



KBV

FORTBILDUNG

Zentrale Mitarbeiterfortbildung
der **K**assenärztlichen **B**undes**v**ereinigung



Die gesetzliche Krankenversicherung

Stand: 2014



2

Die gesetzliche Krankenversicherung

Autorin: Dipl.-Ök. Ingrid Quasdorf

Stand: März 2014

Diplom-Ökonomin Ingrid Quasdorf
Senior-Referentin
Dezernat Sektorenübergreifende Qualitätsförderung,
Versorgungskonzepte, Qualitätsmanagement, Patientensicherheit
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Begründet von:
Dietfried Herles
Ehemaliger Geschäftsführer
der früheren Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg

Kontakt über:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Referat KBV-Akademie
Postfach 12 02 64
10592 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	8
Lernziele	9
1 Die Geschichte der Krankenversicherung	10
1.1 Vorstufen gesetzlicher Regelungen bis zur Reichsversicherungsordnung von 1911	10
1.1.1 Anfänge der sozialen Sicherung	10
1.1.2 Einrichtungen der sozialen Sicherung zu Beginn der Industrialisierung	12
1.1.2.1 Verschiebung des sozialen Gefüges	12
1.1.2.2 Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter	12
1.1.2.3 Sonderstellung der Hilfskassen	12
1.2 Von der ersten Gesetzgebung bis zum Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung	13
1.2.1 Erste Ansätze des Versicherungszwanges	13
1.2.1.1 Das Preußische Allgemeine Landrecht von 1794	13
1.2.1.2 Die Gewerbeordnung von 1845	13
1.2.1.3 Die Gesetzgebung 1849 und 1854	13
1.2.1.4 Das Hilfskassengesetz von 1876	14
1.2.1.5 Auswirkungen der Zwangsregelungen	14
1.2.2 Allgemeiner Versicherungszwang	15
1.2.2.1 Das Krankenversicherungsgesetz von 1883	15
1.2.2.2 Auswirkungen des allgemeinen Versicherungszwanges	17
1.2.3 Die Reichsversicherungsordnung von 1911	17
1.3 Die GKV in den 30er Jahren	18
1.4 Die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1945	19
1.5 Die Zeit ab 1997	22

2	Die gesetzlichen Krankenkassen	28
2.1	Die Krankenversicherung als Teil der sozialen Sicherung	28
2.2	Träger und Aufgaben der Krankenversicherung	33
2.3	Arten der gesetzlichen Krankenkassen	34
2.4	Versicherter Personenkreis	38
2.5	Organisation der gesetzlichen Krankenkassen	39
2.6	Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen	41
2.7	Verbände der gesetzlichen Krankenkassen	43
2.8	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	44
3	Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenkassen	45
3.1	Allgemeines zu den Leistungen/gemeinsame Leistungsvorschriften	45
3.1.1	Leistungsarten	45
3.1.2	Gemeinsame Vorschriften	46
3.1.3	Unterscheidung nach der Rechtsgrundlage und Rechtsnatur der Leistungen	47
3.1.4	Unterscheidung nach der Beschaffenheit der Leistungen	48
3.2	Leistungen im Einzelnen	48
3.2.1	Leistungen zur Verhütung von Krankheiten	48
3.2.2	Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten	51
3.2.3	Leistungen bei Krankheit	52
3.2.3.1	Begriff der „Krankheit“ im versicherungsrechtlichen Sinne	52
3.2.3.2	Krankenbehandlung	53
3.2.3.2.1	Ärztliche Behandlung	53
3.2.3.2.2	Zahnärztliche Behandlung	55
3.2.3.2.3	Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln	55
3.2.3.2.4	Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)	59
3.2.3.2.5	Soziotherapie (§ 37a SGB V)	60

