



Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.



AEV - Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.



Bundesärztekammer



Verfassungsfragen und Umsetzungsprobleme im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Zusammenfassung

Die Bundesregierung und die sie tragenden Koalitionsfraktionen haben trotz diametral entgegengesetzter ordnungspolitischer Grundkonzeptionen den ernsthaften Versuch unternommen, ein Gesundheitsreformgesetz vorzulegen, das die bestehenden strukturellen Probleme des Gesundheitswesens und der Gesetzlichen Krankenversicherung lösen soll. Insbesondere in Auswertungen der umfassenden, gründlichen und problemorientierten Anhörungen im Bundestagsausschuss für Gesundheit muss festgestellt werden, dass der vorliegende Gesetzentwurf (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG, BT-Druck-sache 16/3100) in vielen Dimensionen den objektiven Notwendigkeiten nicht gerecht und zu enormen Umsetzungsproblemen führen wird.

Weder werden die Finanzierungsprobleme der Krankenversicherung gelöst, im Gegenteil - sie werden verschärft, noch enthält die Gesetzesvorlage überzeugende und umsetzbare Normen zum sinnvollen wettbewerblichen Umbau der Strukturen.

- Die Konzeption des Gesundheitsfonds mit den konkreten Vorschlägen für einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und der auf maximal 1 % des beitragspflichtigen Einkommens begrenzten individuellen Prämie führt zu massiven finanziellen Verwerfungen und der Gefahr der gesetzlich erzwungenen Unterfinanzierung der gesundheitlichen Versorgung.
- Die Normen zur Reform der vertragsärztlichen Vergütung sind in der vorliegenden Form nicht umsetzbar. Im Übrigen ist die Grenzziehung zwischen kollektivvertraglicher Versorgung und einzelvertraglichen Regelungen ordnungspolitisch indifferent.
- Die "Sanierungsbeiträge" der verschiedenen Sektoren sind dem Grunde, der Höhe und der Struktur nach nicht nachzuvollziehen.
- Die Lösungsvorschläge für den Personenkreis der Nichtversicherten müssen als sachlich und rechtstechnisch misslungen qualifiziert werden. Sowohl in der Sphäre der PKV als auch in der der GKV führen die Vorschläge zu massiven Verwerfungen und einem erheblichen sozialpolitisch nicht zu rechtfertigenden Missbrauchspotential.
- Eine Auflösung der heutigen Spitzenverbände der GKV als Körperschaften des öffentlichen Rechts und die vorgeschlagenen Übergangsregelungen sind sowohl verfassungsrechtlich als auch faktisch hochproblematisch. Würden diese Normen Gesetzeskraft erlangen, wäre die Handlungsfähigkeit des Gesundheitswesens in den Jahren 2008 bis 2009 nachhaltig eingeschränkt.

- Die Absicht, für alle Krankenkassen zwingend das Insolvenzrecht für anwendbar zu erklären, führt bei einer Vielzahl von Krankenkassen zu einem unmittelbaren Risiko der Überschuldung und hat für die verschiedenen Leistungserbringer und andere Geschäftspartner massive negative Konsequenzen.
- Die Ergänzung des Verschuldensprinzips in die GKV (Bindung der Überforderungsklausel an "therapiegerechtes" Verhalten) ist weder rechtsstaatlich umsetzbar noch ordnungspolitisch im GKV-Kontext akzeptabel.
- Eine Vielzahl der im Entwurf des GKV-WSG enthaltenen Normen birgt schwerwiegende verfassungsrechtliche Bedenken.

Aus diesen Gründen und unter Hinweis auf die beigefügten gravierenden gesetzestechnischen Umsetzungsprobleme und die ernsthaften verfassungsrechtlichen Bedenken fordern die tragenden Organisationen des deutschen Gesundheitswesens die Bundesregierung und die Koalitionsfraktionen auf, den Entwurf des GKV-WSG zu stoppen bzw. den in den Anhörungen dargelegten Mängeln durch umfassende Veränderungen im Gesetzgebungsverfahren Rechnung zu tragen.

Hinweis:

Diese gemeinsame Positionierung der beteiligten Organisationen erfolgt unbeschadet der vorliegenden individuellen Einzelstellungen.

