

## INHALT

- **Finanzausgleich: Ersatzkassen stecken gemeinsame Positionen ab**
- **WIdO: Genügend Ärzte – schlecht verteilt**
- **Kassenärzte: Über Heilmitteltherapie muss der Arzt entscheiden**
- **Uniklinik Frankfurt stoppt Herz-Transplantationen**
- **Patientenverfügung: Bundesgerichtshof präzisiert Anforderungen**
- **Hygieneprogramm bringt Kliniken 131 Millionen Euro von der GKV**
- **Ärzte dürfen Praxen nicht einfach in gut versorgte Kieze verlegen**
- **Pflege bleibt weiblich**
- **Hintergrund: Noch ein Reformpapier – Der vdek zum Morbi-RSA**

Redaktionsschluss  
dieser Ausgabe:  
12. August 2016

## ■ Gesundheitsfonds: Hermann Gröhe zapft Liquiditätsreserve an

Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (**PsychVVG**) beschert den Krankenkassen 2015 einmal 1,5 Milliarden Euro zusätzlich aus dem Gesundheitsfonds. So steht es im Kabinettsentwurf von Anfang August. „Das ist erfreulich für die Versicherten, denn sie werden um 1,5 Milliarden Euro entlastet. Doch das ist kein Geschenk, sondern von den Beitragszahlern zuvor selbst eingezahlt worden“, kommentierte die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, die Regierungspläne. Damit könnten „Schwankungen der Zusatzbeitragsätze vermieden werden“, heißt es im Gesetzentwurf. Diese ergäben sich unter anderem aus den Mehrbelastungen aufgrund der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten. Der AOK-Bundesverband stellt diesen Begründungszusammenhang in Frage. „Die Reserven des Fonds anzuzapfen, nimmt zwar im Wahljahr 2017 etwas Druck aus dem Kessel, so Vorstandschef Martin Litsch. Die strukturelle Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt jedoch bestehen.“ Eigentliches Schwerpunkt des Gesetzes ist ein neues Vergütungssystem für die Psychiatrie und Psychosomatik. Statt fester Preise gibt es ab 2017 krankenhausindividuelle Budgets.

Infos: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

## ■ Schärfere Kontrollen ambulanter Pflege nötig

Die **Deutsche Stiftung Patientenschutz** verlangt von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) Nachbesserungen am Entwurf eines Anti-Betrugsgesetzes im Zuge des **Dritten Pflegestärkungsgesetzes** für die ambulante Pflege. „Notwendig ist eine einheitliche Patientennummer für Kranken- und Pflegekasse, um so beim Abgleich Auffälligkeiten bei der Abrechnung schneller erkennen zu können“, sagte Stiftungsvorstand Eugen Brysch der Deutschen Presse-Agentur. Zudem sei eine verpflichtende elektronische Abrechnung durch die Pflegedienste nötig. In der Pflege werde noch viel zu oft auf Papier abgerechnet. Brysch wies darauf hin, dass häusliche Krankenpflege ein großer und betrugsanfälliger Markt sei. In den vergangenen zehn Jahren haben sich demnach die Ausgaben der Krankenkassen auf 5,25 Milliarden Euro fast verdreifacht. Jedoch ist anders als bei den Pflegekassen eine Qualitätskontrolle vor Ort bisher nicht möglich.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ZUR PERSON I



■ **Andreas Storm**  
ist zum 1. Juli zunächst als stellvertretender Vorsitzender in den Vorstand der DAK-Gesundheit eingezogen. Er verantwortet bei der Krankenkasse die Bereiche Personal, Organisation und IT-Services sowie Kundenmanagement. Am 1. Januar 2017 soll er dann die Nachfolge von Herbert Rebscher als Vorsitzender des Vorstands antreten. Storm gehörte 15 Jahre als CDU-Abgeordneter und Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung dem Bundestag an. 2011 wechselte er ins Saarland, zunächst als Chef der Staatskanzlei und Minister für Bundesangelegenheiten. Von 2012 bis 2014 war er Minister für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie im Saarland.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ Kassen-Finanzausgleich: Ersatzkassen stecken gemeinsame Positionen ab

