

Dr. Christopher Hermann

Heilbronner Straße 184
70191 Stuttgart

Telefon +49 711 2593-110
Telefax +49 711 2593-580
E-Mail:
dr.christopher.hermann@bw.aok.de



Frau
Dr. Carola Reimann , MdB
Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(63)
gel. ESV zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
17.10.2011

SCHRIFTLICHE STELLUNGNAHME

von

Herrn Dr. Christopher Hermann

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der
Gesetzlichen Krankenversicherung**
(GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

anlässlich der

Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
am 19. Oktober 2011 in Berlin.

Stuttgart, 17. Oktober 2011

I. Grundsätzliche Einordnung des Gesetzentwurfes

Die öffentliche Diskussion um die mittel- und langfristige Sicherung einer angemessenen ambulanten/ärztlichen Versorgung für die Menschen in einer "Gesellschaft des längeren Lebens" (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009) erfährt mit dem vorliegenden Gesetzentwurf eines GKV-Versorgungsstrukturgesetzes eine durchaus bemerkenswerte Behandlung.

Zwar ist weiterhin in der Begründung von der "Stärkung wettbewerblicher Elemente" zur weiteren Erhöhung von Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung die Rede. Ebenso finden sich Ausführungen zur Flexibilisierung und Regionalisierung des Systems der vertragsärztlichen Versorgung durch "Zurücknahme zentraler Vorgaben" oder Vergrößerung der "wettbewerblichen Spielräume der Krankenkassen". Die inhaltliche Ausgestaltung und die Schwerpunkte des Gesetzentwurfes folgen dabei aber vielfach nicht dem Weg effizienter Strukturgestaltung, sie gehen vielmehr vor allem in Richtung auf Lobbyisierung, Anbieterfixierung und Bürokratisierung – noch mehr Gremien, weitere Detailvorgaben für die in der Versorgung unmittelbar Handelnden, Restauration der passiven Payer-Rolle für die Krankenkassen.

1. Versorgungssteuerung

Der Gesetzentwurf enthält einen Bauchladen von Einzelelementen und lässt seinen ursprünglichen Anlass nur noch ungenügend erkennen, die Versorgungsstrukturen zu flexibilisieren, Sektorengrenzen zu überwinden und dem vorhersehbaren Hausärztemangel insbesondere im ländlichen Raum nachhaltig zu begegnen. Ihm fehlt insgesamt konzeptionelle Konsistenz.

Zwar werden Fragen zur Nachhaltigkeit ambulant-ärztlicher Versorgung adressiert. Insbesondere werden regionale Einflussmöglichkeiten auf Bedarfsplanungsprozesse gestärkt (**vor allem Art. 1 Nr. 34, § 99**) und auf die zunehmende "Feminisierung" der ärztlichen Professionen wird mit flexibleren Familie-/Berufsoptionen geantwortet. Die Bedarfsplanungsregelungen entfalten aber nicht nur ein kleinräumiges, Demographiekomponenten adaptierendes Verständnis, sie führen auch gleichzeitig zu einer Wegdefinition von urbaner Überversorgung insbesondere im fachlich-ärztlichen Leistungssegment. Stringente Niederlassungssteuerung und der Abbau fachärztlicher Überversorgung sind lediglich als freiwillige Veranstaltungen von Kassenärztlichen Vereinigungen enthalten (insbesondere Vorkaufsrecht bei der Nachbesetzung von Arztsitzen in überversorgten Gebieten unter besonderen Bedingungen; **Art. 1 Nr. 35, § 103**). Hier fehlen bereits klare Finanzierungsregularien, so dass die Regelung faktisch leer laufen wird.