Teil I Verfassungsrechtliche Mängel

Norm / Inhalt	Verfassungs- und Rechtsprobleme*
Organisation	
Artikel 1 Nr. 61, 63, 105, Artikel 2 Nr. 14 §§ 91 Abs. 11, 94, 135 SGB V Neustrukturierung des G-BA Der Gesetzentwurf sieht vor, das Entscheidungsgremium des G-BA künftig mit hauptamtlichen beim G-BA Beschäftigten zu besetzen. Diese Hauptamtlichen sollen ihre Entscheidungen weisungsunabhängig von den Trägerorganisationen des G-BA treffen.	Der G-BA setzt untergesetzliche Normen. Damit darf der Gesetzgeber aus verfassungsrechtlichen Gründen nur durch Wahlen legitimierte Personen beauftragen. Dies ist bisher gegeben. Bei einem mit hauptamtlichen Entscheidungsträgern besetzten G-BA handelt es sich dagegen nicht mehr um eine Selbstverwaltungsinstitution, sondern eine dem BMG nachgeordnete Behörde.
Artikel 1 Nr. 131 (i.V.m. Nr. 124 b) und c) § 171b SGB V (i.V.m. § 155 SGB V) Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen	Die Regelungen des Insolvenzrechts sind unvereinbar mit tragenden Grundsätzen des SGB V (Sachleistungsprinzip). Die insolvenzrechtliche Haftungskette ist für die gesetzliche Krankenversicherung verfassungswidrig, da sich dadurch der Bund seiner verfassungsrechtlichen Funktionsgewährleistungsverantwortung zu entziehen sucht (Gutachten Prof. Rupert Scholz). Und dies, obwohl er eine solche Verantwortung in § 120 SGB VII für die gesetzliche Unfallversicherung bereits anerkannt hat. Zudem lässt der Gesetzgeber das Verhältnis von Insolvenzrecht und sozialrechtlichem Schließungsrecht völlig offen: Stehen beide Verfahren gleichrangig nebeneinander, löst das eine automatisch das andere aus? Durch wen erfolgt die Abwicklung (Aufsicht/Insolvenzverwalter)? Ist der sozialrechtliche Schließungsgrund der nicht dauerhaften Leistungsfähigkeit analog auszulegen zu den Insolvenzgründen der Überschuldung, Zahlungsunfähigkeit oder drohenden Zahlungsunfähigkeit?
Artikel 1 Nr. 144 ff. § 212 bis 217f SGB V Auflösung der Bundesverbände und Einrichtung eines Spitzenverbandes Bund	Die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund sowie die Umwandlung der Bundesverbände in Gesellschaften bürgerlichen Rechts ist verfassungswidrig (Gutachten Prof. Scholz). Die wettbewerbsbeschränkende Konzentration von Aufgaben widerspricht dem Gesetzesziel und ist damit evident ungeeignet und rechtsstaatswidrig. Ferner verstößt die Regelung gegen das Willkürverbot, da gesetzgeberischer Handlungsbedarf nicht substantiiert dargelegt wird.

*keine abschließende Aufzählung

Norm / Inhalt	Verfassungs- und Rechtsprobleme
Private Krankenversicherung	
<p>Artikel 44, 45</p> <p>Der Leistungsinhalt des Basistarifs der PKV muss nach Art und Höhe den Pflichtleistungen der GKV entsprechen.</p>	<p>Für die Vorgaben zur Kalkulation und zu den Leistungsinhalten des Basistarifs fehlen dem Bund die notwendigen Gesetzgebungskompetenzen (Gutachten von Prof. Thüsing, Prof. Kämmerer). Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG scheidet als Kompetenznorm aus, weil es um Privatversicherung und nicht um Sozialversicherung geht.</p>
<p>Artikel 44 Nr. 5 b) § 12 Abs. 1 c VAG</p> <p>Für den Beitrag des PKV-Basistarifs werden Höchstbeiträge vorgegeben.</p>	<p>Dass PKV- Bestandsversicherte mit ihren Beiträgen den neuen Basistarif zu subventionieren haben, ist ein verfassungswidriger Eingriff in bestehende Verträge und ein zudem nicht zulässiger Eingriff in die Unternehmensfreiheit (Gutachten von Prof. Thüsing, Prof. Kämmerer).</p>
<p>Artikel 44 Nr. 5 b) § 12 Abs. 1 b VAG</p> <p>Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, Nichtversicherten Versicherung im Basistarif zu gewähren.</p>	<p>Die im Bereich der Nichtversicherten für die PKV vorgesehenen Regelungen sind ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Vertragsfreiheit (Gutachten Prof. Thüsing, Prof. Kämmerer).</p>
<p>Artikel 1 Nr. 48 § 75 Abs. 3a SGB V</p> <p>Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen haben die ärztliche Versorgung der Versicherten zum Basistarif sicherzustellen.</p>	<p>Es gibt keine Rechtsgrundlage für die Einbeziehung des Basistarifs in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, da das private Versicherungsverhältnis auf Regelungen des Privatrechts beruht und es sich bei dem Sicherstellungsauftrag um öffentliches Recht handelt. Beide Rechtskreise können nicht miteinander vermengt werden.</p>
<p>VAG Artikel 43 Nr. 4a) § 178f VVG</p> <p>Verpflichtung, die vorhandene Altersrückstellung beim Wechsel des Versicherten zu einem anderen PKV-Unternehmen zu übertragen, und zwar auch für die bisher Versicherten.</p>	<p>Die für Bestandsversicherte nachträglich einzuführende Portabilität der Altersrückstellung ist ein Verstoß gegen Eigentums Garantien des GG (Gutachterliche Stellungnahmen Prof. Deppenheuer, Prof. Sodan).</p>

