

INHALT

- **Arzneimittelgesetz: Umstrittene Reform**
- **Regierung erwägt schärfere Zulassung für Heilpraktiker**
- **Pflege: Hohe Kosten für Heimplatz angemessen**
- **Kassenbeiträge bleiben stabil**
- **Pflegereform: Kaum Berücksichtigung für Bedürfnisse Behinderter**
- **GKV-Mindestbeitrag für Selbstständige bleibt**
- **Masern in Amerika ausgerottet**
- **Augenarzt wehrt sich gegen Zuweisung von Patienten**
- **Sechs Bewerber für den WHO-Chefposten**
- **Sozialversicherungen: Defizit gesunken**
- **Hintergrund: Drei Schritte zur Weiterentwicklung des RSA**

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
24. Oktober 2016

■ **Finanzausgleich: AOK positioniert sich**

Die AOK hat konkrete Vorschläge zur Reform des **Risikostrukturausgleichs** (RSA) zwischen den Krankenkassen vorgelegt. Jede Änderung müsse die Zielgenauigkeit des RSA erhöhen, **Risikoselektion** verringern und Wirtschaftlichkeitsanreize stärken, heißt es in einem Positionspapier. Als Sofortmaßnahmen fordern die elf AOKs und der AOK-Bundesverband die Einführung von verbindlichen, bundeseinheitlichen Kodierrichtlinien für die **ambulante Versorgung** sowie die Aufhebung der Begrenzung des RSA auf bisher 80 Krankheiten. In einem zweiten Schritt schlägt die AOK eine Reform der Zuweisungen für Auslandsversicherte und für das Krankengeld vor. **Krankheitslast** und das Einkommen der Mitglieder sollten beim **Krankengeld** künftig gleichermaßen berücksichtigt werden. Bei den Auslandsversicherten fehlt es bisher an standardisierten Daten zu landesspezifischen Leistungsausgaben. Neben Sofortmaßnahmen und kurzfristigen Anpassungen plädiert die AOK für die Beibehaltung einer kontinuierlichen, wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung des RSA. Langfristig müsse über den Umgang mit Hochkostenfällen sowie die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten diskutiert werden. Details zum Positionspapier im Hintergrund ab Seite 7.

Infos: www.aok-bv.de

■ **EuGH-Urteil: Arzneimittel-Preisbindung verstößt gegen europäisches Recht**

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat im Verfahren um gewährte Rabatte für verschreibungspflichtige Medikamente zugunsten der niederländischen Versandapotheke DocMorris entschieden. Die deutsche Regelung könne Anbietern aus anderen EU-Ländern den Zugang zum deutschen Markt erschweren und sei deshalb nicht gerechtfertigt. Grundsätzlich sei zwar eine Beschränkung des freien Warenverkehrs mit dem Schutz der Gesundheit und des Lebens zu rechtfertigen, doch sei die Preisbindung dazu ungeeignet. In dem Verfahren ging es um ein Bonussystem, das die Deutsche Parkinson Vereinigung mit DocMorris ausgehandelt hatte. Den Rechtsstreit hatte die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs eingeleitet. Das Oberlandesgericht Düsseldorf hatte dann den EuGH einbezogen. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, warnte vor Schnellschüssen: „Die Politik ist jetzt gut beraten, die Konsequenzen aus dem Urteil genau unter die Lupe zu nehmen. Ein Versandhandelsverbot wäre die falsche Reaktion und würde dem Geist des Urteils nicht gerecht.“ Einsparmöglichkeiten beim Arzneimittelkauf, sollten allen Versicherten und ihren Kassen zugutekommen, und nicht nur einzelnen Patienten, die bei besonders günstigen Auslandsapotheken bestellen.

