

INHALT

- Erste Verfassungsbeschwerden gegen Sterbehilfe-Verbot scheitern
- EMA-Sitz: Wolfgang Clement wirbt als Botschafter für Bonn
- Diskussion um Zukunft der elektronischen Gesundheitskarte
- Umfrage: Große Zufriedenheit mit Geburtskliniken
- Kliniken rufen kaum Geld für Pflegestellen ab
- Krankenversicherung für Beamte – Diskussion um Wahlfreiheit kommt in Fahrt
- Impfverträge nicht einfach kündbar
- Ältere Pflegende weniger berufstätig
- Hintergrund: Wettbewerb nicht auf Kosten der Kranken

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
28. August 2017

■ Einsparpotenzial bei gentechnischen Arzneimitteln besser nutzen

Bei konsequenter Umsteuerung auf sogenannte Biosimilars hätten die gesetzlichen Krankenkassen 2016 rund 292 Millionen Euro ohne Qualitätsverlust in der Versorgung sparen können. Bei den Verordnungszahlen gebe es noch viel Luft nach oben, so die Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Neue Lösungsansätze für mehr Wettbewerb seien zwingend notwendig. 2016 haben die Kassen lediglich 78 Millionen Euro gespart. Als Biosimilars bezeichnet man Pharmazeutika, die bereits existierenden gentechnologisch hergestellten Arzneimitteln, sogenannten Biologika, ähneln. In den letzten zehn Jahren haben sich die Bruttoumsätze für Biologika auf 7,8 Milliarden Euro mehr als verdoppelt. Ein Großteil der Biologika steht unter Patentschutz, so dass ein Preiswettbewerb nicht möglich ist. Für sieben von ihnen ist der Patentschutz jedoch abgelaufen. Für sie gab es 2016 bereits entsprechende Biosimilars. Biosimilars sind im Mittel rund ein Viertel preiswerter. Die **Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)** hat unterdessen einen **Leitfaden 2017 mit aktuellen Informationen** die Empfehlungen zum Einsatz von Biosimilars vorgelegt.

Infos: www.wido.de

■ GKV-Finanzergebnisse 2017: Solides Halbjahr

Die offiziellen Zahlen aus dem Bundesgesundheitsministerium liegen zwar noch nicht vor. Aber die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) hat bereits auf Basis eigener Recherchen über die **vorläufigen GKV-Finanzergebnisse** berichtet. „Ende Juni übertrafen die Einnahmen der 113 Krankenkassen ihre Ausgaben um 1,4 Milliarden Euro.“ Die Rücklagen lägen nunmehr bei mehr als 17 Milliarden Euro. Insbesondere die Ersatzkassen hätten wegen der hohen der Zuwächse bei der Techniker Krankenkasse ihren Überschuss im zweiten Quartal auf 456 Millionen Euro verdreifacht. Betriebs- und Innungskrankenkassen verünffachten ihr Plus auf laut FAZ 111 Millionen Euro beziehungsweise 93 Millionen Euro kamen. Die Knappschaft kommt auf 101 Millionen Euro. Die elf AOKs haben die Finanzentwicklung in der ersten sechs Monate verstetigt und einen Überschuss des Jahres auf rund 650 Millionen Euro. „Wenn alle Kassen so wirtschaften würden wie die AOK, hätten wir jährlich rund zwei Milliarden Euro weniger Ausgaben in der GKV. Das sind rund 0,2 Prozent Beitragssatzpunkte“, bilanzierte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Martin Litsch.

Infos: www.faz.net

ZUR PERSON I



Foto: Kay Herschelmann

■ **Eva Maria Welskop-Deffaa** ist neuer Vorstand für Sozial- und Fachpolitik beim Deutschen Caritasverband in Berlin. Sie folgt auf Georg Cremer, der die Caritas nach 27 Jahren verlässt.