Norm / Inhalt	Verfassungs- und Rechtsprobleme
Krankenhausversorgung	
<p>Artikel 19 Nr. 1 und 2 §§ 4 und 8 KHEntgG Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser</p> <p>Krankenhäuser sollen einen Sanierungsbeitrag von 500 Mio. € erbringen</p>	<p>Verstoß gegen die Berufsausübungsfreiheit und den daraus abgeleiteten Anspruch auf angemessene Vergütung (Gutachterliche Stellungnahme Prof. Sodan im Auftrag der DKG).</p>
Arzneimittelversorgung	
<p>Artikel 1 Nr. 96 b) § 130 Absatz 1 Satz 4 SGB V Apothekenabschlag</p> <p>Nach § 130 Absatz 1 Satz 4 SGB V des Gesetzentwurfs sollen die Apotheken einen Garantiebetrag von 500 Millionen Euro leisten, der nur vermieden werden kann, wenn durch Vereinbarungen mit den Krankenkassen und Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen eine Einsparung in gleicher Größenordnung erreicht wird.</p>	<p>Für die Belastung der Apotheken gibt es keine hinreichende verfassungsrechtliche Grundlage.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 157 § 240 Abs. 1 und 2 SGB V Grundsätze zur Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder</p> <p>Die Regelungsbefugnis zur Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, die bislang den einzelnen Krankenkassen im Rahmen ihrer Satzungsautonomie zustand, wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.</p>	<p>Die Übertragung der bislang durch die Satzungen der Kassen geregelten Beitragsbemessung auf den Spitzenverband Bund bleibt für die Versicherten und die Gerichte ohne unmittelbare Rechtswirkung. Nach den Grundsätzen zur Zulässigkeit der Normsetzung durch Institutionen außerhalb des dazu primär berufenen Parlaments müssten die Vorgaben – um unmittelbare Rechtswirkung gegenüber den Versicherten und/oder den Gerichten zu entfalten – entweder durch Gesetz, Rechtsverordnung oder/und Kassensatzung erfolgen. Diese Wege sieht aber das GKV-WSG nicht vor.</p>

Teil II Gesetzestechnische Mängel

Norm / Inhalt	Gesetzestechnische Probleme/ Erzeugung unsinniger Ergebnisse*
Finanzierung	
<p>Artikel 1 Nr. 161 § 242 SGB V (neu) Kassenindividueller Zusatzbeitrag</p> <p>Erhebung eines vom Mitglied zu zahlenden kassenindividuellen Zusatzbeitrages, soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse nicht decken bzw. Prämienauszahlung an das Mitglied, wenn die Fondszuweisungen den Finanzbedarf übersteigen. Ggf. Durchführung einer Härtefallprüfung.</p>	<p>Beitragseinzug Der Einzug des kassenindividuellen Zusatzbeitrages (bzw. auch die mögliche Prämienauszahlung) erfordert eine Einzelkontenführung. Hierfür sind – mit zunehmender Unterdeckung des Fonds anwachsend – mittelfristig bis zu 45 Millionen neue Beitragskonten anzulegen und zu pflegen. Es ist ein zusätzlicher Personalbedarf von mindestens 18.000 Vollzeitkräften zu kalkulieren. Die hierfür erforderlichen Personal- und Sachkosten sind mit mindestens 1,2 Milliarden Euro plus der erheblichen Kosten für die Härtefallbearbeitung zu veranschlagen. Von den eingezogenen Zusatzbeiträgen wird deshalb 30 bis 40 v. H. wieder durch Verwaltungskosten aufgezehrt.</p> <p>Ausfallrisiko Falls Versicherte den Zusatzbeitrag nicht zahlen wollen/können, kann die Krankenkasse in einer Vielzahl von Fällen auch über den Weg der Zwangsvollstreckung die Mittel nicht realisieren. Ca. 11 Millionen Menschen (ALG I/II Bezieher, Rentner/Rentenantragsteller, überschuldete Haushalte) leben unterhalb der Pfändungsfreigrenzen.</p>
<p>Artikel 38 Nr. 6 § 33 Abs. 1 RSAV Zuweisung für strukturierte Behandlungsprogramme ab 2009</p> <p>In der Rechtsverordnung werden die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds für Aufwendungen für die Entwicklung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nach § 270 SGB V geregelt.</p>	<p>Die beabsichtigte Neuregelung setzt die Vorgabe aus § 270 SGB V nicht um. Die Einschränkung der Zuweisung auf „medizinisch notwendigen Aufwendungen“ umfasst nicht die Kosten für die Evaluation und hätte die Konsequenz, dass die DMP auf dem jetzigen hohen Qualitätsstandard nicht fortgeführt werden können.</p>