Wie gering die Beachtung von Versorgungswettbewerb und Versorgungssteuerung im Gesetzentwurf insgesamt ausgestaltet ist, dokumentieren die im Entwurf ebenso prominent gestalteten Regelungen zur neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgung (**Art. 1 Nr. 44, § 116 b**). Dort wird eine jede Überlegung nach medizinische Bedarfsgerechtigkeit ausblendender faktischer Zulassungsautomatismus (lediglich Anzeigepflicht gegenüber Landesbehörden) nach dem simplen Motto "wer kann, der darf" installiert.

Die Krankenkassen werden dazu degradiert, eine zentral vorgegebene bundesweite Einheitsvergütung zu bedienen – in Fragen der Versorgungssteuerung sind sie somit im weiteren wieder völlig ohnmächtig zurückgeworfen auf die Zeiten der Reichsversicherungsordnung.

2. Kassenwettbewerb

Vom Wettbewerb der Krankenversicherungen als "ordnendem Prinzip" mit den "Zielen der Vielfalt, der Effizienz und der Qualität der Versorgung" (Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, Oktober 2009) bleibt im Entwurf des Versorgungstrukturgesetzes außer formelhaften Gemeinplätzen nichts übrig. Unter dem Rubrum "Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen" wird einzig eine Ansammlung von Ladenhütern neben dem Produktportfolio der PKV aufgeführt (**Art. 1 Nr. 2 b, § 11 Abs. 6**).

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen demnach untereinander "Wettbewerb" um erweiterte Kurmaßnahmen, die Erstattung von verschreibungsfreien Arzneimitteln oder höhere Zuschüsse bei Zahnplomben führen. Zielführende erweiterte Kassenindividuelle Optionen zur Schaffung patientengerechter Versorgungsangebote oder zur selektivvertraglichen Mitgestaltung der Versorgungslandschaft für eine zunehmend von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität geprägten Versichertenklientel sind nicht Gegenstand des Gesetzentwurfes.

3. Versorgungswettbewerb

Die Neuregelungen des vertragsärztlichen Vergütungssystems werden zwar wiederholt als "Regionalisierung" bezeichnet, an den strikten Vorgaben zum "gemeinsam und einheitlich" der Krankenkassen im Kollektivsystem ändert sich indes nichts (**Art. 1 Nr. 23, § 87 a**). Die Krankenkassen sind weiterhin gezwungen, als Monopolblock auf Landesebene zu agieren, insbesondere mit der Gefahr der Konterkarierung individueller Vertragsstrategien durch Konkurrentenoligopole. Gleichzeitig fehlen jegliche Regelungen, eine weitere Marginalisierung von (kleineren) Arztgruppen zu verhindern (siehe auch unten II.1). Völliges Brachland bildet das zentrale Feld Versorgungswettbewerb im Hinblick auf den stationären Krankenhausbereich. Er bleibt weiterhin "frozen zone".

Zur weiteren Emanzipation von Selektivverträgen als sinnvolle und zukunftsorientierte Versorgungsalternative im Wettbewerb gegenüber dem tradierten KV-Regelsystem fehlt somit jeder Ansatz.

Um tatsächlich "Stärkung wettbewerblicher Elemente" bei Qualität und Effizienz der Versorgung anzureizen, ist der Gesetzentwurf zu ergänzen um Regelungen zur Entschlackung der Budgetbereinigung, die ausschließlich in der Hand der jeweiligen Gesamtvertragspartner zu legen ist. Auf der Ebene der arztbezogenen Bereinigung ist lediglich festzustellen, dass weder auf Bundes- noch auf Landesebene gesonderter Regelungsbedarf besteht, da sich das System selbstregulierend innerhalb eines Jahres automatisch austariert und damit temporär unerwünschte Effekte kurzfristig beseitigt werden.