ZUR PERSON I



■ **Jörg Wieczorek** bleibt Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller (BAH). Die 62. Mitgliederversammlung bestätigte ihn ebenso im Amt wie seine Stellvertreter Michael Becker und Dr. Traugott Ullrich. Als dritter Stellvertreter neu gewählt wurde Philipp Huwe. Neue Beisitzer sind Dr. Andreas Kress, Dietmar Leitner und Dr. Martin Zügel.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Arzneimittelgesetz: Umstrittene Reform

Die Bundesregierung muss für ihren Entwurf eines **Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetzes** (AM-VSG) Kritik von allen Seiten einstecken. Von einem Rückschritt sprach der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Der Entwurf biete keine Antwort auf die Frage, wie die Arzneimittelversorgung trotz immer schneller steigender Preise gewährleistet werden könne. Stattdessen sichere das Gesetz vor allem die Interessen der Pharmabranche und der Apotheken. Als Beispiele nannte Litsch die Streichung der **Zytostatika-Ausschreibungen** und die Vertraulichkeit der ausgehandelten Erstattungspreise für Medikamente. Was den Pharmastandort Deutschland stärken solle, diene nur dazu, „dass Pharmafirmen in Ländern, die Deutschland als Referenzland nutzen, höhere Preise durchsetzen können“. Die Arzneimittelhersteller äußerten sich aus anderen Gründen kritisch. Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des **Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller** (vfa), nannte das AM-VSG ein „reines Spargesetz, das reale Gefahren für Patienten verursacht“, weil Patienten Therapiealternativen genommen würden, die von den Kassen nicht mehr erstattet werden dürften. Der **Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie** (BPI) kritisierte den angeblichen Ausschluss von Innovationen. Der **GKV-Spitzenverband** ging noch einmal auf die geplante **Umsatzschwelle** von 250 Millionen Euro ein und sprach von einer Alibilösung. 2015 hätte lediglich bei drei Arzneimitteln die Schwelle einer früheren Rückerstattung gegriffen.

Infos: www.aok-bv.de

■ Regierung erwägt schärfere Zulassung für Heilpraktiker

Todesfälle nach einer alternativen Krebstherapie beim Heilpraktiker sorgten jüngst für Aufsehen. Die Bundesregierung nehme dies zum Anlass für eine kritische Prüfung, schrieb jetzt die Parlamentarische Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz (CDU), in einer Antwort auf eine **Grünen-Anfrage**. Bisher müssen sich Heilpraktiker einer vergleichsweise kleinen Zulassungsprüfung stellen. Die Regierung habe Verständnis für Forderungen nach einer Anpassung des Heilpraktikerrechts an die Standards anderer heilberuflicher Regelungen, so Widmann-Mauz. Forderungen nach einer Abschaffung des Heilpraktikerberufs macht sich die Regierung nicht zu eigen. Die Prüfungen seien nicht abgeschlossen, betonte Widmann-Mauz. Die Heilpraktikerausbildung in Deutschland war zuletzt in die Schlagzeilen geraten, nachdem am Niederrhein mehrere Patienten nach einer Behandlung gestorben waren. Ein Heilpraktiker hatte sie mit einem nicht als Medikament zugelassenen Stoff behandelt, die Staatsanwaltschaft ermittelt. Seit Juli muss sich ein Heilpraktiker wegen des Vorwurfs fahrlässiger Tötung durch Unterlassung vor dem Amtsgericht Kehlheim verantworten. Er hatte eine Krebspatientin mit Pendel und Homöopathie behandelt.

Infos: www.bundestag.de

ZUR PERSON II



■ **Sebastian Schütze**
ist seit dem 1. Oktober Geschäftsfeldleiter Gesundheitspolitik beim Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) in Berlin. Er folgt auf Sebastian Hofmann. Bisher war Schütze als wissenschaftlicher Referent für Arzneimittelpolitik für die Unionsfraktion im Deutschen Bundestag tätig.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Pflegebevollmächtigter: Hohe Kosten für Heimplatz angemessen