3.2.3.2.6	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V)	61
3.2.3.2.7	Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)	61
3.2.3.2.8	Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 40, 41, 43 SGB V)	61
3.2.3.2.9	Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V)	62
3.2.3.3	Krankengeld (§§ 44 bis 51 SGB V)	63
3.2.3.4	Leistungsbeschränkungen	64
3.2.4	Fahrkosten (§ 60 SGB V)	65
3.2.5	Belastungsgrenze	65
3.2.6	Weiterentwicklung der Versorgung (§§ 63 bis 68 SGB V)	66
3.2.7	Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation	66
3.2.8	Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (§§ 137f, g SGB V)	67
3.2.9	Integrierte Versorgung (§§ 140a–d SGB V)	68
	Literaturverzeichnis	69
	Fragen zur Selbstkontrolle	70
	Schlagwortverzeichnis	71
	Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte	73

Abkürzungsverzeichnis

AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AVWG	Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BKK	Betriebskrankenkasse
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMÄ	Bewertungsmaßstab-Ärzte
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BMVG	Bundesministerium der Verteidigung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DMP	Disease-Management-Programm
E-GO	Ersatzkassen-Gebührenordnung
e. V.	eingetragener Verein
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)
GKV-SolG	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
GKV-SV	Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)
HebGV	Hebammenhilfe-Gebührenordnung
IKK	Innungskrankenkasse
KFRG	Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MuSchG	Mutterschutzgesetz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PKV	Private Krankenversicherung
PsychEntG	Gesetz zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz)
PsychThG	Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz)
RSA	Risikostrukturausgleich
RV	Rentenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SchwRi	Schwerpflegebedürftigkeits-Richtlinien
SGB	Sozialgesetzbuch
UV	Unfallversicherung
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prinzip der Versicherung	29
Abbildung 2: Prinzip der Versorgung	29
Abbildung 3: Prinzip der Fürsorge	30
Abbildung 4: Die wesentlichen Einrichtungen im System der sozialen Sicherung ..	31
Abbildung 5: Finanzierungsströme im Gesundheitswesen 2006	32
Abbildung 6: Krankenversicherungsträger in Deutschland	37
Abbildung 7: Organisation einer Allgemeinen Ortskrankenkasse	40
Abbildung 8: Finanzierung über den Gesundheitsfonds	41
Abbildung 9: Übersicht der GKV-Leistungen	46
Abbildung 10: Gliederung der Sozialleistungen	48
Abbildung 11: Leistungen zur Verhütung von Krankheiten	49
Abbildung 12: Ärztliche Behandlung	54
Abbildung 13: Anspruch des Versicherten auf Kostenübernahme für Arzneimittel durch die GKV	57

Lernziele

Wenn Sie dieses Fortbildungsheft durchgearbeitet haben, sollten Sie die Geschichte der Krankenversicherung darstellen und erläutern können, welche Entwicklungsstufen sie durchlaufen hat. Sie sollten das heutige System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und seine rechtlichen Grundlagen beschreiben und die Kassenarten nennen können. Sie sollten wissen, welchen Personenkreis die GKV versichert und wie sie sich finanziert.

Das Fortbildungsheft vermittelt Ihnen darüber hinaus einen Überblick über die Struktur und die Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen einschließlich der grundlegenden Neuerungen durch die Gesundheitsgesetzgebung.

Nach dem Studium des Heftes sollten Sie das Leistungsrecht der GKV in seinen Grundzügen beschreiben können.

1 Die Geschichte der Krankenversicherung¹

Will man die Historie der Krankenversicherung erfassen, so erscheint es zweckmäßig, diese nach den jeweils geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zu gliedern. So wird die Schilderung des geschichtlichen Ablaufs zu einer Beschreibung von Entwicklungsstufen. Die Krankenversicherung sah sich ständig neuen Aufgaben gegenüber.

Welche unterschiedlichen Gesichter die Krankenversicherung gehabt hat, zeigt sich allein in ihrer Namensgebung. Zunächst wurde sie als „Arbeiterversicherung“, später als „Reichsversicherung“, dazu als „soziale Krankenversicherung“ und heute als „gesetzliche Krankenversicherung“ bezeichnet. Jeder dieser Namen gibt ihr einen besonderen Charakter und weist ihr bestimmte Aufgaben zu.

