheit dar, begründete der Vorsitzende Rudolf Henke die Klage in Karlsruhe. In einem Krankenhaus könne der Marburger Bund maximal 15 Prozent der Beschäftigten vertreten. Die Ärzte bangen um ihre Koalitionsfreiheit und ihr Streikrecht - und damit um Einfluss. Laut Gesetz setzt sich bei mehreren Tarifverträgen künftig die Gewerkschaft durch, die im Betrieb die meisten Mitglieder hat. Das Urteil wird in einigen Monaten erwartet.

Infos: www.bmas.de

ZUR PERSON I



■ **Dr. Karsten Heegewaldt** ist neuer Präsident der Zahnärztekammer Berlin. Heegewaldt löst damit Dr. Wolfgang Schmiedel ab, der nach 13 Jahren als Präsident nicht erneut kandidierte. Als Vizepräsident bestätigte die Mitgliederversammlung Dr. Michael Dreyer. Neu im Vorstand ist Dr. Jana Lo Scalzo. Als Vorstandsmitglieder wiedergewählt wurden Dr. Detlef Förster, Zahnärztin Juliane von Hoyningen-Huene, Dr. Helmut Kesler und Dr. Dietmar Kuhn.



■ **Thomas Auerbach** ist neuer stellvertretender Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek). Die Mitgliederversammlung wählte den 53-Jährigen einstimmig. Auerbach folgt Holger Langkutsch, der zum 1. Januar 2017 mit der Fusion von BARMER GEK und Deutscher BKK zur neuen BARMER aus dem Amt geschieden war.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Arzneimittelreform verzögert sich

Der Bundestag wird erst in der zweiten Märzwoche abschließend über das Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) beraten. Ursprünglich sollte das Gesetz Mitte Februar verabschiedet werden. Unterdessen beziehen die Akteure noch einmal Position. So folgt der **Verband der Ersatzkassen** (vdek) bei der Debatte um die geplante **Umsatzschwelle** von 250 Millionen Euro für neue Medikamente dem AOK-Bundesverband. „Die Wirkung wird verpuffen, denn die Umsatzschwelle wurde bis zum Jahr 2015 lediglich von drei Medikamenten überschritten“, sagte Verbandschefin Ulrike Elsner. Wenn ein Präparat nach kurzer Zeit diesen Höchstumsatz übersteigt, würde der zwischen Hersteller und Krankenkassen ausgehandelte Erstattungsbetrag bereits vor Ablauf des ersten Jahres nach Zulassung gelten. Der **Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie** (BPI) wehrt sich weiterhin gegen eine Verlängerung des Preismoratoriums. Aus Sicht des BPI ist aufgrund der guten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die einstige Grundlage für den Preisstopp nicht mehr gegeben. Er gilt für alle Medikamente ohne Patentschutz, die bis zum 1. August 2009 bereits auf dem Markt waren. Eine Untersuchung des **Wissenschaftlichen Instituts der AOK** im Auftrag des Bundesgesundheitsministers hingegen prognostiziert bei Wegfall einen Anstieg der Arzneimittelausgaben um zwei Milliarden bis zu 3,6 Milliarden Euro pro Jahr.

Infos: www.aok-bv.de

■ Massive Eingriffe in die Rechte der Selbstverwaltung verhindert

Für die **Selbstverwaltung** im Gesundheitswesen gelten künftig strengere Regeln. Der Bundesrat hat das umstrittene Selbstverwaltungstärkungsgesetz (SVSG) endgültig passieren lassen. Die Krankenkassen hatten wiederholt kritisiert, für Unregelmäßigkeiten bei der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung** (KBV) in Mithaftung genommen zu werden. Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, sprach von einem „Paradebeispiel für Überregulierung“. Das Gesetz erweitert die Aufsichtsrechte des Gesundheitsministeriums. Auf den letzten Metern konnten weitere massive Eingriffe in die Selbstverwaltung verhindert werden. Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes, Uwe Klemens und Dr. Volker Hansen, sprachen von einem Erfolg. Dennoch sei der gewählte Ansatz, die Selbstverwaltungsrechte durch Kontroll- und Weisungsrechte der Aufsicht einzuschränken, falsch. In der kommenden Legislaturperiode brauche es einen erneuten Anlauf für eine Reform, die diesen Namen auch verdient.“ Anlass für die Gesetzesinitiative von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe waren Unregelmäßigkeiten und Querelen bei der KBV. Mit dem Gesetz sollen solche Konflikte künftig eingedämmt werden.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON II



■ **Cornelia Wanke** übernimmt die Geschäftsführung beim ALM e.V., dem Interessenverband der akkreditierten medizinischen Labore in Deutschland. Sie folgt auf Dr. Gerald Wiegand, der den ALM auf eigenen Wunsch verlässt.