■ **Stefanie Woerns** bleibt eine weitere Amtszeit Vorstandsmitglied der Stiftung Gesundheit. Die neue Amtsperiode läuft seit dem 6. August 2017 und dauert drei Jahre.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Erste Verfassungsbeschwerden gegen Sterbehilfe-Verbot scheitern

Das Bundesverfassungsgericht hat zwei von insgesamt 13 Klagen gegen das Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe aus formalen Gründen abgewiesen. Sie erfüllten nicht die Annahmeveraussetzungen, heißt es knapp in den beiden Beschlüssen. Die Klage einer Gruppe von Medizinerinnen und Professoren war demnach unzureichend begründet. Die Verfassungsbeschwerden richten sich gegen den **neuen Paragraphen 217 im Strafgesetzbuch**. Seit Dezember 2015 verbietet er Sterbehilfe als Dienstleistung. Wer einem Anderen geschäftsmäßig ein tödliches Medikament zur Verfügung stellt, dem drohen bis zu drei Jahre Haft. Dagegen geklagt haben Sterbehilfe-Organisationen, schwerkranke Patienten, Ärzte und Pfleger. Ein Eilantrag, der darauf abzielte, das Gesetz außer Vollzug zu setzen, war Anfang 2016 gescheitert. Das Sterbehilfe-Verbot steht auf der Liste der Verfahren, in denen die Verfassungsrichter im Laufe des Jahres eine Entscheidung anstreben. Da dazu jedoch voraussichtlich eine mündliche Verhandlung angesetzt wird, ist ein Urteil bis Ende 2017 unwahrscheinlich.

Infos: www.bundesverfassungsgericht.de

■ EMA-Sitz: Wolfgang Clement wirbt als Botschafter für Bonn

Der ehemalige NRW-Ministerpräsident und einstige Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit, Wolfgang Clement, wirbt als Sonderbotschafter für Bonn als neuen Standort der **Europäischen Arzneimittelagentur (EMA)**. Nach der Entscheidung Großbritanniens, aus der Europäischen Union auszutreten, muss die Agentur den bisherigen Standort London verlassen. Clement soll jetzt durch Gespräche in Brüssel und in den einzelnen EU-Ländern dazu beitragen, dass sich Bonn im Kreis von insgesamt 19 europäischen Städten durchsetzt. Zu den Mitbewerbern zählen unter anderem Barcelona, Wien, Kopenhagen, Athen, Amsterdam, Mailand, Stockholm und Helsinki. Als Sitz des **Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)** und als starker Gesundheits- und Pharmastandort mitten in der europäischen Rhein-Region“ biete sich die Bundesstadt als neuer EMA-Standort geradezu an, sagten **Clement und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe**. Die EMA mit rund 900 Arbeitsplätzen und rund 30.000 Hotelübernachtungen gilt als wirtschaftlich besonders attraktiv. Die Bewertung der 19 Bewerbungen durch die EU-Kommission soll Ende September 2017 online veröffentlicht werden. Nach jetzigem Stand werden die Regierungschefs der 27 EU-Staaten sich am 19. / 20. Oktober beraten. Der Rat der Außenminister stimmt dann im November über den neuen EMA-Sitz ab.

Infos: www.closer-to-europe.eu

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Diskussion um die Zukunft der elektronischen Gesundheitskarte

Das Bundesgesundheitsministerium hat Berichte zurückgewiesen, wonach die elektronische Gesundheitskarte (eGK) vor dem Aus steht. Die Darstellungen „entbehren jeder Grundlage und sie sind falsch“, sagte eine Sprecherin in Berlin. Die bisherigen Tests seien erfolgreich verlaufen, so dass im Herbst damit begonnen werden könne, bundesweit die Arztpraxen an das System anzuschließen. Die Sprecherin forderte die Akteure im Gesundheitswesen zu gemeinsamen Anstrengungen auf, damit die gesetzlich Versicherten nach mehr als zehn Jahren Entwicklung endlich über gesicherte IT-Netze kommunizieren könnten. Nachdem die an der Entwicklung des Systems beteiligten Unternehmen unter anderem wegen hoher Datenschutzbestimmungen und Vorbehalten bei den Ärzten nicht vorangekommen waren, hatte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe per Gesetz Druck gemacht. In Ärzteverbänden und gesetzlichen Krankenkassen hieß es, in der Bundesregierung gebe es Pläne, die eGK nach der Bundestagswahl für gescheitert zu erklären.