Eine solche Entbürokratisierung entzieht den bestehenden – und ausgenutzten – wettbewerbsfeindlichen Blockaden der Akteure des überkommenen Regelsystems den Boden. Eine umfassende Koordinierung und Kooperation, die sinnvoll nur von der primärärztlichen Versorgungsebene ausgehen kann, bedingt zwingend komplexe und vertrauensvolle Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsebenen. Sektorübergreifende Versorgungsstrukturen muss Partnern auf der regionalen Ebene, die die Versorgung in der Realität kennen und gestalten wollen, weitere bürokratiearme Regelungsoptionen eröffnen. Zu diesen Notwendigkeiten fehlt im Gesetzentwurf jeder konzeptionelle Ansatz.

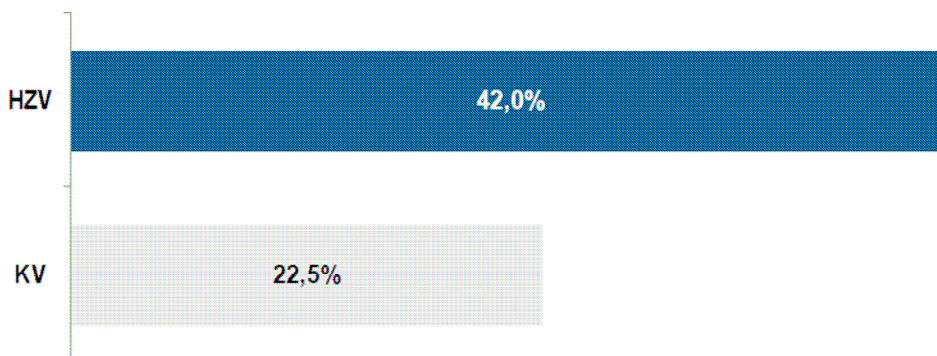
II. Konkreter Regelungsbedarf zur Stärkung des Versorgungswettbewerbs

Selektivverträge als Vollversorgungsverträge außerhalb des KV-Systems im Sinne der §§73 b und c SGB V funktionieren in der Praxis wie das Beispiel Baden-Württemberg zeigt: Nach rund drei Jahren sind Versorgungsqualität und -effizienz bei den über 1 Mio. AOK-Versicherten im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und mehr als 75.000 Versicherten in den Facharztverträgen sowie Arzt- und Patientenzufriedenheit signifikant gestiegen. So liegt beispielsweise die Quote der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung „check-up 35“ bei den Teilnehmern des Hausarztvertrags fast doppelt so hoch wie im Bereich der kollektivvertraglichen Versorgung (Übersicht 1).

Übersicht 1:

Check-Up 35 in der HZV

Durchschnittliche Check-Up-Quote 2010:



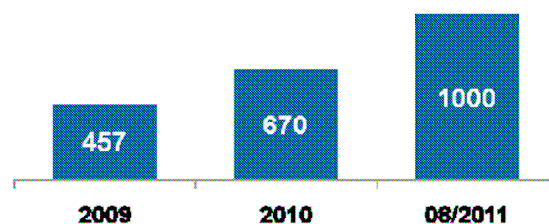
Deutlich häufigere Inanspruchnahme gegenüber der Regelversorgung

Selektivverträge stellen eine unverzichtbare Voraussetzung für den seit Jahren auch politisch bisher geforderten Qualitätswettbewerb dar, leisten einen nachdrücklichen Beitrag zur Gewährleistung patientenorientierter Versorgung insbesondere auch im ländlichen Raum (Übersicht 2) nicht zuletzt durch leistungsbezogene Vergütungsregelungen ohne Abstufung, Quotierungen o. ä. und sind daher im Versorgungsstrukturgesetz konsequent auszubauen.