■ **Sebastian Zirfas** ist neuer Manager Governmental Relations & Policy Affairs beim Pharmaunternehmen Pfizer in Berlin. Er kommt von Serviceplan Public Opinion, wo er zuletzt als Senior Consultant für politische Kommunikation tätig war. In seiner Position bei Pfizer berichtet Zirfas an Christoph Heinemann, Lead Governmental Relations & Policy Affairs.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Prüfpflichten bei Medizinprodukten: Ein Urteil mit Signalwirkung

Gute Ansätze für mehr Patientenschutz sieht der AOK-Bundesverband im Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zu den Prüfpflichten Benannter Stellen bei **Medizinprodukten**: „Die Richter haben klargestellt, dass die Prüfstellen grundsätzlich bei schuldhaften Pflichtverletzungen für Schäden nach nationalem Recht haften können“, kommentierte der Vorstandsvorsitzende Martin Litsch die Entscheidung. Die geplante EU-Medizinprodukteverordnung müsse endlich verabschiedet werden. Aber auch Deutschland selbst sei weiter in der Pflicht. Litsch nannte unter anderem die Einführung einer Pflichtversicherung für Hersteller von Hochrisiko-Medizinprodukten, damit Patienten im Schadensfall finanziell abgesichert sind. Der EuGH urteilte aber auch, dass die Prüfstellen nicht grundsätzlich verpflichtet seien, Medizinprodukte selbst zu prüfen oder unangekündigte Kontrollen durchzuführen. Hintergrund ist eine Klage vor dem Bundesgerichtshof (BGH). Eine Frau aus der Vorderpfalz hatte sich gesundheitsgefährdende Brustimplantate des französischen Herstellers Poly Implant Prothèse (PIP) entfernen lassen und fordert vom TÜV Rheinland 40.000 Euro Schmerzensgeld. Der hatte die Qualitätssicherung bei PIP zertifiziert und überwacht.

KOMMENTAR

Formal ist jetzt also der BGH wieder am Zug. Ob er eine Entscheidung zugunsten der betroffenen Frauen trifft? Man will es ihnen wünschen. Der eigentliche Skandal jedoch ist ein anderer. Seit fünf Jahren basteln – anders lässt sich dieses Hin und Her kaum mehr beschreiben – EU-Kommission, Rat und Parlament an einer neuen Medizinprodukte-Verordnung. Seit fünf Jahren gelingt es nicht, Verantwortlichkeiten und Haftungsfragen angemessen zu regeln. Dabei hatten alle vor fünf Jahren noch reumütig bekannt, aus dem PIP-Skandal gelernt zu haben. (rbr)

Infos: www.curia.europa.eu

■ Zu wenig Antibiotika aus Deutschland

Der Pharmaverband **Pro Generika** sorgt sich um die heimische Antibiotikaproduktion. Der Vorstandsvize Markus Leyck Dieken nannte die jüngsten Lieferengpässe einen Weckruf. Man müsse neu über die Versorgungssicherheit nachdenken. Studien zeigten, wie sehr die Antibiotikaversorgung bereits am Tropf chinesischer Hersteller hänge. Diese halten demnach bereits wesentliche Teile der gesamten Weltmarktproduktion. Falle eines dieser Unternehmen aus, seien Versorgungsgpässe die logische Folge. „Angesichts weltweit zunehmender geopolitischer Spannungen sollten wir sicher stellen, dass der Erste-Hilfe-Koffer im Ernstfall in Europa steht“, sagte Leyck Dieken. Als größte Hürden gelten nach Darstellung der Beratungsfirma Roland Berger die hohen Investitions- und Produktionskosten und die sehr niedrigen Preise für Antibiotika in Deutschland. Pro Generika hat nach eigenen Angaben im Pharmadialog der Bundesregierung bereits auf das drängende Problem des Kostendrucks bei lebenswichtigen Arzneien hingewiesen. Allerdings sei der Abschlussbericht in Absichtserklärungen stecken geblieben.