KOMMENTAR

„So etwas kommt von so etwas“, möchte man Hermann Gröhe und all seinen Vorgängern der vergangenen zehn Jahre angesichts des behäufelten Dementis entgegenrufen. Allzu nachsichtig war dann doch oft der Umgang der Politik mit den Bedenkensträgern, insbesondere in der Ärzteschaft. Zehn Jahre und über eine Milliarde Euro dauert nun die nahezu unendliche Geschichte der eGK. Kann es da wirklich verwundern, dass der Glaube an das Projekt schwindet? Es muss etwas passieren, soll die eGK nicht zum BER der Gesundheitspolitik werden. (rbr)

Infos: www.gematik.de

■ Umfrage: Große Zufriedenheit mit Geburtskliniken

Mütter stellen den deutschen Geburtskliniken ein gutes Zeugnis aus. Die Weiterempfehlungsrate liegt bei 83 Prozent. Das zeigt eine Analyse von AOK und BARMER sowie der „Weissen Liste“, einem Projekt der Bertelsmann Stiftung. 89 Prozent lobten den Umgang mit den Neugeborenen. Die zweithöchste Zustimmung (86 Prozent) erfährt die Betreuung durch die Hebammen. Mit der ärztlichen Versorgung waren 85 Prozent zufrieden, mit der pflegerischen 82 Prozent. Die Zufriedenheit mit Organisation und Service liegt bei 79 Prozent. Zwischen den Kliniken gibt es jedoch klare Unterschiede. Während zwei von drei Kliniken Zufriedenheitswerte von über 80 Prozent erreichen, fällt rund jede zehnte Klinik unter 75 Prozent. Einzelne Kliniken schneiden besonders schlecht ab und erreichen nur eine Weiterempfehlungsrate von etwa 60 Prozent. Grundlage der Daten ist die **größte Patientenbefragung in Europa**: 87.500 Mütter haben sich bislang an der fortlaufenden Befragung beteiligt. Die Ergebnisse fließen auch in den **AOK-Krankenhausnavigator** ein.

Infos: www.aok-bv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Kliniken rufen kaum Geld für Pflegestellen ab

Die Fördermittel des Bundes für mehr Pflegestellen in Krankenhäusern werden nach Darstellung der **Deutschen Stiftung Patientenschutz** nur zögerlich abgerufen. „Nicht einmal jede zweite der mehr als 1.200 berechtigten Kliniken in Deutschland nahm im ersten Jahr Fördermittel in Anspruch, um zusätzliche Pflegestellen zu schaffen,“ sagte Stiftungsvorstand Eugen Brysch der Deutschen Presse-Agentur. Im Rahmen der Krankenhausstrukturreform hat die Bundesregierung ein Programm aufgelegt, mit dem sie bis 2018 zusätzliche 6.300 Stellen für die „Pflege am Krankenbett“ schaffen will. Die Summe der abgerufenen Fördergelder bleibe mit 52 Millionen Euro deutlich hinter den für 2016 vorgesehenen 110 Millionen Euro zurück, kritisierte Brysch. Nur 1.400 neue Stellen seien mit dem Geld geschaffen worden. Gleichzeitig suchen die Krankenhäuser in Deutschland Pflegekräfte für Intensivstationen. Mehr als die Hälfte der Kliniken hatte nach Angaben der **Deutschen Krankenhausgesellschaft** (DKG) im Herbst vergangenen Jahres Probleme, Pflegestellen auf Intensivstationen zu besetzen. Bundesweit seien aktuell 3.150 Stellen vakant. Die Zahl offener Stellen habe merklich zugenommen und werde steigen, heißt in einem **Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts** (DKI) für die DKG. Der **Verband der Pflegeberufe** machte die Krankenhäuser für die Missstände verantwortlich und forderte Klinikverwaltungen auf, andere Prioritäten zu setzen. Über Jahre sei ignoriert worden, dass Patienten nicht nur Ärzte und Technik, sondern vor allem kompetente Pflege benötigten.

Infos: www.aok-bv.de

■ Krankenversicherung für Beamte – Diskussion um Wahlfreiheit kommt in Fahrt

Auch die schwarz-gelb-grüne Landesregierung in Schleswig-Holstein prüft die **Wahlfreiheit für Beamte** zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV). In der Koalition und mit Interessenvertretern gelte es, in den kommenden Monaten den möglichen Änderungsbedarf auszuloten, sagten Landesfinanzministerin Monika Heinold (Bündnis 90/Die Grünen) und Landessozialminister Heiner Garg (FDP). Die älter werdende Gesellschaft stelle die Versicherungssysteme und die Beihilfe für Beamte vor Herausforderungen. Zuvor hatte die Freie und Hansestadt Hamburg angekündigt, junge Beamte sollen sich künftig ohne finanzielle Nachteile für die GKV entscheiden können. Der Stadtstaat will ihnen die Hälfte ihrer Beiträge erstatten. Bislang erhalten Beamte über die Beihilfe einen Teil ihrer Krankheitskosten erstattet und müssen den Rest über eine private Krankenversicherung abdecken. Das kann vor allem für Familien mit Kindern und für chronisch Kranke deutlich teurer sein. Beamte, die sich heute schon für die GKV entscheiden, zahlen hingegen den vollen Beitragssatz ohne Arbeitgeberanteil.