Übersicht 2:

Versorgungsstrukturen in der Hausarztpraxis (VERAH)

- Zusatzqualifikation für Medizinische Fachangestellte des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V.
- Ziele: Qualifizierte Unterstützung der hausärztlichen Tätigkeit zur Optimierung der Patientenversorgung und Entlastung der Hausärzte (z.B. Routinehausbesuche, Impfmanagement) insb. im ländlichen Raum



Kontinuierliche Zunahme der VERAHs im Rahmen der HZV

Um ein funktionstüchtiges Miteinander von selektiv- und kollektivvertraglicher Versorgung nachhaltig zu gewährleisten und die positiven Versorgungspotentiale weiter zu erschließen, sind im Versorgungsstrukturgesetz folgende Elemente aufzugreifen:

1. Aufhebung der strikten „gemeinsam und einheitlich“-Vorgaben im vertragsärztlichen Kollektivsystem; eigenständige Verhandlung und Entwicklung der Vergütung (mindestens) für die hausärztliche Versorgung im Rahmen der KV-Kollektivversorgung je Kassenart (Art. 1 Nrn. 23, 24; §§ 87 a, 87 b)

Seit 2009 müssen die Krankenkassen bzw. deren Verbände auf Landesebene zwingend als Monopolblock gemeinsam und einheitlich die Vergütungen für vertragsärztliche Leistungen vereinbaren. Gleichzeitig werden seither detaillierte Vorgaben - künftig Empfehlungen - zur Vergütung von der Bundesebene getroffen. In der Konsequenz haben sich die starren zentralistischen Vorgaben immer weiter von den kassenspezifischen regionalen Patientenbedürfnissen entfernt. Damit wurde den Akteuren faktisch auch die Verantwortung für ihr Handeln entzogen. Dies führt zu einer Vertiefung der gesundheitspolitischen Gräben und organisierten Verantwortungslosigkeit.

Gleichzeitig führt das Diktat der gemeinsam und einheitlichen Vorgehensweise dazu, dass einzelne Krankenkassen majorisiert und damit ihrer ggf. bestehenden Vertragsstrategien beraubt werden können. Insgesamt hat das bestehende Vergütungs- und Honorarrecht trotz milliardenschwerer Zuflüsse zu einer hohen Unzufriedenheit bei Ärzten und Krankenkassen geführt. Vor diesem Hintergrund ist eine Rückkehr zum Status vor 2009 notwendig, als die einzelnen Krankenkassenarten den Versorgungswettbewerb fördernde eigenständige Honorarvereinbarungen schließen konnten.

Umgekehrt gilt auch auf der Seite der Ärzte, dass zukünftig keine weitere Majorisierung der Arztgruppen untereinander erfolgen darf. Hierfür ist es erforderlich, dass nicht nur die Vergütungsanteile von Haus- und Fachärzten getrennt und festgeschrieben werden. Vielmehr ist es erforderlich, dass hierfür die jeweiligen Arztgruppen eigenständige Verhandlungsmandate erhalten und optional auch unterschiedliche Grundzüge für die Festsetzung und Weiterentwicklung der Vergütungen/Honorare aufweisen können. Folgerichtig muss auch die Honorarverteilung durch die jeweiligen Arztgruppen getrennt bestimmt werden können. Bei kassenartenindividuellen Vergütungsvereinbarungen und den daraus erwachsenden Gestaltungsspielräumen ist das Einvernehmen zum Honorarverteilungsmaßstab folgerichtig beizubehalten. Mit diesem Vorgehen wird konsequent die Zielsetzung aufgegriffen, die Kompetenzen wieder auf die Landesebene zurück zu geben, klare Verantwortlichkeiten sowie wettbewerbliche Differenzierungsmöglichkeiten zu adressieren.