Die Ersatzkassen zeigen in der Diskussion um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bisher ungekannte Einigkeit. In einem **Positionspapier beschwört der Verband der Ersatzkassen** (vdek) den gegenseitigen Haftungsverband und formuliert sechs Forderungen zur Modifizierung des Morbi-RSA. „Ersatzkassen wollen 500 Millionen Euro von der AOK“ titelte die Frankfurter Allgemeine Zeitung. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes krankt das Papier an inneren Widersprüchen und geht von fragwürdigen Voraussetzungen aus. „Unter dem Schlachtruf ‚Der Morbi-RSA ist schuld!‘ werden ausschließlich Eigeninteressen formuliert“, kritisiert Vorstandschef Martin Litsch. Der vdek bemängelt „strukturell bedingte Benachteiligung“ der Ersatzkassen durch den Morbi-RSA in einer Höhe von etwa einer halbe Milliarde Euro. Auf welcher Grundlage die Berechnung erfolgt ist, aus welchen Komponenten sich die Summe zusammensetzt, lässt sich dem Papier nicht entnehmen. Dieser Kassenegoismus könne nicht Maßstab einer vernünftigen Weiterentwicklung des Morbi-RSA sein, so Litsch. Er plädiert für eine Gesamtevaluation des Kassen-Finanzausgleichs. Weitere Einzelheiten auch in Hintergrund ab Seite 7.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ■ WIdO: Genügend Ärzte – schlecht verteilt

Im internationalen Vergleich steht Deutschland mit 4,1 praktizierenden Ärzten je 1.000 Einwohner auf einem Spitzenplatz. „Die Zahl liegt um knapp ein Viertel über dem internationalen Durchschnittswert. Das geht aus dem **Arzteatlas 2016** des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) hervor. Die Arztdichte in Deutschland hat zwischen 1991 und 2015 um knapp die Hälfte zugenommen. Im Jahr 2015 kamen dem **Arzteatlas** zufolge 456 berufstätige Ärzte auf 100.000 Einwohner, 1991 waren es noch 304 Ärzte. Seit 1980 hat sich die Arztdichte in Deutschland sogar mehr als verdoppelt. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland auf Platz fünf von insgesamt 34 Staaten. Bei den Bundesländern liegt Hamburg mit 706 berufstätigen Ärzten je 100.000 Einwohner vor Berlin (618) und Bremen (589). Am Ende der Übersicht liegen Brandenburg (385) Niedersachsen (400) und Sachsen-Anhalt (402). Vor allem in Ballungsräumen gebe es eine Überversorgung, während in ländlichen Regionen Ärzte oft händeringend gesucht würden. „Die Überversorgung in einigen Regionen bindet Ressourcen, die anderswo fehlen“, konstatiert der stellvertretende WIdO-Geschäftsführer Helmut Schröder. Im Bereich der niedergelassenen Mediziner gebe es keinen Ärztemangel, sondern vielfach Überversorgung aufgrund erheblicher Verteilungsprobleme. Der **Arzteatlas** stellt die Versorgungssituation für 23 ärztliche Fachrichtungen dar. Wie sich die Zahl der berufstätigen Ärzte seit 2006 absolut entwickelt hat, zeigt auch die Grafik auf Seite 6.

Infos: [www.wido.de](http://www.wido.de)

### ZUR PERSON II



#### ■ Ralf Metzger

*ist seit dem 1. August Leiter der Hauptabteilung Unternehmenspolitik und -kommunikation bei der AOK Hessen in Bad Homburg. Metzger berichtet an den Vorstandsvorsitzenden Detlef Lamm. Metzger war bisher Abteilungsleiter Gesundheitspolitik, Verbandsangelegenheiten, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.*

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ Kassenärzte: Über Heilmitteltherapie muss der Arzt entscheiden