*keine abschließende Aufzählung

Norm / Inhalt	Gesetzestechnische Probleme/ Erzeugung unsinniger Ergebnisse
Organisation	
Artikel 1 Nr. 149 § 217f SGB V Spitzenverband Bund	Der Spitzenverband Bund soll ab 01.01.2008 u. a. die Aufgaben im neu einzurichtenden Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V übernehmen. Auf der Basis des bis zum 31.10.2007 neu zu bildenden EBM muss der neue Bewertungsausschuss aus den Reihen des Spitzenverbands Bund bis zum 31.08.2008 die Voraussetzungen für die Schaffung der regionalen Euro-Gebührenordnungen als Grundlage für das neue ärztliche Vergütungssystem beschließen. Es ist nach den bisherigen Erfahrungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Vergütung (Stichwort EBM 2000plus) fraglich, ob der neue Spitzenverband Bund in der Kürze der Zeit und vor dem Hintergrund der umfangreichen Arbeiten ab 01.01.2008 in dem Sinne arbeitsfähig ist, dass er nahtlos alle Aufgaben im Bewertungsausschuss übernehmen und fristgerecht umsetzen kann.
Versicherungs- und Leistungsrecht	
Artikel 1 Nr. 2 a) § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Zugangsrecht Nichtversicherter in die GKV	Das vorgesehene Zugangsrecht Nichtversicherter in die GKV ist unvereinbar mit Rechtsvorschriften für freiwillig Versicherte. Die Regelung ist missbrauchs-/strategieanfällig, da sie eine individuelle Vorteilsmaximierung erlaubt. Versicherungsberechtigte können solange auf den Versicherungsschutz verzichten und damit Beiträge "sparen" bis sie Leistungen benötigen. Diese sind sofort zu gewähren. Generelle Einbeziehung zugangsberechtigter Nichtversicherter (= Durchsetzung einer Versicherungspflicht) ist nicht möglich, da der Personenkreis nicht erfasst ist und es keine zu einer Meldung verpflichtete Stelle (wie etwa Arbeitgeber bei Beschäftigten) gibt.
Artikel 1 Nr. 12 § 20a SGB V Gesundheitsförderung in Betrieben	Die Krankenkassen werden nicht zur Erbringung von Gesundheitsförderungsleistungen für die Beschäftigten ermächtigt. Wird die Norm in der vorgeschlagenen Form verabschiedet, wären die Krankenkassen auf die Erhebung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten sowie die Entwicklung von darauf bezogenen Verbesserungsvorschlägen im Betrieb beschränkt und müssten die Versorgung der Beschäftigten mit betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen (z.B. in Form von Beratungen und Kursen) einstellen.

Norm / Inhalt	Gesetzestechnische Probleme/ Erzeugung unsinniger Ergebnisse
<p>Artikel 1 Nr. 32 § 52a SGB V Leistungsausschluss</p> <p>Ausschluss von Leistungsansprüchen für Personen, die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in Deutschland nur deshalb begründen, um über die geplante Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder eine darauf beruhende Familienversicherung Leistungen der GKV in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung soll die Kassensatzung regeln.</p>	<p>In der Praxis dürfte der Nachweis kaum möglich sein, dass der Zuzug nach Deutschland nur geschah, um missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Ohne verwaltungsaufwändige Einbindung der Leistungserbringer ist darüber hinaus ein Leistungsausschluss oder ein späteres Aufgreifen der Fälle mit entsprechenden Rückforderungen gegenüber den Betroffenen kaum zu realisieren. Sollten die Betroffenen bereits wieder in ihre Heimatländer zurückgekehrt sein, ist eine Rückforderung in aller Regel nicht mehr zu realisieren. Eine Satzungsregelung der einzelnen Krankenkasse, in der Näheres zur Durchführung geregelt werden soll, kann diesen Mangel nicht beheben.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 30 b) § 44 Abs. 2 SGB V Krankengeld für freiwillig Versicherte</p> <p>Der Krankengeldanspruch für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige wird ausgeschlossen. Freiwillig Versicherte sind nicht (mehr) explizit erwähnt.</p>	<p>Künftig hätten alle freiwillig Versicherten bei Arbeitsunfähigkeit (z. B. auch Hausfrauen, Studenten) grundsätzlich einen Anspruch auf Krankengeld. Bei geringfügiger Beschäftigung wäre entgegen der derzeit üblichen Praxis, den Krankengeldanspruch für geringfügig beschäftigte freiwillig Versicherte durch Satzungsregelungen auszuschließen, ein Krankengeldanspruch gegeben. Ergebnis: Eine geringfügig beschäftigte familienversicherte Hausfrau hätte keinen Krankengeldanspruch, eine geringfügig beschäftigte freiwillig versicherte Hausfrau dagegen schon.</p>
<p>Artikel 46 Abs. 1 und 7 GKV-WSG (In-Kraft-Treten) Neuregelung Nichtversicherte in Verbindung mit Inkrafttretensregelungen</p>	<p>Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall werden am 01.04.2007 versicherungspflichtig. Der Ausschluss des Krankengeldanspruchs für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die nur geringfügig beschäftigt oder hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, soll hingegen erst vom 01.01.2009 an gelten. Daraus folgt, dass diese Versicherten für die Zeit vom 01.04.2007 bis 31.12.2008 grundsätzlich einen Krankengeldanspruch realisieren könnten.</p>