Der **Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung**, Karl-Josef Laumann (CDU), hat die hohen Kosten für Pflegeheimplätze in Deutschland verteidigt. In einer stationären Einrichtung fielen etwa 85 Prozent der Kosten für das Personal an, sagte Laumann in einem Radiointerview. Wenn die Pfleger angemessen bezahlt werden sollten, komme pro Monat natürlich eine Rechnung zusammen. Die Bezahlung der Pflegekräfte sei in Deutschland sehr unterschiedlich, kritisierte Laumann. Nicht alle Pfleger würden dabei nach Tarif bezahlt. So verdiene etwa eine Pflegekraft in Niedersachsen monatlich fast 450 Euro weniger als in Baden-Württemberg. Allerdings sei er als Politiker nicht dafür zuständig, die Einhaltung von Tarifverträgen durchzusetzen. Es gebe immer noch Anbieter, die die Löhne ihrer Mitarbeiter drückten. „Aber ich bin ganz sicher, dass der Fachkräftemangel in der Pflege sehr schnell dazu führen wird, dass diese Zeiten auch vorbei sind“, sagte Laumann.

KOMMENTAR

Gute Pflege gibt es nicht für lau, ebenso wenig qualifiziertes Personal. Da hat Karl-Josef Laumann recht. Seine Hoffnung nach besserer Entlohnung ist berechtigt. Schließlich spülen höhere Beiträge im Zuge der Pflegereform auch mehr Geld in die Pflegekassen. Die Pflegereform regelt auch, dass das Geld wirklich beim Personal ankommt. Die Dienste müssen künftig nachweisen, dass sie Tariflöhne zahlen. Der AOK-Bundesverband hatte sich dafür stark gemacht. Ein weiterer Teil der Beitragserhöhungen fließt in einen Pflegefonds, um künftige Belastungen abfedern zu können. Wünschen wir der Politik und Karl-Josef Laumann ein glückliches Händchen, damit auch das Geld da ankommt, wo es dann gebraucht wird. (rbr)

Infos: www.aok-bv.de

■ Krankenkassenbeiträge im Wahljahr stabil

Die gesetzlich Krankenversicherten bleiben im Wahljahr 2017 voraussichtlich von steigenden Beiträgen verschont. Das geht aus der Prognose des **Schätzerkreises** beim Bundesversicherungsamt hervor. Denn der **Zusatzbeitrag**, den die Arbeitnehmer allein zahlen müssen, kann laut Schätzung bei durchschnittlich 1,1 Prozent bleiben. Ein Grund für die stabilen Beiträge ist, dass die Regierung den Krankenkassen außerplanmäßig 1,5 Milliarden Euro aus der Reserve des **Gesundheitsfonds** zuweisen will. Zudem bringt die Rekordbeschäftigung den Kassen hohe Einnahmen. Laut der Schätzung werden für das Jahr 2017 Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 214,8 Milliarden Euro erwartet. Darin ist der Zuschuss des Bundes von 14,5 Milliarden Euro enthalten. Dem stehen voraussichtliche Ausgaben von 229,1 Milliarden Euro gegenüber. Das Gesundheitsministerium legt den Satz zwar erst noch fest. Aber erwartet wird, dass es sich strikt an der Prognose orientiert. Die **117 einzelnen Krankenkassen** können auch niedrigere oder höhere Zusatzbeiträge verlangen. Der Zusatzbeitrag kommt zum allgemeinen Beitrag dazu. Dieser ist auf 14,6 Prozent fixiert, je zur Hälfte getragen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern.

Infos: www.bundesversicherungsamt.de

■ Pflegereform: Bedürfnisse Behinderter finden kaum Berücksichtigung

Gesundheitsexperten verlangen Nachbesserungen am Entwurf der Bundesregierung für ein Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III). Die Sachverständigen warnten anlässlich der Anhörung des Gesundheitsausschusses in Berlin vor drohenden Verschlechterungen für Behinderte. So würden pflegebedürftige Behinderte durch die geplante Leistungskonkurrenz von Pflege und **Eingliederungshilfe** deutlich schlechter gestellt. Kritisiert wird zudem unter anderem vom AOK-Bundesverband, dass mit der Schwerpunktsetzung auf die Kommunen gut funktionierende Strukturen ohne Not ausgehebelt werden könnten. Außerdem seien die Kommunen als Träger der Sozialhilfe mit den sich abzeichnenden deutlich höheren Kosten überfordert. Letzteres hatte auch der **Bundesrat in seiner Stellungnahme** vom September kritisiert. So seien die geplanten Änderungen und Leistungsausweitungen mit erheblichen Mehrausgaben für die Kommunen als Träger der Sozialhilfe verbunden. Die Länderkammer fordert daher eine Ausgleichsklausel zugunsten der Kommunen. Der Entwurf enthalte auch keine eindeutigen Regelungen zur Klärung der Schnittstellen zwischen Leistungen der Pflegeversicherung, Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für Behinderte. Auch das Zeitfenster für die Umsetzung mit Jahresbeginn 2017 sei zu klein. Die **Träger der Sozialhilfe** hätten nicht genug Vorlauf, um die erforderlichen Änderungen in den Verwaltungsabläufen und bei der Qualifizierung der Pflege- und Verwaltungsfachkräfte vorzunehmen.