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** (KBV) beharrt darauf, dass Heilmittel wie Krankengymnastik, Massagen oder Sprechtherapien weiter nur vom Arzt verordnet werden können. Innerhalb der verschiedenen Therapiemöglichkeiten könnten dann die Physiotherapeuten oder Logopäden wählen, sagte die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KBV, Regina Feldmann, der Deutschen Presse-Agentur. Heilmittel sind medizinische Behandlungen, die von Vertragsärzten verordnet und von speziell ausgebildeten Therapeuten erbracht werden. Der Referentenentwurf von Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) zur **Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung** sieht in einem Modellvorhaben die Einführung einer „Blankoverordnung“ von Heilmitteln vor. Physiotherapeuten, Sprechtherapeuten und andere Heilmittelerbringer würden dabei auf Basis der Diagnose eines niedergelassenen Arztes und erforderlicher Behandlungsmethoden das Heilmittel auswählen und auch über Therapiedauer und Behandlungshäufigkeit entscheiden. Dies wäre eine Verlagerung von Verantwortung vom Arzt hin zum Therapeuten.

Infos: [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

### KOMMENTAR

Abgesehen von der erwartbaren Reaktion der KBV, schießt sich das Bundesgesundheitsministerium mit seinem Übereifer selbst ins Knie. Noch bevor die beiden bereits laufenden Modellvorhaben zur Blankoverordnung beendet und ausgewertet sind, sollen nun in jedem Bundesland zusätzlich mindestens vier solcher „Modellvorhaben“ parallel durchgeführt werden. 64 Projekte samt Auswertung – da lohnt sich ja fast schon ein eigenes Institut. Aber im Ernst: Wozu die Eile? Wäre es nicht viel klüger abzuwarten, ob und welche qualitativen Verbesserungen und finanziellen Vorteile die Blankoverordnung bringt? Noch vor gut einem halben Jahr war die Bundesregierung selbst dieser Meinung. Der Sinneswandel ist kaum erklärlich. (rbr)

## ■ Uniklinik Frankfurt stoppt Herztransplantationen

Die Universitätsklinik Frankfurt verpflanzt keine Herzen mehr. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** hatte die **Reißleine gezogen**. Drei der vier Patienten, die hier in den vergangenen beiden Jahren ein neues Herz bekommen haben, sind gestorben. Das Uni-Klinikum schickt seine Patienten künftig an die Kerckhoff-Klinik im hessischen Bad Nauheim. Man habe dem hessischen Gesundheitsministerium mitgeteilt, „dass eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Ergebnisqualität bei Herztransplantationen nicht eingehalten wurde“, so die unparteiische GBA-Vorsitzende Regina Klakow-Franck. Die wiederholten Auffälligkeiten in Hinblick auf die Sterblichkeit nach Herztransplantationen und auch die sehr kleinen Fallzahlen hätten keine andere Möglichkeit gelassen. Der Ärztliche Direktor der Klinik, Jürgen Graf, betonte, dass die Probleme ausschließlich Herztransplantationen betreffen: weder die Qualität anderer Herz-Operationen noch die Qualität anderer Transplantationen. An der Uni-Klinik werden auch Lebern und Nieren verpflanzt.

Infos: [www.kgu.de](http://www.kgu.de)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ Patientenverfügung: Bundesgerichtshof präzisiert Anforderungen

**Patientenverfügungen** müssen möglichst konkret verfasst sein. Nur zu sagen, dass „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ gewünscht seien, reiche nicht aus, so eine aktuelle Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH). Bindend seien die Festlegungen nur dann, wenn einzelne ärztliche Maßnahmen genannt oder Krankheiten und Behandlungssituationen klar genug beschrieben würden. Mit dem Urteil geht ein Streit unter drei Töchtern über den richtigen Umgang mit der pflegebedürftigen Mutter weiter. Die Frau wird seit einem Hirnschlag über eine Magensonde ernährt und kann nicht mehr sprechen. In gleich zwei Patientenverfügungen hatte sie sich für den Fall eines schweren Gehirnschadens gegen „lebensverlängernde Maßnahmen“ ausgesprochen. Eine ihrer Töchter ist der Ansicht, dass ein Ende der künstlichen Ernährung nicht dem Willen der Mutter entspricht. Ihre beiden Schwestern sehen das anders. Nach Auffassung der BGH-Richter lässt sich aus den Verfügungen kein Sterbewunsch ableiten. Das Landgericht im baden-württembergischen Mosbach muss nun prüfen, ob die Patientin in der Vergangenheit Dinge gesagt hat, die auf einen solchen Wunsch hindeuten.