Infos: www.progenerika.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ AOK-System erweitert Risikomanagement

Mit einem Stresstest auf Grundlage aktueller Geschäftsdaten und der prognostischen Geschäftsentwicklung wollen die AOKs finanzielle Notlagen einzelner Kassen künftig frühzeitig verhindern und Einschränkungen der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit vorbeugen. Wird ein Risiko festgestellt, so leitet die betreffende AOK vereinbarte Gegenmaßnahmen ein. Ab einer definierten Risikostufe wird diese Kasse dann zusätzlich fachlich und organisatorisch unterstützt. Damit schaffe man nicht nur mehr Sicherheit im AOK-System, sondern in der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung, erklärt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. „Unter diesen Voraussetzungen wird keine AOK zum Problemfall der GKV oder gar der Politik“, verspricht Litsch. Die Einigung im AOK-System sei ein deutliches Signal in Richtung Gesetzgeber, hebt Volker Hansen, alternierender Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes, hervor. „Lange vor Verabschiedung des Selbstverwaltungstärkungsgesetzes haben sich AOK-Vorstände und die Verwaltungsräte der elf selbstständigen AOKs freiwillig und eigenverantwortlich auf verbindliche Regeln verständigt. Am Ende steht ein substanzieller Fortschritt.“

Infos: www.aok-bv.de

■ Krise im britischen Gesundheitswesen: Schärfere Regeln für Ausländer

Patienten aus dem Ausland sollen künftig in Großbritannien für nicht dringend notwendige Operationen vorab zur Kasse gebeten werden. Dies soll ab kommenden April für alle gelten, die keinen Anspruch auf freie Behandlung in Großbritannien hätten. „Wir haben kein Problem mit Besuchern aus dem Ausland, die unser Gesundheitssystem nutzen, solange sie einen gerechten Beitrag leisten“, sagte der britische Gesundheitsminister Jeremy Hunt unlängst in London. Viele könnten aber nicht ihre Rechnung begleichen. Die Neuregelung soll eine Ersparnis von umgerechnet bis zu 580 Millionen Euro pro Jahr bringen. Das Geld soll nach den britischen Regierungsplänen wieder ins Gesundheitssystem fließen. Kritiker bemängelten, dass die Maßnahme vor allem die Schwächsten – darunter Migranten und Obdachlose – treffen könnte. Ursache für die Krise im Gesundheitswesen sei vor allem der Anstieg älterer Patienten mit chronischen Krankheiten. Der britische Ärzteverband BMA fürchtet durch die Einführung der Neuregelung binnen so kurzer Zeit ein „Chaos“ in den Krankenhäusern. Das Gesundheitssystem in Großbritannien befindet sich derzeit in einer Krise. Kliniken konnten in diesem Winter zeitweise die Versorgung ihrer Patienten nicht mehr garantieren. Der staatliche Gesundheitsdienst National Health Service (NHS) bietet eine fast kostenfreie Versorgung.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ US-Gericht blockt Milliarden-Fusion von Krankenversicherern

Der Zusammenschluss der US-Krankenversicherer Aetna und Humana ist von einem US-Gericht verboten worden. Gemeinsam wäre die Marktmacht der Unternehmen zu groß, heißt es in dem Urteil. Der zuständige Bundesrichter John D. Bates schlug sich damit auf die Seite des Justizministeriums, das in der Fusion einen Verstoß gegen das Wettbewerbsrecht gesehen hatte. Man ziehe ernsthaft in Erwägung, gegen die Entscheidung in Berufung zu gehen, teilte Aetna mit. Das Unternehmen hatte im Juli 2015 angekündigt, Humana für rund 34 Milliarden Dollar übernehmen zu wollen.