2. Das Bereinigungsverfahren ist für Selektivverträge einfach zu gestalten und als institutionelles Blockadeinstrument auszuschalten (Art. 1 Nr. 23, § 87 a)

Vollversorgungsverträge wie die HZV und 73c-Verträge setzen eine Bereinigung der Gesamtvergütungen voraus, um Doppelfinanzierung auszuschließen. Zur Ausgestaltung dieser Bereinigung hat der Erweiterte Bewertungsausschuss zunehmend komplexe Vorgaben beschlossen, die zahlreiche Personen und Institutionen beschäftigen. Insbesondere im Bereich der Bereinigung unmittelbar auf der Arzteebene – der "Regelleistungsvolumina" (RLV) - wurden bürokratische und nicht nachvollziehbare Verfahren bzw. Regelungen etabliert. Zielführend ist eine gesetzliche Regelung, die Bereinigung der Gesamtvergütungen ausschließlich den jeweiligen Gesamtvertragspartnern zu überlassen und schiedsamfähig auszugestalten. Erst mit einer derartigen Ausgestaltung wird den bestehenden administrativen und inhaltlichen Blockademöglichkeiten Dritter der Boden entzogen.

3. Option auf Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch Krankenkassen für die HZV-Versicherten auch im Bereich der fachärztlichen, spezialärztlichen sowie Krankenhausversorgung (Art. 1 Nr. 13 – neu -, §§ 73 b, c)

Versicherte, die an der HZV teilnehmen, haben sich bewusst für eine enge konkrete Hausarztbeziehung entschieden. Gleichzeitig geht für diesen hausärztlichen Versorgungsumfang der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkasse über. Eine umfassende Koordinierung und Kooperation – ausgehend von der primärärztlichen Versorgungsebene, wie vielfach vom Sachverständigenrat gefordert – bedingt zwingend die verbindliche Zusammenarbeit der unterschiedlichen Versorgungsebenen.

Die HZV- und 73c-Vertragspartner in Baden-Württemberg haben dies aufgegriffen und etablieren um den Kern der HZV sukzessive Facharztverträge, die mit der HZV korrespondierende Regelungen zur Zusammenarbeit enthalten. In der Praxis zeigt sich - nicht zuletzt aufgrund der notwendigen Bereinigungsregelungen, - dass eine zusätzliche verbindliche Einschreibung der HZV-Versicherten in die 73c-Verträge diesem durchgängigen Versorgungskonzept administrativ entgegen steht. Zielführend ist dagegen die Option auf eine Übernahme des Sicherstellungsauftrages in weiteren differenzierten Versorgungsebenen durch die Krankenkasse für HZV-Versicherte. Daraus folgt, dass die Krankenkasse nach Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 73c SGB V den entsprechenden Sicherstellungsauftrag (z.B. für kardiologische Leistungen) für HZV-Versicherte übernimmt, ohne dass diese sich hierfür gesondert einschreiben müssen. Der HZV-Arzt arbeitet vorrangig mit den 73c-Kollegen zusammen; sofern Versicherte zu einem anderen Facharzt gehen, bezahlt die Krankenkasse nach einer Bereinigung die Vergütung an die Kassenärztliche Vereinigung analog den Regelungen des Kollektivvertrags.

Diese Systematik ist auch leicht auf den Bereich der im Versorgungsgesetz vorgesehenen spezialärztlichen Versorgung nach **§ 116 b** sowie Teilbereiche der stationären Versorgung übertragbar. Sowohl der HZV-Hausarzt in seiner Koordinierungsfunktion als auch die Krankenkasse in ihrer Verantwortlichkeit für die Versorgung ihrer Versicherten werden dadurch gestärkt. Gleichzeitig bleiben die Regelungen durchgängig dem Prinzip der Freiwilligkeit auf der Ebene der Versicherten bzw. Patienten sowie der der Ärzte und Krankenkassen verpflichtet.

III. Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung (zu Art. 1, Nr. 10 d, e, §§ 64, 64 a)

1. Die Regelung setzt offensichtlich der ABDA/KBV-Konzeption zum sogenannten Medikationsmanagement um. Der vorgesehene Modellversuch wurde bereits bis hin zur politischen Spitze des BMG als angebliche Alternative zu den Arzneimittelrabattverträgen der Krankenkassen bezeichnet. Bei Schwächung der Arzneimittelrabattverträge werden indessen hohe reale Einsparungen für die GKV (2010: 1,3 Mrd. EUR), mit denen Zusatzbeiträge für die Versicherten vermieden werden, leichtfertig zur Disposition gestellt.