Infos: [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

## ■ Hygieneprogramm bringt Kliniken 131 Millionen Euro

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat die Ausstattung von Kliniken mit Hygienepersonal bisher mit insgesamt 131 Millionen Euro finanziert. Das zeigt ein Bericht des **GKV-Spitzenverbandes**. Grundlage ist das noch bis 2023 laufende gesetzlich vorgeschriebene Hygienesonderprogramm. Das Programm soll die Beschäftigung von qualifiziertem Hygienefachpersonal fördern. Das Geld fließt seit 2013 zusätzlich zu den von den Krankenkassen zu finanzierenden Betriebskosten. Insgesamt liegt das Fördervolumen der Krankenkassen bis zum Ende des Programms bei über 460 Millionen Euro. Mit diesem Geld sollen Krankenhäuser qualifiziertes Hygienepersonal einstellen, aber auch die Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften und Ärzten in diesem Bereich sowie externe Beratungen bezahlen. Anspruch aus dem Sonderprogramm haben nur jene Kliniken, die die verbindlichen personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Verhinderung von Infektionen mit Krankenhauskeimen noch nicht erfüllen. Das sind derzeit etwa zwei Drittel aller Kliniken in Deutschland. Von den rund 2.000 Krankenhäusern in Deutschland sind 1.555 anspruchsberechtigt. Bisher haben 1.218 von ihnen Fördergelder bei den Krankenkassen abgerufen. Rund 86,8 Millionen Euro haben die Kliniken für die Einstellung neuer Hygienekräfte, für die interne Besetzung und für die Aufstockung von Teilzeitstellen erhalten. Der Rest floss in Fort-, Weiterbildung und Beratung durch Krankenhaushygieniker.

Infos: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ DRK-Kliniken: Betrugsprozess gegen Geldauflagen eingestellt

Die Anklage lautete auf bandenmäßigen Betrug in 358 Fällen. Drei Medizern und einem Jurist der DRK-Kliniken in Berlin war vorgeworfen, von 2004 bis Juli 2010 Leistungen in ambulanten Versorgungszentren von fast 14 Millionen Euro bei der **Kassenärztlichen Vereinigung (KV)** Berlin falsch abgerechnet zu haben. Das Landgericht ordnete jetzt an, dass die Angeklagten zwischen 7.000 und 20.000 Euro an gemeinnützige Einrichtungen zahlen müssen. Für den Bandenvorwurf hätten sich im Prozess keine Anhaltspunkte ergeben. Bei einer Verurteilung wäre laut Gericht nur gewerbsmäßiger Betrug in Frage gekommen. Hier waren einige Taten aber schon verjährt. Auch habe die KV Berlin Schadenersatz erhalten.

## ■ Ärzte dürfen Praxen nicht einfach in gut versorgte Kieze verlegen

Ärzte oder Psychotherapeuten dürfen ihren Praxissitz nur verlegen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht dagegenstehen. Die Verlegung des Sitzes von einem nicht gut versorgten Stadtteil in einen Bezirk mit bereits sehr hoher Überversorgung darf deshalb im Regelfall nicht genehmigt werden. Das geht aus einer Entscheidung des Bundessozialgerichts hervor. Das Verfahren war in Gang gekommen, weil eine Psychotherapeutin ihren Sitz innerhalb Berlins verlegen wollte. Der Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) lehnte den Antrag ab. Der Berufungsausschuss gab dem Ersuchen jedoch statt. Die KV klagte daraufhin. Das Sozialgericht wies die Klage ab. Das Bundessozialgericht änderte jetzt das Urteil ab und verurteilte den Berufungsausschuss zur Neubescheidung des Antrags.