Norm / Inhalt	Gesetzestechnische Probleme/ Erzeugung unsinniger Ergebnisse
<p>Artikel 1 Nr. 31 b) § 52 Abs. 2 SGB V Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden</p> <p>Sofern sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme (z. B. ästhetische Operation, Tätowierung, Piercing) zugezogen haben, sind diese von ihrer Krankenkasse an den Behandlungskosten in angemessener Höhe zu beteiligen. Zudem ist das Krankengeld für die Dauer der Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.</p>	<p>"Medizinisch nicht indizierte Maßnahme" ist ein unklarer Rechtsbegriff. Damit ist die Vorschrift auch nicht rechtssicher zu operationalisieren. Eine eindeutige Korrelation zwischen einer medizinisch nicht indizierten Maßnahme (z. B. Tätowierung) und einer Folgeerkrankung ist häufig nicht zu beweisen. Ein Mitteilungsverfahren zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ist nicht vorgesehen. Damit läuft die Vorschrift ins Leere.</p>
<p>Medizinische Versorgung</p>	
<p>Artikel 1 Nr. 40 § 65b SGB V Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung soll auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.</p>	<p>Die vorgesehene Änderung des § 65 b, Abs. 2, SGB V ist mit extrem hohem bürokratischen Aufwand verbunden. Die Umlage der Krankenkassen führt dazu, dass alle Krankenkassen vermutlich mehrmals im Jahr ihren Anteil an den Fördermitteln an den Spitzenverband Bund überweisen müssen. Dies ist nicht praktikabel. Bisher finanzieren die Spitzenverbände der Krankenkassen die Förderung i. d. R. aus ihrem Haushalt.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 54 ff. §§ 85, 87 SGB V Honorarreform Ärzte</p> <p>Im Rahmen der ärztlichen Honorarreform sollen zeitlich parallel bis zum 01.01.2009 Vorgaben der Selbstverwaltung zu morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen, arztbezogenen Regelleistungsvolumina sowie einer (neuerlichen) EBM-Reform geschaffen und miteinander verzahnt werden. Die EBM-Reform soll dabei bereits bis zum 31.10.2007 abgeschlossen sein.</p>	<p>Der Zeitplan für die ärztliche Honorarreform ist völlig unrealistisch. Er wäre nur unter Verzicht auf entscheidende Merkmale wie qualitativer Aspekte (z.B. Datenerhebungen, Gutachten) einzuhalten. Dies zieht jedoch wieder Umsetzungsprobleme nach sich. Zudem ist das gesamte Gesetzeswerk bürokratisch überfrachtet mit Detailvorgaben zu den einzelnen, im Gesetzesentwurf dargestellten Regelungskreisen.</p>