■ Auszeichnung: Paul-Ehrlich-Preis für amerikanisches Forscherpaar

Für ihre Arbeiten zu Tumorstoffen erhalten Yuan Chang und Patrick S. Moore den Paul Ehrlich- und Ludwig Darmstaedter-Preis 2017. Die Auszeichnung ist mit 120.000 Euro dotiert. Chang und Moore hätten nicht nur zwei Tumorstoffe entdeckt, begründete der Stiftungsrat die Entscheidung, sondern auch Methoden entwickelt, mit denen noch unbekannte Tumorstoffe gefunden werden können. Weltweit gehe jede sechste Krebserkrankung auf eine Virusinfektion zurück. Mit ihren Arbeiten „tragen die Preisträger erheblich zur Krebsforschung bei“, so der Stiftungsrat. Der Paul Ehrlich- und Ludwig Darmstaedter-Preis ist eine der international angesehensten Auszeichnungen, die in der Bundesrepublik auf dem Gebiet der Medizin vergeben werden. Die beiden Forscher sind verheiratet und arbeiten gemeinsam in Pittsburgh. Der Paul Ehrlich- und Ludwig Darmstaedter-Nachwuchspreis geht in diesem Jahr an Dr. Volker Busskamp, Forschungsgruppenleiter am DFG-Forschungszentrum für Regenerative Therapien der TU Dresden (CRTD). Er verknüpft Nervenzellen zu künstlichen Schaltkreisen in der Petrischale und untersucht damit wichtige Aspekte der Informationsverarbeitung des Gehirns. Die Preisverleihung ist am 14. März 2017 in der Frankfurter Paulskirche.

Infos: www.uni-frankfurt.de

■ Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und der Regierende Bürgermeister von Berlin Michael Müller haben die Schirmherrschaft über den Public Health-Kongress „Armut und Gesundheit 2017“. Er steht unter dem Motto „Gesundheit solidarisch gestalten“. Die Teilnehmer des Kongresses an der Technischen Universität diskutieren am 16. und 17. März unter anderem darüber, ob sich **Public Health** mehr auf die Förderung der Voraussetzungen für ein gesundes Leben kann und wie sich gesundheitliche Probleme gemeinschaftlich angehen lassen.

Infos und Anmeldung: www.armut-und-gesundheit.de

Vorschau

G+G | 02/2017

Gesundheit und Gesellschaft

Reformen in der Reifeprüfung

Minister Hermann Gröhe hat das gesundheitspolitische Feld fleißig bestellt. An manchen Stellen ist die Saat aufgegangen, andere Bereiche liegen aber noch brach, bilanziert AOK-Politikchef Kai Senf.

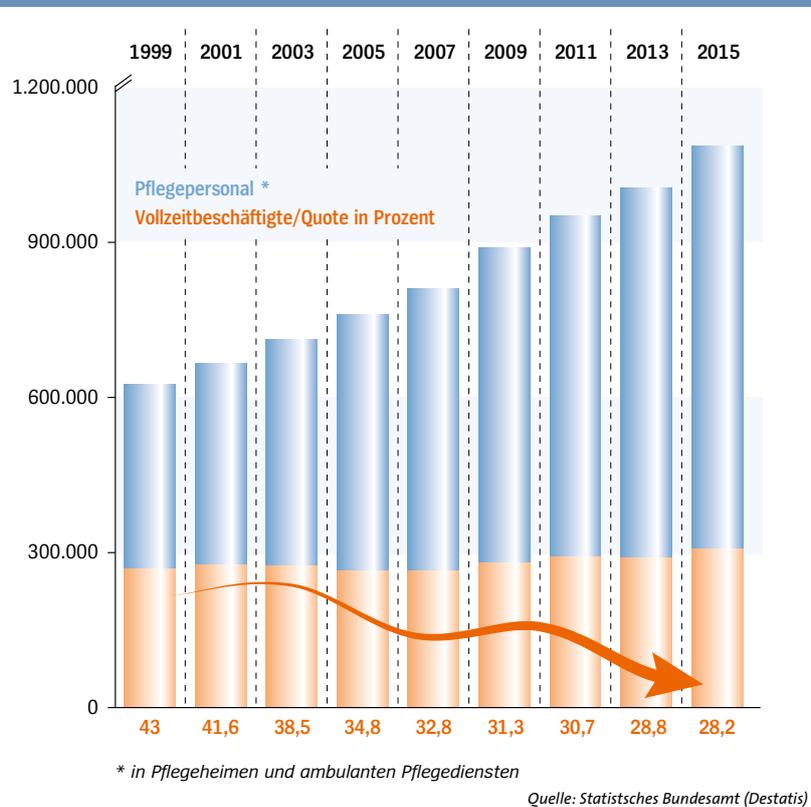
Liebe kennt kein Alter

Auch Pflegebedürftige sehnen sich nach Nähe und Zärtlichkeit. Wie Heime mit der Sexualität ihrer Bewohner umgehen, ist gelebte Pflegequalität, weiß Daniela Noack.