Infos: www.aok-bv.de

■ Impfverträge nicht einfach kündbar

Trotz einer Gesetzesänderung werden bestehende Exklusivverträge über die Lieferung von Grippe-Impfstoffen zwischen Krankenkassen und Pharmaindustrie nicht hinfällig. Neues Recht greife nicht in alte Verträge ein, begründete das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen seinen Eilentscheid. Geklagt hatte ein Pharmahersteller aus Hannover, der mit elf Krankenkassen Rabattverträge über Grippeimpfstoffe für den nächsten und übernächsten Winter geschlossen hatte. Das Unternehmen bezifferte seinen drohenden Schaden auf 1,8 Millionen Euro. Mit ihrem Entscheid stellten sich die Celler Richter gegen die Rechtsauffassung des Bundesgesundheitsministeriums. Dieses hatte in einem Rundschreiben in diesem Jahr exklusive Verträge für hinfällig erklärt. Die Möglichkeit von exklusiven Rabattverträgen war erst 2015 durch eine Gesetzesänderung ermöglicht worden. Nachdem diese Norm jedoch durch den Gesetzgeber 2017 ersatzlos zurückgenommen wurde, kündigten die Kassen die Verträge und schlossen neue Rabattverträge mit Apothekerverbänden.

Infos: www.deiure.org

■ Max-Planck-Institut startet weltweit größte Psychotherapie-Studie

Das Max-Planck-Institut (MPI) für Psychiatrie will die biologische Wirksamkeit von Psychotherapien im Körper nachweisen. Dafür sollen acht Jahre lang rund 1.000 Patienten untersucht werden. „Haben Therapeuten im Vorfeld ihrer Behandlung objektive Anhaltspunkte für den Erfolg oder Misserfolg bestimmter Therapien, lässt sich viel Zeit und Leid für die Betroffenen vermeiden“, formuliert Studienleiter Martin Keck zwei Kernfragen. Die Teilnehmer bekommen per Zufallsverfahren jeweils eine von drei Behandlungen zugewiesen. In acht Wochen soll dann jeder 32 Sitzungen absolvieren, die für eine spätere Auswertung gefilmt werden. Neben Blutproben sind auch Kernspin-Untersuchungen und Gedächtnis-Tests geplant. Nach MPI-Angaben ist die Untersuchung die größte Psychotherapie-Studie weltweit.

Infos: www.psych.mpg.de

■ Ältere Pflegende weniger berufstätig

Bei Kindern, die ihre Eltern pflegen, sinkt ab 50 die Wahrscheinlichkeit, dass sie gleichzeitig berufstätig sind. Das haben Wissenschaftler des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung durch Auswertung europaweiter Daten herausgefunden. Im Durchschnitt sind 69 Prozent der Menschen im Alter über 50 Jahren berufstätig. Kümmern sie sich um pflegebedürftige Eltern, sind es bei den Frauen nur noch knapp 62 Prozent, bei Männer nur rund 57 Prozent. Berufstätige Frauen, die ihre Eltern pflegen, verringern außerdem ihre Arbeitszeit der Untersuchung zufolge um durchschnittlich 12,4 Prozent.