Norm / Inhalt	Gesetzestechnische Probleme/ Erzeugung unsinniger Ergebnisse
<p>Artikel 1 Nr. 55 § 85a SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten</p> <p>Bei der erstmals für 2009 zu vereinbarenden morbiditätsorientierten Gesamtvergütung soll der Behandlungsbedarf des Jahres 2008 morbiditätsorientiert angepasst werden. Diese Vereinbarung soll im Oktober 2008 erfolgen. Die Menge der vertragärztlichen Leistungen des Jahres 2008 soll aus den ersten beiden Quartalen des Jahres durch eine Hochrechnung ermittelt werden. Die für die Hochrechnung erforderlichen Daten sollen die KVen bis 01.09.2008 an die Krankenkassen liefern.</p>	<p>Die Umsetzung ist praktisch unmöglich. Die Frist für die Lieferung der Leistungsdaten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (01.09.2008) ist nicht einzuhalten, da die Abrechnungsdaten des 1. Halbjahres erst später zur Verfügung stehen.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 55 § 85b SGB V Arztbezogene Regelleistungsvolumina</p> <p>Das arztbezogene Regelleistungsvolumen ist die von einem Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Leistungsmenge, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten ist. Überschreitungen des arztbezogenen Regelleistungsvolumens sollen mit abgestaffelten Preisen nach Vorgaben des Bewertungsausschusses vergütet werden.</p>	<p>Die notwendige Übereinstimmung zwischen der morbiditätsorientierten, versichertenbezogenen Gesamtvergütung (§ 85 a) und der Summe der arztbezogenen Regelleistungsvolumina (§ 85 b) kann prospektiv nicht gesichert werden, weil weder die Arztzahlentwicklung noch die Überschreitungen nach § 85b Abs. 2 Satz 2 in ihrem Ausmaß vorhersehbar und quantifizierbar sind. Deshalb müssen die KVen für den Fall, dass die Summe der arztbezogenen Regelleistungsvolumina größer als die Gesamtvergütung ausfällt, die arztbezogenen Regelleistungsvolumina vorsorglich kürzen und Rückstellungen bilden. Die vereinbarte Gesamtvergütung steht daher nicht vollständig zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung, was zu entsprechenden Kürzungen des Leistungsvolumens führen kann.</p>

Norm / Inhalt	Gesetzestechnische Probleme/ Erzeugung unsinniger Ergebnisse
<p>Artikel 1 Nr. 51 ff. §§ 82, 83, 85, 87,89 SGB V Honorar-/Gesamtverträge Ärzte/Zahnärzte und diverse andere Vorschriften</p> <p>Die Kompetenz für die Verhandlungen der Honorar-/Gesamtverträge auf Landesebene wird ab 01.01.2008 im Ersatzkassenbereich von den Verbänden (= Landesvertretungen) ebenso auf die einzelnen Ersatzkassen übertragen wie sämtliche anderen Vertragskompetenzen und Verwaltungsakte. Bei den anderen Kassenarten bleibt es hingegen bei der bisherigen Struktur.</p>	<p>Durch diese organisationsrechtliche Neuregelung müssen im Ersatzkassenbereich anstatt bisher zwei (VdAK und AEV) zukünftig bis zu 10 einzelne Gesamt-/Honorarverträge auf Landesebene mit Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verhandelt bzw. vereinbart werden. Auch die Schiedsstellen müssen entsprechend aufgestockt werden. Auch alle anderen Verträge, Vereinbarungen und Verwaltungsakte obliegen künftig den einzelnen Ersatzkassen. Heilmittelerbringer und Krankenhäuser z. B. müssen dann Zulassungsanträge bei jeder einzelnen Ersatzkasse stellen. Dies führt zu mehr Bürokratie.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 72 § 106 Abs. 2 i.V. mit § 130a Abs. 8 SGB V Honorar-/Gesamtverträge Ärzte/Zahnärzte</p> <p>Bereinigung der Ausgabenvolumina von ärztlich verordneten Arzneimitteln, für die Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden, aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung</p>	<p>Die vorgesehene Bereinigung der Datenlieferungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung führt zu einem erheblichen, kaum kontrollierbaren Mehraufwand für alle potentiellen Teilnehmer an Rabattverträgen. So müssen je nach Vertragskonstellation von diversen Akteuren (z.B. Krankenkassen, Apotheken) Informationen zum Abschluss und Inhalt von Rabattverträgen gesammelt werden. Die hierfür notwendige datentechnische Infrastruktur existiert nicht. Dies wird dazu führen, dass die Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfungen ab 01.04.2007 auf einer unzureichenden (= falschen) Datengrundlage stattfinden. Das Verfahren ist nicht mehr rechtssicher durchführbar.</p>