„Krieg und Flucht verarbeiten“

Kinder und Jugendliche aus Kriegsgebieten haben oft psychische Störungen. Welche Hilfe die traumatisierten Mädchen und Jungen benötigen, erläutert Birgit Möller von der Universitätsklinik Münster.

Immer weniger Vollzeitkräfte in der Pflege



Die Vollzeitquote in der Pflege ist von 1999 bis 2015 um etwa ein Drittel gesunken: von 43 auf 28,2 Prozent. In diesem Zeitraum nahm die Zahl der Beschäftigten zwar um 73,8 Prozent auf 1,086 Millionen zu. 2015 gab es mit rund 306.500 aber nur 14,2 Prozent mehr Vollzeitstellen als 1999. Vom 23. bis 25. März 2017 trifft sich die Branche zum Deutschen Pfl egetag in Berlin.

Infos: www.deutscher-pflegetag.de

■ Beschäftigungszuwachs in medizinischen Gesundheitsberufen verlangsamt sich

Zum 31. Dezember 2015 übten 2,8 Millionen Beschäftigte in Deutschland einen medizinischen Gesundheitsberuf aus. Das waren laut Statistischem Bundesamt zwar immer noch 47.000 mehr als Ende 2014. Jedoch stieg die Zahl mit 1,7 Prozent schwächer als in den beiden Vorjahren. 2014 waren es noch 59.000 Beschäftigte oder 2,2 Prozent mehr. 2013 verzeichnete gar ein Plus von 76.000 Personen beziehungsweise 2,9 Prozent. Zu den Beschäftigten in medizinischen Gesundheitsberufen zählen beispielsweise die Beschäftigten in der Krankenpflege, dem Rettungsdienst, der Geburtshilfe, in der Arzt- und Praxishilfe sowie der Human- und Zahnmedizin.

Infos: www.destatis.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Vorsicht Legendenbildung! RSA-Debatte setzt sich fort

Das **öffentliche Schummelbekenntnis** des Vorstandschefs der Techniker-Krankenkasse (TK), Dr. Jens Baas, hat seine Wirkung nicht verfehlt. Die Große Koalition hat das parlamentarische Verfahren zum **Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes** (HHVG) für Änderungsanträge genutzt. Künftig ist die zusätzliche Diagnosevergütung für Ärzte verboten. So soll die Beeinflussung ärztlicher Diagnosen verhindert werden. In diesem Ziel sind die Kassenverbände einig. Allerdings warnt der AOK-Bundesverband vor falschen Schlussfolgerungen hinsichtlich des **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** (Morbi-RSA). Die mit den HHVG-Anträgen erneut entfachte Debatte treffe nicht den Kern des Problems.

Alles in allem begrüßte nicht nur der AOK-Bundesverband, sondern auch der BKK-Dachverband und der Verband der Ersatzkassen (vdek) die Maßnahmen. Weniger Einigkeit besteht hinsichtlich der Wirkungen. Der BKK-Dachverband verwies in diesem Zusammenhang noch einmal auf vermeintliche „**Verzerrungen im Finanzausgleich**“ der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen fairen Wettbewerb der Kassen verhinderten. Und auch der vdek forderte zum wiederholten Male rasche Reformen. Dessen Vorstandsvorsitzende Chefin Ulrike Elsner kritisierte „**Fehlstellungen im Morbi-RSA**“, die für die betroffenen Krankenkassen und deren Versicherte nicht länger hinnehmbar seien. 2015 habe die Unterdeckung bei den Ersatzkassen 644 Millionen Euro betragen, während andere Kassenarten eine Überdeckung von über einer Milliarde Euro aufweisen konnten, so Elsner in Richtung der AOK.