Infos: www.rwi-essen.de

Vorschau

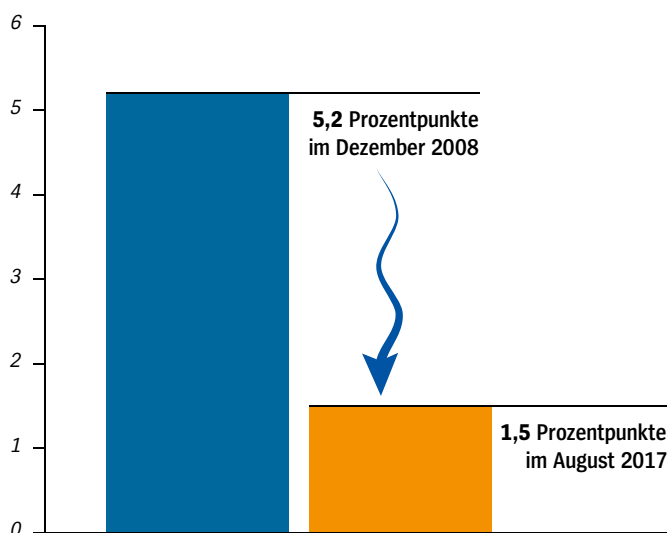
G+G | 07-08/2017

Gesundheit und Gesellschaft

Die aktuelle Doppel-
ausgabe für die Monate
Juli und August ist bereits
im Juli erschienen.

„Kleiner“ Unterschied

Beitragssatzspanne in der gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: BVA; Grafik: kotoffei, AOK-Mediendienst

Die Beitragsspanne in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) klapft seit Einführung des Morbi-RSA weniger weit auseinander als davor. Betrag der Unterschied zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Kassen-Beitragssatz 2008 noch 5,2 Prozentpunkte (11,3 % – 16,5 %), waren es im August 2017 nur 1,5 Prozentpunkte (14,9 % – 16,4 %). Dabei ist die Beitragshöhe nicht zwingend abhängig von der Kassenart. Sowohl die aktuell preiswerteste als auch die teuerste Kasse kommen aus dem Lager der Betriebskrankenkassen (BKK).

Infos: www.morbi-rsa.de

■ Zahl der Klinikbehandlungen auch 2016 gestiegen

Für 2016 weist das Statistische Bundesamt (Destatis) 19,5 Millionen stationäre Behandlungsfälle aus. Im Vergleich 2015 ist das ein Anstieg um 1,4 Prozent beziehungsweise um 277.400 Behandlungsfälle. Keine Veränderung gab es bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. Sie liegt weiterhin bei 7,3 Tagen. In den knapp 2.000 Krankenhäusern standen Destatis zufolge fast eine halbe Million Betten. Deren durchschnittliche Auslastung lag bei 77,8 Prozent.

Infos: www.destatis.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Wettbewerb nicht auf Kosten der Kranken

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) funktioniert so gut wie nie zuvor. Dennoch versuchen seine Gegner, ihn schlecht zu reden. Oft steckt hinter den Botschaften aber nicht mehr als der Wunsch, auf Kosten der Versicherten an veralteten Geschäftsmodellen festzuhalten.

Der Morbi-RSA muss jährlich vom Bundesversicherungsamt (BVA) und dem Wissenschaftlichen Beirat überprüft und angepasst werden. Die Krankenkassen sind in diesen Prozess eingebunden. Die unzähligen Anpassungen seit 2009 verliefen weitgehend geräuschlos. Erst das Gerichtsurteil zur Korrektur des Berechnungsfehlers bei der Verrechnung der Ausgaben für im Laufe eines Jahres verstorbene Versicherte hat dazu geführt, dass sich einige Kassen als Verlierer fühlen. Deshalb läuft gegenwärtig eine hitzige Debatte, was am Morbi-RSA zu ändern sei. Einzelne Krankenkassen unterstellen, der Morbi-RSA führe zu Verwerfungen im Wettbewerb und führe bei einigen Kassenarten zu Verlusten, während die AOK Überschüsse erzielt. Die AOK verweist auf den effizienten Einsatz ihrer Mittel und das modernere Geschäftsmodell, das sich von anderen in der GKV absetzt.

» Weiterentwicklung auf wissenschaftlicher Basis

Nach der Korrektur des Berechnungsfehlers hat das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) Änderungen beim Morbi-RSA dort angestoßen, wo auch der Evaluationsbericht von 2011 Weiterentwicklungsbedarf aufgezeigt hat. Die damals eingeführten Übergangslösungen sollen später durch wissenschaftlich erarbeitete Verfahren ersetzt werden.

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber im Juni 2017 mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz jede Form der Einflussnahme auf die ambulante ärztliche Diagnosen mit neuen Sanktionen belegt. Aktuell untersucht der Wissenschaftliche Beirat des BVA in zwei Sondergutachten bis September 2017 beziehungsweise April 2018 Fragen der Weiterentwicklung des RSA. Dafür kann der Beirat auf Daten aller Krankenkassen zurückgreifen und die Wechselwirkungen einzelner Vorschläge prüfen.