Norm / Inhalt	Gesetzestechnische Probleme/ Erzeugung unsinniger Ergebnisse
<p>Artikel 1 Nr. 57 § 87 SGB V Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vergütung hausärztlicher Leistungen mit Versichertenpauschalen ggf. differenziert nach Alter und Geschlecht - Für förderungswürdige Leistungen sollen Einzelleistungs- oder Leistungskomplexvergütungen möglich sein. - Qualitätszuschläge können vorgesehen werden. - Die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sollen mit arztgruppenspezifischen Grund- und Zusatzpauschalen vergütet werden. - Die Behandlung von Versichertengruppen mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten soll mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen vergütet werden. - Soweit dies medizinisch erforderlich ist, sollen auch Einzelleistungen vergütet werden. - Zur Mengensteuerung ist ein praxisbezogener Schwellenwert zu ermitteln, ab dem die Bewertung dieser Leistung abgestaffelt wird. - Für die Bewertung der Leistung und die Abstaffelungsregelungen sind sachgerechte Stichproben zu verwenden. 	<p>Der Bewertungsausschuss hat diese weitreichenden Veränderungen des EBM bis zum 31.10.2007 zu beschließen. Diese Fristsetzung ist angesichts des Umfangs der Arbeiten nicht realisierbar. Zudem stehen keine aktuellen sachgerechten Stichproben zur Ermittlung der Abstaffelungen zur Verfügung.</p>

Arzneimittelversorgung	
<p>Artikel 1 Nr. 12 § 20d SGB V Ausweitung von Schutzimpfungen</p>	<p>Voraussetzung: Änderung Infektionsschutzgesetz fehlt; Verfahren ist innerhalb der Frist nicht rechtssicher umsetzbar.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 16 § 31 SGB V Für nicht in die Festbetragsregelung einbeziehbare Arzneimittel werden Höchstbeträge eingeführt</p>	<p>Für eine sachgerechte Bewertung fehlt die Auskunftspflicht der pharmazeutischen Unternehmen zur nationalen Abgrenzung "anteiliger Entwicklungskosten" sowie zur Dauer des Unterlagentenschutzes. Inhaltlich sind Entwicklungskosten nicht legal definiert, was den in der Regel weltweiten Konzernen große Gestaltungsfreiräume bietet. Das Verfahren ist damit innerhalb des bestehenden Rechtsrahmens technisch nicht durchführbar.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 20 § 35b SGB V Einführung einer Kosten-Nutzenbewertung für Arzneimittel</p>	<p>Die Neuregelung verwendet überschneidende Rechtsbegriffe zum medizinischen bzw. therapeutischen Zusatznutzen in § 35b Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V und ist damit rechtsunsicher.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 95 § 129 Abs. 1 SGB V Arzneimittel, für die ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V besteht, haben Vorrang vor der rahmenvertraglichen aut-idem-Auswahl der Apotheke</p>	<p>Eine Apotheke kann der bevorzugten Abgabe von rabattierten Arzneimitteln nur nachkommen, wenn sie Kenntnis über den Rabattvertrag und die betroffenen Arzneimittel hat. Dies ist bisher nicht vorgesehen. Die Vorschrift läuft somit ins Leere.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 96 § 130 Abs. 1 SGB V Umgestaltung des Apothekenabschlages zur Realisierung von Einsparungen (500 Mio. €)</p>	<p>Das erwartete Einsparvolumen von 500 Mio. Euro speist sich aus vier Quellen: dem Verzicht der Apotheken auf Handelszuschläge, Preis- und Rabattvereinbarungen der Apotheken sowie Rabattvereinbarungen der Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen. Die vertragsschließenden Akteure sind nicht zu Mitteilungen der erzielten Einsparung verpflichtet und werden diese aus wettbewerblichen Gründen verständlicherweise nicht offenbaren wollen. Daher wird die Erfüllung des gesetzlichen Einsparvolumens nicht nachvollziehbar sein. Die Bundesvertragspartner werden die gegebenenfalls notwendige Anpassung des Apothekenabschlages nicht rechtssicher vornehmen können. Aus gleichen Gründen war die vergleichbare Anpassungsvorschrift des GMG schon einmal aufgehoben worden.</p>