Infos: www.aok-bv.de

■ GKV-Mindestbeitrag für Selbstständige bleibt

Die Bundesregierung lehnt eine Abschaffung der sogenannten Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab. Dies stünde im Widerspruch zum Solidarprinzip und wäre mit erheblichen Beitragsausfällen zulasten der Solidargemeinschaft verbunden, heißt es in der Antwort der Regierung auf eine Kleine Anfrage der **Fraktion Bündnis 90/Die Grünen**. Auch die freiwillig Versicherten hätten für einen umfassenden Versicherungsschutz angemessene Beiträge zu zahlen. Für freiwillige Mitglieder in der GKV habe der Gesetzgeber daher Mindestbeiträge vorgeschrieben. Allerdings würden derzeit mögliche Wege geprüft, wie die Beitragsregelungen für Selbstständige weiterentwickelt werden könnten. Dabei würden mögliche Kosten sehr genau bewertet. Auch eine Absenkung der Mindestbemessungsgrenzen für Selbstständige wäre mit erheblichen gebe es Selbstständige, die keine stabilen wirtschaftlichen Verhältnisse erreicht hätten. Sie können eine verringerte Bemessungsgrenze in Höhe von derzeit 1.452,50 Euro beantragen.

Infos: www.bundestag.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Masern in Amerika ausgerottet

Nord- und Südamerika gelten seit gut einem Monat offiziell als komplett frei von Masern. Die Pan-Amerikanische Gesundheitsorganisation (PAHO/WHO) sprach von einem „historischen Tag“. Die Region sei die erste weltweit, in der Masern nicht mehr vorkomme. Dies sei das Ergebnis umfassender Impfkationen, die in Nord- und Südamerika sowie der Karibik seit 22 Jahren durchgeführt worden seien. Der letzte endemische Fall sei 2002 gemeldet worden, danach habe es nur noch importierte Fälle gegeben. Bevor die umfassenden Impfkationen 1980 begannen, starben weltweit fast 2,6 Millionen Menschen pro Jahr an Masern. Auf dem amerikanischen Kontinent waren es laut PAHO allein zwischen 1971 und 1979 fast 102.000 Todesopfer. In Deutschland schwankten die Zahlen der Masernfälle in den vergangenen zehn Jahren stark zwischen 165 und knapp 2.500 pro Jahr. Etwa einer von 1.000 Masernerkrankten starb daran.

Infos: www.aok-bv.de

■ Augenarzt wehrt sich gegen Zuweisung von Patienten

In Thüringen muss sich erstmals ein Gericht mit der Frage beschäftigen, ob ein niedergelassener Arzt die Aufnahme von Patienten verweigern darf. Vor dem Sozialgericht Gotha klagt ein Augenarzt aus Ostthüringen gegen die Kassenärztliche Vereinigung (KV), die dem Mediziner Patienten zwangsweise zugewiesen hatte. Zuvor hatten diese Patienten vergeblich versucht, einen Termin in der Praxis zu erhalten. Eine Entscheidung wird laut Gericht voraussichtlich bis Jahresende fallen. Ein vergleichbarer Fall in Deutschland ist den Gothaer Sozialrichtern bisher nicht bekannt.