## ■ EU-Behörde fordert Reduzierung von Colistin

Die Europäische Arzneimittel-Agentur EMA fordert, den Einsatz des Antibiotikums Colistin bei Tieren drastisch einzuschränken, um die Entwicklung von resistenten Erregern einzuschränken. Die EU-Kommission hatte um eine Neubewertung von Colistin gebeten, nachdem bei Bakterien ein bisher unbekanntes Gen nachgewiesen wurde, das die Entwicklung einer Resistenz erheblich beschleunigen kann. Colistin gilt in der Humanmedizin als sogenanntes Reserveantibiotikum und wird seit mehr als 50 Jahren eingesetzt. Reserveantibiotika sind in der Therapie von Menschen sehr bedeutsam. Wenn herkömmliche Antibiotika nicht mehr helfen, sind sie das letzte Mittel gegen resistente Keime. Bei Tieren wird Colistin inzwischen immer häufiger für die Behandlung von Infektionen mit Darmbakterien eingesetzt.

Infos: [www.ema.europa.eu/ema](http://www.ema.europa.eu/ema)

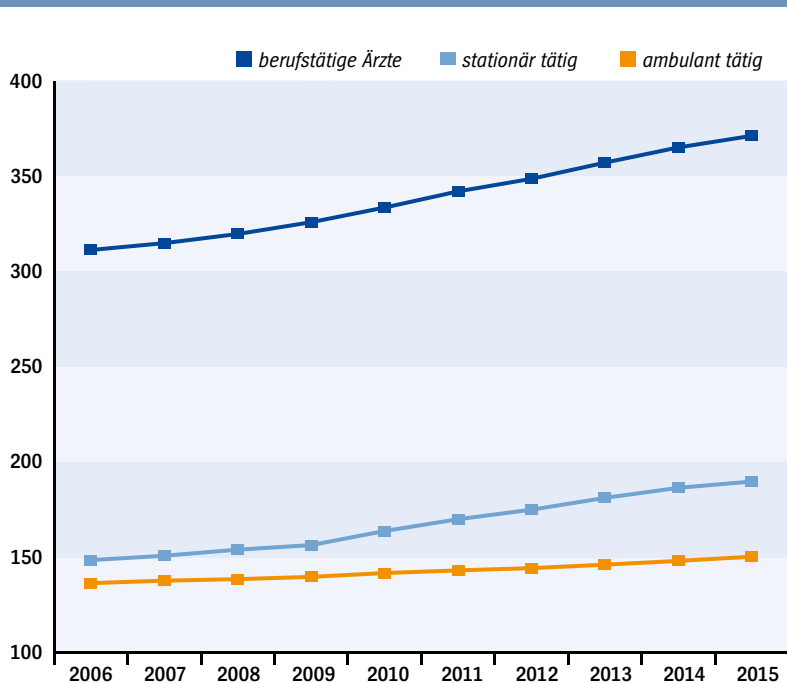
## Vorschau

G+G | 07-08/2016

Gesundheit und Gesellschaft

Die aktuelle Doppelausgabe für die Monate Juli und August ist bereits im Juli erschienen.

### Bei den Ärzten geht's stets aufwärts



Quelle: Bundesärztekammer, Mai 2016; Grafik: AOK-Medienservice

**Die Zahl der berufstätigen Ärzte** in Deutschland steigt stetig, in den vergangenen zehn Jahren um fast 20 Prozent. Auch Ende 2015 verzeichnete die Bundesärztekammer (BÄK) Rekordmarken. Die Zahl der ambulant tätigen Ärzte stieg in den vergangenen zehn Jahren um über zehn Prozent auf rund 150.100. Das Plus bei den Klinikärzten war fast dreimal so hoch (27,9 Prozent). Ihre Zahl lag bei 189.600. Ende 2015 gab es insgesamt 371.200 berufstätige Ärzte.