Arzneimittelversorgung	
<p>Artikel 1 Nr. 96 § 130 Abs. 1 Satz 3 SGB V Apothekenabschlag</p> <p>Jährliche Anpassung des Apothekenabschlags nach § 130 Absatz 1 Satz 3 SGB V beginnend mit Wirkung für das Kalenderjahr 2009</p>	<p>Diese Regelung ist in der Praxis wegen des Fehlens hinreichender Datengrundlagen nicht umsetzbar und wäre außerdem mit erheblichen Rechtsunsicherheiten belastet. Wie die Erfahrungen mit der bereits zu Recht wieder gestrichenen vergleichbaren gesetzlichen Regelung zeigen, ist bereits eine Einigung über die zutreffende Datenbasis in der Praxis kaum erzielbar. Außerdem ist der Begriff der leistungsgerechten Gesamtvergütung für die Apotheken gesetzlich nicht hinreichend genau definiert.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 97 § 130a Abs. 8 SGB V Rabatte</p> <p>Hat eine Krankenkasse keine Rabattvereinbarung getroffen, kann eine Apotheke diese Vereinbarung treffen und hat dies der Krankenkasse lediglich mitzuteilen. Von ihr vereinbarte Rabatte sind zu 85%, höchstens jedoch mit 15 Euro je Packung an die Krankenkasse weiterzureichen.</p>	<p>Die neu vorgesehene Ermächtigung der Apotheken für Rabattverträge widerspricht dem mit dem AVWG 2006 gerade eingeführten Verbot der Naturalrabatte nach § 130a Abs. 8 Satz 6 SGB V: Überschneidungen von verschiedenen Rabattverträgen für ein Arzneimittel sind möglich.</p> <p>Ferner haben Vertragsärzte keine Kenntnis der getroffenen Rabattverträge und damit der Kosten eines Arzneimittels. Dies macht die Wirtschaftlichkeitsprüfung rechtsunsicher.</p>
<p>Artikel 30 Nr. 2 § 10 des Arzneimittelgesetzes Auseinzelung</p> <p>Vorgesehen ist, dass aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen ("Auseinzelung") nur mit einer Kennzeichnung und mit einer Ausfertigung der Packungsbeilage abgegeben werden dürfen.</p>	<p>Die Regelung führt im Krankenhaus zu einem gigantischen bürokratischen Aufwand (tausendfache Zettelwirtschaft). Die Regelung ist im Krankenhaus zudem überflüssig, da der Krankenhausarzt dem Patienten direkt Auskunft geben kann bei Fragen zu dessen Medikation.</p>
<p>Artikel 32 Nr. 3 § 3 Abs. 6 AMPPreisV Wiederwendung zurückgegebener Arzneimittel</p>	<p>Die Eigentumsverhältnisse zurückgegebener Ware und die Haftungsfragen bei einer erneuten Abgabe sind ungeklärt.</p>

Arzneimittelversorgung	
<p>Artikel 34 Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung</p> <p>Nicht verbrauchte Betäubungsmittel aus Heimen und Hospizen können an Patienten derselben Einrichtung neu verschrieben oder an Apotheken zurückgegeben werden.</p>	<p>Bei zurückgegebener Ware sind Eigentumsverhältnisse und Haftungsfragen bei einer Weitergabe ungeklärt.</p>
Hilfsmittelversorgung	
<p>Artikel 1 Nr. 17 § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB V Versorgungsanspruch auf Hilfsmittel</p> <p>Der Versorgungsanspruch der Versicherten wird um die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen erweitert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Regelung geht durch den unspezifischen Bezug auf das Medizinprodukterecht in der Gesetzesbegründung weit über das hinaus, was tatsächlich regelungsbedürftig ist. ▪ Technische Kontrollen sind lediglich bei Medizinprodukten mit höherem Gefährdungspotenzial sachlich gerechtfertigt. In der Neuregelung bleibt offen, auf welche Produkte abzustellen ist. ▪ Da der Hersteller Art und Umfang der sicherheitstechnischen Kontrollen und die Kontrollintervalle umsatzoptimierend selbst bestimmen kann, droht die Gefahr, dass die Krankenkassen infolge der geplanten Gesetzesänderung nicht erforderliche Dienstleistungen finanzieren müssten, ohne dass sich dadurch das Versorgungsniveau verbessern würde. ▪ Es werden dadurch Mehrausgaben für die GKV von etwa 500 Mio. Euro jährlich erwartet.

Norm / Inhalt	Gesetzestechnische Probleme/ Erzeugung unsinniger Ergebnisse
Fahrkosten	
<p>Artikel 1 Nr. 103 § 133 SGB V Rechnungsabschlag von 3 % bei Fahrkosten</p> <p>Bei Verträgen im Fahrkostenbereich sollen die Krankenkassen einen Abschlag von 3 % auf die vereinbarte Vergütung erhalten; dies gilt entsprechend auch bei landes- bzw. kommunalrechtlich festgesetzten Rettungsdienstgebühren.</p>	<p>Verträge werden insbesondere mit Taxi-/Mietwagenunternehmen abgeschlossen. Diese Anbieter werden nicht mehr bereit sein, Preise unterhalb der ansonsten maßgeblichen Taxitarifordnung zu vereinbaren, wenn dies mit einem Abschlag von 3% „bestraft“ wird, während vertragslose Unternehmen den vollen Tarifpreis abrechnen können.</p> <p>Im Rettungsdienstbereich werden nach Landesrecht Gebühren auf Basis des Selbstkostendeckungsprinzips festgelegt. Es ist daher davon auszugehen, dass der 3 %ige Abschlag bei diesen Berechnungen zuvor "eingepreist" wird. Einsparungen werden somit nicht realisiert, aber erhebliche Verwaltungskosten produziert.</p>