■ Sechs Bewerber für den WHO-Chefposten

Vier ehemalige Gesundheitsminister und zwei UN-Experten haben sich für den Direktorenposten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beworben. Die Kandidaten stammen aus sechs Ländern, wie die UN-Behörde in Genf mitteilte. Darunter befindet sich Frankreichs Philippe Douste-Blazy sowie der Äthiopier Tedros Adhanom, die beide in ihren Ländern als Gesundheitsminister tätig waren. Die Afrikanische Union unterstützt Adhanom. Pakistan und Ungarn schicken mit Sania Nishtar and Miklos Szocska ebenfalls ihre ehemaligen Gesundheitsminister ins Rennen. Großbritannien hat mit David Navarro einen hochrangigen UN-Experten vorgeschlagen. Italien setzt auf die stellvertretende WHO-Direktorin Flavia Bustreo. Die WHO wird im Mai 2017 entscheiden, wer im Juli der amtierenden Direktorin Margaret Chan folgen wird. Sie stand der WHO seit 2006 vor.

Infos: www.who.int

Vorschau

G+G | 10/2016

Gesundheit und Gesellschaft

„Digitalisierung entzaubert die Experten“

Bessere Prävention, schnellere Diagnose, größere Therapietreue – Gesundheits-Apps versprechen viel. Was sie halten und wie sich die Qualität sichern lässt, diskutierten Fachleute im G+G-Gespräch.

Ein Sozialpakt für Europa

Die Brüsseler Kommission hat eine europäische Sozialcharta entworfen. Sie kann dazu beitragen, europaweit höhere Sozialstandards zu schaffen, bilanziert Thomas Rottschäfer.

Tapetenwechsel mit Tücken

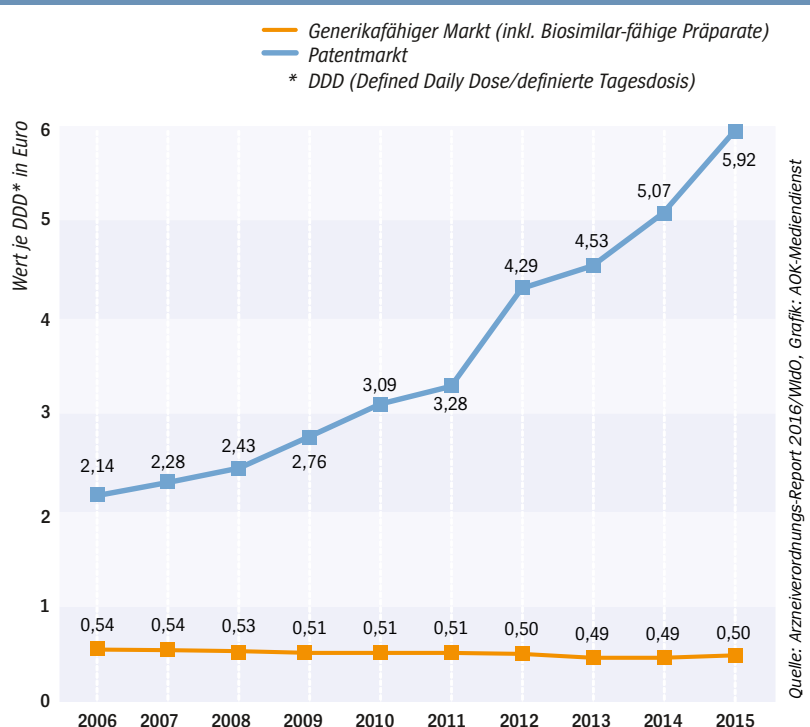
Weg mit einheitlichen Preisen und zurück zu individuellen Budgets – die Politik baut die Psychiatrie-Vergütung wieder um. Ein Plan mit vielen Haken, erklärt Patrick Garre.

G+G | 04/2016

Wissenschaft

Die richtige Balance zwischen Schutz und Bevormundung im Gesundheitswesen zu finden, ist ein Schwerpunkt. Außerdem geht es um den Verbraucherschutz im Gesundheitswesen und die letzten beiden Reporte des WIdO.