Dabei gilt es zu beachten, dass Arzneimittelrabattverträge nach dem strikten Regelwerk des EU-rechtlich vorgeformten Kartellvergaberechts (§§ 97 ff. GWB) ausgeschrieben und bezuschlagt sind. Eingriffe Dritter, die die Vertragsumsetzung behindern, können ggf. massive Schadensersatzforderungen negativ betroffener pharmazeutischer Unternehmen auslösen und im weiteren auch der Krankenkassen wegen entgangener Einsparpotenziale nach sich ziehen. Bereits an dieser Stelle werden erhebliche rechtliche Inkonsistenzen der vorgesehenen Regelung deutlich.

2. Die von den Initiatoren mitgeteilten Einsparpotenziale im Milliarden Euro-Bereich (2014 angeblich 2,1 Mrd. EUR) sind ebenso wenig seriös. Die vorliegenden Berechnungen des ABDA/KBV-Modells adaptieren zum Einen völlig unreflektiert theoretische Einsparpotenziale aus (teilweise mehr als 10 Jahre alten) US-amerikanischen Untersuchungen und (ebenfalls älteren) WHO-Ermittlungen zur Patientencompliance auf deutsche Verhältnisse, zum Anderen gehen sie bei der Ermittlung von angeblichen Einsparpotenzialen offensichtlich von Arzneimittelbruttoausgaben in der GKV aus und nicht von den tatsächlich durch die Krankenkassen gezahlten (rabattierten) Nettopreisen.

Die Effizienzreserven, die über wettbewerbliche und marktkonforme Ausschreibungsprozesse gehoben worden sind und zunehmend weiter von den Kassen realisiert werden, bleiben ausgeblendet. Die vom Modellversuch angestrebten Wirkstoffverordnungen entfalten gerade und nur im patentfreien Markt Wirkung – dort ist aber die Erschließung von Einsparpotenzialen bei Erhalt höchster Qualität durch die kassenseitigen Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen bereits heute Realität.

3. Inkonsistent ist auch die vorgesehene Schiedsstellenregelung. § 64 a Abs. 1 Satz 1 des Entwurfs sieht vor, dass KV und Apotheker auf der einen Seite, auf der anderen Seite die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen jeweils gemeinsam ein Modellvorhaben vereinbaren. Das Wort „gemeinsam“ wird dabei doppelt erwähnt. Folgerichtig wäre daher zur Wahrung der Parität die Schiedsamtbesetzung nach Absatz 2 des Entwurfs anzupassen: Keine Verdoppelung der Leistungserbringerseite, sondern Kassenseite und Leistungserbringerseite mit gleicher Besetzungstärke im Schiedsamt vertreten.
4. Nach § 64 a Abs. 1 Satz 9 des Entwurfs können die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der DAV Empfehlungen vereinbaren, die für das Modellvorhaben verbindlich zu beachten sind. Empfehlungen sind grundsätzlich aber unverbindliche Vorgaben. Die Verknüpfung mit einer zwingenden Beachtungspflicht widerspricht daher bereits im Wortlaut dem allgemeinen Verständnis. Darüber hinaus ergibt sich eine Konfliktsituation zum bisherigen Verständnis des Gesetzgebers zu Modellvorhaben. Modellvorhaben von Krankenkassen unterliegen auch in ihrer Ausgestaltung als vertragliche Vereinbarungen dem grundsätzlichen Gestaltungsspielraum der Krankenkassen sind im weiteren der beteiligten Vertragsparteien und unterfallen lediglich einer Rechtskontrolle durch die Aufsichtsbehörde (Verträge sind den Aufsichtsbehörden vorzulegen, Satzungsregelungen unterliegen einer Genehmigungspflicht), zu Fragen der Ausgestaltung bestehen bislang weite Ermessensspielräume.
5. Der erzwingbare Abschluss einer Vereinbarung zu einem Modellvorhaben konterkariert die bislang vorhandene Modellvorhabenskonzption. Zwar sieht § 64 Abs. 3 Satz 2 SGB V auch nach bisherigem Recht schon die Einschaltung des Schiedsamts oder die Einschaltung einer Schiedsstelle vor, jedoch begrenzt auf reine Vergütungsfragen. Das Entschließungsermessen der Vertragsparteien zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 64 Abs. 1 SGB V wird davon nicht betroffen.