Infos: [www.bundesarztekammer.de](http://www.bundesarztekammer.de)

### ■ Pflege bleibt perspektivisch weiblich

Rund 61.800 Jugendliche haben laut Statistischem Bundesamt (Destatis) im Herbst 2014 eine Berufsausbildung in einem Pflegeberuf begonnen. Wie das Amt weiter mitteilt, werden Pflegeberufe nach wie vor in erster Linie von Frauen erlernt, auch wenn der Anteil der Männer leicht angestiegen ist. So waren von den neuen Auszubildenden 48.700 weiblich (79 Prozent) und 13.100 (21 Prozent) männlich. Gegenüber 2004 ist die Zahl der Ausbildungsanfänger im Pflegebereich insgesamt um 41 Prozent gestiegen. Bei den Frauen betrug der Anstieg 39 Prozent, bei den Männern 49 Prozent. Zu den Pflegeberufen zählen die Ausbildungen als Gesundheits- und Kranken-, Kinderkranken- oder Altenpfleger/-in sowie die nur ein Jahr dauernden Ausbildungen als Pflegehelfer/-in.

Infos: [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

#### «BLICKPUNKT HINTERGRUND»

### ■ **Noch ein Reformapier: vdek positioniert sich zum Morbi-RSA**

Nach den Innungs- und den Betriebskrankenkassen hat jetzt auch der Verband der Ersatzkassen ein „Reformpaket zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA“ vorgelegt. Was der vdek mit dem Zehn-Punkte-Plan bezweckt, wird schnell deutlich. Es geht darum, „die Wettbewerbsnachteile für die Ersatzkassen als Kassengemeinschaft und Haftungsverbund insgesamt“ zu reduzieren. Jene Wettbewerbsnachteile beziffert der vdek auf etwa eine halbe Milliarde Euro, das entspricht ziemlich genau den 433 Millionen Euro Unterdeckung, die das Ersatzkassensystem insgesamt für das Jahr 2014 ausweist.

Fest steht, woher die halbe Milliarde Euro kommen soll: „Ersatzkassen wollen 500 Millionen Euro von der AOK“ titelte die Frankfurter Allgemeine Zeitung am 21. Juli 2016. Die Berichterstattung macht auch deutlich, was Basis der vdek-Wunschliste ist: Geschäftsgrundlage der gemeinsamen Positionierung ist ein interner Deal, wonach die erhofften Mehreinnahmen aus dem Morbi-RSA noch einmal unter den Ersatzkassen verteilt werden.

#### » Viele Fragen – wenig Antworten

Gleichzeitig wirft der Forderungskatalog viele Fragen auf. Entspricht er den übergeordneten Zielen des Morbi-RSA, nämlich Risikoselektion zu vermeiden und Wirtschaftlichkeitsanreize für den Versorgungswettbewerb zu erhöhen? Wie passen die Einzelforderungen zusammen, welche Wechselwirkungen und Finanzkraft entfalten sie? Auch fallen die Leerstellen auf: Warum wird der Faktor Krankengeld trotz seiner hohen Relevanz und des von der Politik beauftragten Gutachtens völlig ausgeblendet? Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes folgen die Vorschläge keinem ordnungspolitisch klaren Konzept, sondern „allein dem kassenindividuellen Beuteschema“, so der Vorstandsvorsitzende des AOK Bundesverbandes, Martin Litsch. „So etwas kann doch nicht Entscheidungsgrundlage für eine zukunftsweisende Morbi-RSA-Reform sein.“

Besonders die geforderte Umstellung der Prävalenzgewichtung erscheint fragwürdig. „Wie kann man etwa Vorschläge unterbreiten, die die Finanzierung der Versorgung von chronisch kranken Menschen wieder zurückdreht?“ Hintergrund: Ähnlich wie die Innungskrankenkassen möchten die Ersatzkassen die aktuelle Gewichtung der Krankheiten im Morbi-RSA verändern und die Volkskrankheiten nicht weiter berücksichtigen. Sie argumentieren, dass Bluthochdruck oder Diabetes in der Regel durch Prävention verhindert oder hinausgezögert werden könnten. Weil der Morbi-RSA aber Zuschläge für Volkserkrankungen vorsehe, sinke der Anreiz, in Prävention zu investieren.