Patentgeschützte Medikamente immer teurer



Der Wert der Tagesdosis eines patentgeschützten Medikaments hat sich in neun Jahren mehr als verdoppelt: vom Vierfachen des Werts der Tagesdosis eines Nachahmerpräparates im Jahr 2006 auf fast das Zwölfwache im Jahr 2015. Mit 36,9 Milliarden Euro haben die Arzneimittelausgaben der GKV 2015 laut Arzneiverordnungs-Report 2016 ein neues Rekordniveau erreicht.

Infos: www.aok-bv.de

Defizit der Sozialversicherungen gesunken

Die Sozialversicherungssysteme stehen immer noch mit 1,3 Milliarden Euro in der Kreide. Das Finanzierungsdefizit war laut Statistischem Bundesamt im ersten Halbjahr 2016 aber um 3,4 Milliarden Euro geringer als in den ersten sechs Monaten 2015. Die Einnahmen stiegen in Summe stärker als die Ausgaben. Insgesamt kamen 4,2 Prozent mehr rein, es wurden aber nur 3,0 Prozent mehr ausgegeben. Das größte Minus hatte die Krankenversicherung mit 2,6 Milliarden Euro. Gründe waren steigende Arzneimittelausgaben und Behandlungskosten sowie das Defizit im Gesundheitsfonds. Der Rentenversicherung fehlten wegen Mütterrente und gesunkenen Beitragssatzes eine Milliarde Euro. Mit 1,6 Milliarden Euro im Plus steht die Bundesagentur für Arbeit. Sie profitierte von mehr Beschäftigung und höheren Löhnen. Bei der Pflegeversicherung betrug der Überschuss 0,3 Milliarden Euro. Grund ist vor allem der um 0,3 Punkte erhöhte Beitragssatz im Zuge der Pflegereform.

Infos: www.destatis.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Drei Schritte zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Solidarprinzip und **Wirtschaftlichkeitsgebot** sind die zentralen sozialpolitischen Ziele des **Risikostrukturausgleichs (RSA)** in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das Solidarprinzip garantiert den Schutz vor Diskriminierung, insbesondere vor **Risikoselektion**. Das heißt, kein Versicherter darf wegen seines Gesundheitszustandes von einer Krankenkasse bevorzugt oder benachteiligt werden. Die elf AOKs und der AOK-Bundesverband fordern in einem Positionspapier mit Nachdruck die Weiterentwicklung des RSA mit Fokus auf eine Stärkung dieser Ziele.

Der vollständige Einkommensausgleich ist neben dem RSA die zweite Säule des Solidarprinzips in der GKV. Dieser stellt sicher, dass Einkommensunterschiede zwischen den Mitgliedern der Kassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Damit auch in Zukunft keine Anreize zur Risikoselektion aufgrund der Einkommenssituation von Mitgliedern entstehen, ist der vollständige Einkommensausgleich alternativlos. Kernpunkt des AOK-Ansatzes ist die Stärkung beider sozialpolitischen Säulen der GKV. Eine Änderung des RSA ist aus ihrer Sicht nur sinnvoll, wenn Risikoselektionsanreize Stück für Stück reduziert und Wirtschaftlichkeitsanreize werden gestärkt. Die AOK-Gemeinschaft fordert ein transparentes und unabhängiges Verfahren auf Basis vollständiger GKV-Daten und unter Berücksichtigung aller Wechselwirkungen der Reformvorschläge. Dies soll im Rahmen einer regelmäßigen Gesamtuntersuchung vom **Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA)** durchgeführt werden.

» Sofortmaßnahmen: Einheitliche Kodierrichtlinien einführen und Krankheitsbegrenzung aufheben