» Beitragssatzunterschiede im Kassenwettbewerb sind politisch gewollt

Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, spielte den Ball umgehend an vdek und BKK-Dachverband zurück. Die jüngste Debatte sei völlig verfehlt. „Wer den Risikostrukturausgleich als Ursache für die Unterschiede bei Beitragssätzen und Vermögensrücklagen von Krankenkassen bezeichnet, betreibt Legendenbildung“, stellte Litsch klar. Vor Einführung der Morbiditätsorientierung im RSA seien die Beitragsunterschiede viel deutlicher ausgefallen. Die Beitragssatzspanne von derzeit 1,5 Prozentpunkten sei kein Skandal, sondern Ausdruck unterschiedlicher Geschäftsmodelle und Unternehmensstrategien. **Beitragssatzunterschiede** im Kassenwettbewerb seien zudem politisch gewollt. Zum Vergleich: Im Frühjahr 2008 lag der günstigsten Beitragssatz einer Krankenkasse bei 11,3 Prozent, der höchste bei 16 Prozent.

Aktuell verläuft der Wettbewerb innerhalb der GKV eher ruhig. Das Preisniveau ist überwiegend stabil, von einer Erhöhung der Zusatzbeiträge sind Anfang des Jahres nur 6,7 Prozent der gesetzlich Versicherten betroffen gewesen, ohne den AOK-Anteil sogar nur 2,4 Prozent. Zudem führt eine Marktbetrachtung nach Kassenarten in die Irre. Die größten Beitragssatzunterschiede be-

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

stehen nicht etwa zwischen, sondern innerhalb der Kassenarten. So gibt es unter den Betriebskrankenkassen gleichzeitig die günstigste mit einem **kassenindividuellen Zusatzbeitrag** von 0,3 Prozentpunkten und die teuerste Kasse mit einem Satz 1,8 Prozentpunkten. Auch beim Gesamtvermögen je Versicherten stehen neun Betriebskrankenkassen unter den Top zehn.

» Martin Litsch: „Der Morbi-RSA sichert die Versorgung chronisch Kranker“

„Trotzdem machen einige Kassenmanager den RSA dafür verantwortlich, dass ihre Kasse nicht mehr so glänzt wie früher, als sich **Risikoselektion** noch lohnte“, kritisiert Litsch. „Damit wird verschleiert, dass sie es bisher versäumt haben, ihr Geschäftsmodell erfolgreich fortzuentwickeln. Denn heute kann eine Kasse viele chronisch Kranke versichern, ohne dass ihr daraus ein Nachteil entsteht. Wenn diese Krankenkasse das Versorgungsmanagement beherrscht und mit Ärzten, Kliniken und Pharma partnerschaftlich und erfolgreich verhandelt, kann das sogar zu Wettbewerbsvorteilen führen.“

Litsch setzt nun darauf, dass mit der Beauftragung einer Gesamtuntersuchung zum Optimierungsbedarf beim RSA das Klima wieder konstruktiver werde. Damit sei auch die Forderung vom Tisch, der RSA müsse grundlegend revidiert werden. Bereits im Jahr 2015 hatte sich die AOK als erste Kassenart für eine Gesamtevaluation des RSA ausgesprochen. In einem Positionspapier vom Oktober 2016 zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hatten die elf AOKs und der AOK-Bundesverband bereits frühzeitig mögliche Untersuchungsgegenstände skizziert.

» Einheitliche ambulante Kodierrichtlinien sichern hohe Diagnosequalität

In eben jenem Positionspapier hat die AOK auch ihre langjährige Forderung nach einheitlichen ambulanten Kodierrichtlinien bekräftigt, um eine hohe Diagnosequalität sicherzustellen. Denn die **Diagnose-Informationen** sind sowohl für die Versorgungsplanung und -steuerung als auch für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen und nicht zuletzt für die Ermittlung der Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen maßgeblich. Die aktuellen Änderungen seien zwar „ausreichend, um eine missbräuchliche Veränderung von Diagnosen zu verhindern“, heißt in der **Stellungnahme** zur zweiten Sachverständigen-Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags. Über die Koalitionsanträge hinaus müssten aber ambulante Kodierrichtlinien verbindlich eingeführt werden.

Für den AOK-Bundesverband bedingt die Verhinderung missbräuchlicher Veränderungen von Diagnosedaten klare Vorgaben, „wie eine richtige Kodierung zu erfolgen hat“. Dies erhöhe auch die Diagnosequalität. Solche Kodiervorgaben seien „mit den aus dem stationären Bereich bereits langjährig genutzten Verfahren vergleichbar und würden zu sektorenübergreifend gleichen Standards führen“, begründet der Verband den Vorstoß. Teil der Änderungsanträge im HHVG sind sie jedoch nicht gewesen.

Infos: www.aok-bv.de