» Anreize zur Risikoselektion verringern

Dabei muss er die gesetzlichen Ziele des Morbi-RSA im Blick behalten: Die Weiterentwicklung des Morbi-RSA muss zu einer Reduzierung von Risikoselektionsanreizen führen und eine nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung vermeiden. Auch in seinem Evaluationsbericht von 2011 hat der Beirat bereits gezeigt, wie wichtig es ist, Anreize zur Risikoselektion in Bezug auf bestimmte Versichertengruppen zu untersuchen. Eine Änderung des RSA ist also nur dann sinnvoll, wenn die Zielgenauigkeit steigt.

Dies gelingt, wenn alle Krankheiten für den Morbi-RSA berücksichtigt werden. Die Überdeckungen für Gesunde würden sich von 122 auf 106 Prozent wesentlich reduzieren. Gleichzeitig verbessert sich die Ausgabendeckung bei kranken Versicherten auf 99 Prozent. Deswegen führt das von einigen

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

Krankenkassen bevorzugte Modell mit 80 sehr seltenen und teuren Krankheiten etwa führt zu einer klaren Verschlechterung der Zielgenauigkeit bei fast allen Versicherten. Die Überdeckungen bei gesunden steigen von 122 auf 137 Prozent. Die Unterdeckungen bei kranken Versicherten hingegen sinken von 96 auf 93 Prozent. Die Anreize zur Risikoselektion vergrößern sich also.

Die Folge wäre ein volkswirtschaftlich sinnloser GKV-Wettbewerb um junge, gesunde Versicherte. Gleiches gilt für die Forderung, Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus dem Ausgleich herauszunehmen, weil sie angeblich durch Prävention zu verhindern seien.

» Kein Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung

Vielfach wird auch gefordert, der Morbi-RSA müsse um einen Regionalfaktor erweitert werden. Dies soll nach Wunsch einiger Krankenkassen vor allem dazu führen, dass mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds in die Städte fließt als in ländliche Regionen. Es ist aber nicht nachgewiesen, dass versicherten-individuelle Ausgaben mit räumlichen Merkmalen erklärt werden können. Die Zusammenhänge, die Über- und Unterdeckungen beispielsweise auf der Landkreisebene erklären könnten, sind bislang unerforscht.

Auch die Idee einer Versorgungsstrukturkomponente für Kreise mit besonders vielen Krankenhausbetten oder einer sehr hohen Facharztdichte macht keinen Sinn. Denn Krankenkassen würden für Versicherte mehr Geld erhalten, die direkt neben einem Krankenhaus wohnen und für Versicherte weniger Geld erhalten, die eine weite Anfahrt zu ihrem Krankenhaus haben. Das stünde auch im Widerspruch zur Planung der Gesundheitsinfrastruktur.

» Wettbewerb erhöht die Qualität

Wettbewerb in der GKV ist kein Selbstzweck, sondern soll zu einem verantwortungsvollen Umgang mit den Beitragsgeldern führen. Das gewährleistet eine solidarische Wettbewerbsordnung am besten. Krankenkassen sollten die positiven Handlungs- und Steuerungspotenziale des Wettbewerbs nutzen, um Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung sowie der Serviceleistungen zu verbessern. Die Qualität von Versorgungsangeboten und Serviceleistungen sind zentrale Wahlkriterien für GKV-Mitglieder.

Je zielgenauer der Morbi-RSA und je größer die Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen, desto erfolgreicher sind die Geschäftsmodelle, die sich auf einen effizienten Mitteleinsatz in der Versorgung und im Service konzentrieren – volkswirtschaftlich betrachtet das Optimum. Seit Einführung des Morbi-RSA, spätestens mit der Korrektur des Berechnungsfehlers funktioniert der Risikostrukturausgleich so zielgenau, dass Strategien zur Risikoselektion allein nicht mehr zum Erfolg im Wettbewerb führen. Mit einem funktionierenden Morbi-RSA setzen sich – gut 20 Jahre nach Einführung des Kassenwettbewerbs – endlich die Geschäftsmodelle durch, die in eine effiziente Gesundheitsversorgung und einen guten Service investieren.

Infos: www.morbi-rsa.de