#### » Das Ende der Rosinenpicker und die neue Kassentektonik

Das Gegenteil sei der Fall, kontert AOK-Verbandschef Litsch. „Der Wettbewerb zwischen den Kassen funktioniert heute viel besser als noch vor Jahren. Das Geschäftsmodell der ‚Rosinenpicker‘ hat ausgedient.“ Der gerechtere Finanz-

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

ausgleich habe die Rahmenbedingungen für den Versorgungswettbewerb feinjustiert und Anreize zur Risikoselektion minimiert. Und dass sich Prävention lohne, zeige die AOK-Gemeinschaft Jahr für Jahr aufs Neue. Die AOK investiert von allen Kassenarten am stärksten in Prävention, sagt Litsch. 2014 hat die AOK laut Präventionsbericht vom April 2016 erstmals über drei Millionen Menschen mit Präventionsmaßnahmen erreicht. Das sind etwa 60 Prozent aller Menschen, die das Präventionsangebot einer gesetzlichen Krankenkasse genutzt haben. Auch finanziell engagiert sich die AOK laut Bericht stärker als andere Krankenkassen. Mit fünf Euro pro Versichertem investierte die AOK rund 25 Prozent mehr als der Durchschnitt der Krankenkassen in die Gesundheitsförderung. „Das ist gut für die Versicherten, weil es ihnen besser geht, und es ist gut für die Krankenkassen, weil sich das Finanzergebnis verbessert“, kommentiert Litsch die Zahlen.

Bessere oder schlechtere Wettbewerbspositionen führt Litsch nicht auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kassenart zurück: „Schauen Sie sich die Beitragssätze doch an. BKK ist nicht gleich BKK, Ersatzkasse nicht gleich Ersatzkasse. Und AOK nicht gleich AOK.“ Unterschiedliche Marktpositionen hält der Verbandschef mittlerweile für normal. Für manche Kassenvertreter sei es offensichtlich gewöhnungsbedürftig, dass der Morbi-RSA die Kassentechnik verschoben habe.

#### » Ein bunter Strauß auf wackeliger Datenbasis

Neben einer anderen Gewichtung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten umfasst der Forderungskatalog des vdek noch die Abschaffung der Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner sowie der gesonderten Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme. Auch hier ist die AOK Marktführer. Außerdem wollen die Ersatzkassen einen Hochrisikopool für Versicherte mit Behandlungskosten von mehr als 100.000 Euro, Zuweisungen für Auslandsversicherte in Höhe von landesspezifischen Durchschnittsausgaben sowie eine Regionalkomponente auf Kreisebene.

Neu ist, dass erstmals die Hinweise des Gutachtens des Bundesversicherungsamtes (BVA) zu Auslandsversicherten übernommen werden. Der vdek verschweigt jedoch in seinem Papier, dass das BVA Folgegutachten nicht ausschließt. „Die jetzige Datenbasis reicht möglicherweise nicht aus, um Klarheit darüber zu erhalten, was geändert werden sollte“, sagte BVA-Präsident Frank Plate bereits in der **Juniausgabe 2016 des AOK-Forums „Gesundheit und Gesellschaft“** (G+G).

#### » Gesamtevaluation statt reiner Interessenpolitik

Die Forderung nach einer Gesamtevaluation des Morbi-RSA bleibt aktuell. „Es wäre überzeugender, wenn man die Einschränkung der Krankheiten im Morbi-RSA endlich ganz fallen ließe. Das hätte den Charme, mit einem Schlag die unsägliche Debatte zur Auswahl der richtigen Krankheiten zu beenden“, so Litsch. „Derzeit kommen unzählige Kassen oder Kassenarten mit ihren Morbi-Wünschen um die Ecke, immer mit dem Argument, durch diese und jene Änderung werde der Morbi-RSA gerechter. Dahinter steckt reine Interessenpolitik.“ Das vdek-Papier macht da keine Ausnahme.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)