Die Prüfung der Datengrundlagen für das RSA-Verfahren erfolgt bereits heute auf klarer gesetzlicher Grundlage und mit weitreichenden Kompetenzen für die Aufsichtsbehörden. Als seit langem überfällige Ergänzung fordert die AOK-Gemeinschaft die Einführung verbindlicher, bundeseinheitlicher Kodierrichtlinien für die **ambulante Versorgung**. Die qualitätsgesicherte Einhaltung dieser Richtlinien muss gesetzlich sichergestellt und Verstöße müssen sanktioniert werden. In einem ersten Schritt fordert die AOK die Aufhebung der Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten sowie ein Ende der Sonderregelung für Pro-Kopf-Zuweisungen im RSA. Im Positionspapier heißt es dazu: „Durch die Auswahl von nur 80 Krankheiten ist die Zielgenauigkeit des RSA unnötigerweise beschränkt. Werden alle Krankheiten berücksichtigt, entfällt auch der analytische und administrative Aufwand. Zugleich ist davon auszugehen, dass die Unterscheidung in vermeintlich lukrative und nicht lukrative Diagnosen entfällt.“

Umfassende **Gutachten** belegten, dass diese Maßnahmen die Zielgenauigkeit des RSA steigerten. Dementsprechend sei auch der Bezug einer **Erwerbsminderungsrente** weiter als Risikomerkmale im RSA zu berücksichtigen.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

» Kurzfristige Reformperspektiven und Ansätze

Im nächsten Schritt spricht sich die AOK-Gemeinschaft dafür aus, insbesondere drei Aspekte im Zuge einer Gesamtuntersuchung zu prüfen. Erstens geht es darum, die **Krankheitslast** und das Einkommen der Mitglieder beim **Krankengeld** künftig gleichermaßen zu berücksichtigen. Zweitens müssten für die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte flächendeckend landesspezifische, standardisierte Leistungsausgaben sowie die inländischen Ausgaben für Auslandsversicherte ermittelt werden. Drittens sollten sich sozio-ökonomische Faktoren stärker im RSA niederschlagen.

Für diese Ansätze liegen laut AOK bereits – auch durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) beauftragte – gutachterliche Vorschläge vor, die auf einen positiven Beitrag zur Erhöhung der Zielgenauigkeit des RSA hinweisen. Diese Ansätze könnten daher kurzfristig im Rahmen einer wissenschaftlichen Gesamtuntersuchung durch den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) aufgegriffen werden.

» Der RSA als „lernendes System“

Der RSA ist als „lernendes“ System konzipiert, das seit seiner Einführung kontinuierlich verbessert wurde. Die AOK-Gemeinschaft spricht sich daher im Einklang mit internationalen Experten für die Beibehaltung einer kontinuierlichen, wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung des RSA aus.

Aufgrund der Anreizwirkungen im Hinblick auf die Vermeidung von Risikoselektion und der Förderung von Wirtschaftlichkeitsbemühungen der Kassen sollte aus AOK-Perspektive der gezielte Ausbau der direkten sowie indirekten Morbiditätsorientierung des RSA Vorrang haben. Gleichwohl gebe es innovative Ansätze zum Umgang mit Hochkostenfällen, die auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und internationaler Erfahrungen diskutiert werden sollten.

Auch der Debatte um regionale Komponenten im RSA wollen sich die elf AOKs und der AOK-Bundesverband nicht verschließen. Verschiedene internationale Beispiele versuchten, mit Regionalvariablen die Ausgabenunterschiede abzubilden, die aufgrund fehlender Daten und fehlender Kenntnis über die Kausalzusammenhänge nicht erklärt oder im RSA-Modell nicht abgebildet werden können. Es zeige sich jedoch regelmäßig, dass diese Variablen für den RSA an Bedeutung verlorener, wenn direkte erklärende Variablen, wie etwa die Morbidität der Versicherten, integriert würden. Deshalb besteht aus Sicht des AOK kein Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung im RSA. Im Gegenteil: Jede Form der Regionalisierung drohe die bestehenden **Über-, Unter- und Fehlversorgungen** zu zementieren. Die bisher in Auftragsgutachten vorgelegten Lösungswege überzeugten hier nicht. Die fortlaufenden Bestrebungen von Ersatz-, Betriebs- und Innungskassen, den RSA als Ganzes und damit einhergehend die gesundheitspolitischen, aufsichtsrechtlichen und wissenschaftlichen Entscheidungsinstanzen zu diskreditieren, werden von der AOK-Gemeinschaft mit Nachdruck zurückgewiesen.

Infos: www.aok-bv.de