Die Vorstellung des Gesetzgebers bei Vereinbarungen von Modellvorhaben war bisher letztlich stets eine Win-Win-Situation der Vertragspartner. Eine Weiterentwicklung der Versorgung über die in § 63 SGB V definierten Ziele soll und darf den Beteiligten nur auf freiwilliger Basis zugemutet werden. Widerspricht die Vorstellung eines Vertragspartners den Interessen der anderen Vertragspartei, ist dieses Instrumentarium ausgeschlossen.

6. Der Entwurf widerspricht § 63 Abs. 5 Satz 1 SGB V, wonach Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung des Modellvorhabens sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten in der Satzung der Krankenkasse festzulegen sind. Auf § 63 Abs. 5 SGB V wird in § 64 a Abs. 1 Satz 6 des Entwurfs ausdrücklich verwiesen. Unterstellt, die Einigung zum Modellvorhaben wird über das Schiedsamt gegen die Interessenslage der Krankenkassen erzwungen, müsste für die weitere Umsetzung per Satzungsvorschrift und damit für die Wirksamkeit für die Versicherten der Krankenkassen ein Mehrheitsbeschluss aller Selbstverwaltungen auf Kassenseite herbeigeführt werden. §§ 63 ff. SGB V sind nach der bisherigen Gesetzesfassung als Auftrag an die Selbstverwaltung zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit konzipiert, d. h. eine Krankenkasse wird durch Modellvorhaben die Möglichkeit zur Betätigung eingeräumt. Weigert sich eine Selbstverwaltung, einen entsprechenden Satzungsbeschluss herbeizuführen (Satzungsautonomie), stehen in Umsetzung der Gesetzeslage Zwangsvollstreckungsmaßnahmen durch die Aufsichtsbehörde im Raum. Diese würden nur dann unterbleiben, sofern die Aufsicht von der Argumentation der Krankenkasse überzeugt wäre (dies wäre kaum möglich, wenn andere Selbstverwaltungen sich zur Umsetzung positiv geäußert hätten). In einem solchen Fall ist der im Entwurf vorgesehene Zwang zur Einigung tatsächlich nicht umsetzbar.

Damit entspricht der Entwurf systematisch nicht dem bisherigen Verständnis von Modellvorhaben. Modellvorhaben setzen für den freiwilligen Abschluss einer Vereinbarung eine Win-Win-Situation voraus (s. o.), die zumindest die gesetzlich vorgesehene satzungsmäßige Umsetzung durch die Selbstverwaltung (im Regelfall aber auch die anschließende Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde) sicherstellen. Dies erfolgt bislang kassenindividuell, da mit Modellvorhaben die Gestaltungsfreiheit zu kassenindividuellen Versorgungsangeboten eröffnet ist. Einen Zwang zur satzungsmäßigen Umsetzung gegen den Willen der Selbstverwaltung kann es nicht geben. Dies bricht mit dem Prinzip der Satzungsautonomie der Krankenkassen und der grundsätzlichen Konzeption von Modellvorhaben.

Letztlich greift der Entwurf damit in die Grundlagen der Selbstverwaltungsrechte der Krankenkassen massiv ein und ist als völliger Fremdkörper im Kontext mit kassenindividuellen Modellvorhaben auch deshalb völlig verfehlt.