Als „Arbeiterversicherung“ scheint sie gruppenspezifisch zu sein und erhält einen Fürsorgecharakter. Die Tatsache, dass sie bestimmte Aufgaben innerhalb eines Staatsgebildes zu erfüllen hat, wird durch die Bezeichnung „Reichsversicherung“ deutlich. Ihr wird hier ein strenger formaler Charakter zugesprochen. Während dann die Bezeichnung „soziale Krankenversicherung“ Gerechtigkeits- und Umverteilungsaspekte betont, bringt die Bezeichnung „gesetzliche Krankenversicherung“ den Zwangscharakter dieser Institution zum Ausdruck. Die Veränderung des Kassenarztrechts ist u. a. Folge dieser Entwicklung.

1.1 Vorstufen gesetzlicher Regelungen bis zur Reichsversicherungsordnung von 1911

1.1.1 Anfänge der sozialen Sicherung

Um einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Krankenversicherung und den Aufbau des heutigen Krankenversicherungssystems zu gewinnen, reicht es nicht aus, mit dem Jahre 1883, in dem das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter verabschiedet wurde und das allgemein als Geburtsjahr der gesetzlichen Krankenversicherung bezeichnet wird, zu beginnen. Man muss auf viel weiter zurückliegende Vorgänge zurückgreifen. Die Betrachtung aller Entwicklungsstufen zeigt nämlich, dass schon sehr früh Grundprinzipien des heutigen Krankenversicherungssystems entwickelt wurden. Erste wichtige Spuren lassen sich schon in der Antike finden. So wird in der Literatur insbesondere über Einrichtungen der sozialen Sicherung in der griechischen und römischen Antike als auch in Palästina berichtet.

Soziale Sicherung ist nicht neu, sie begründet sich allerdings nicht im Versicherungsgedanken, sondern im Fürsorgegedanken. Der Gedanke der Mildtätigkeit und Barmherzigkeit war Grundlage der mittelalterlichen Krankenfürsorge. Hauptanteil an dieser

¹ Die Erstfassung dieses Fortbildungsheftes wurde von Herrn Dietfried Herles, ehemaliger Geschäftsführer der früheren KV Nord-Württemberg erarbeitet. Kapitel 1 stimmt mit der Ursprungsfassung aus dem Jahr 1994 weitgehend überein.

karitativen Tätigkeit hatten Klöster, deren Krankeneinrichtungen von der jeweiligen finanziellen Stärke bestimmt waren.

Spitäler, die ärztliche Hilfe leisteten und Medikamente abgaben, wurden durch freiwillige Spenden bemittelter Familien finanziert, ebenso spielten Stiftungen des Adels eine herausragende Rolle. Besondere Bedeutung aber kommt den Bergarbeitern und Handwerkern zu. Bei beiden Berufsgruppen ist schon im 14. Jahrhundert ein Unterstützungswesen erkennbar.

Die Bergarbeiter sammelten bei Erkrankungs-, Unglücks- oder Todesfällen eines Mitarbeiters Beiträge zur Unterstützung des Betroffenen oder seiner Hinterbliebenen. Die Sammlung erfolgte, indem man an Lohntagen „Büchsen“ aufstellte, in die freiwillige Spenden gegeben werden sollten. Da diese Spenden jedoch nicht immer ausreichten, wurde regelmäßig ein so genannter „Büchsenpfennig“ erhoben. Man ging also von freiwilligen Spenden zu Zwangsabgaben über. Erst seit dieser regelmäßigen Erhebung eines „Beitrages“ kann man von einer eigentlichen Knappschaftskasse sprechen. Eine solche Kasse machte es erst möglich, die unregelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen zu gewährleisten.

Parallel zu diesen Einrichtungen wurden von Handwerkern, Gilden und Zünften Selbsthilfeeinrichtungen geschaffen. So genannte „Bruderläden“ wurden gegründet, die die Angehörigen der Zünfte, Lehrlinge, Gesellen und Meister in Notfällen unterstützten. Eine solche in den Zünften gebotene soziale Sicherung entsprach nach ihrer Art dem Prinzip der Großfamilie. Problematisch aber war, dass die Gewährung der Leistung im Ermessen der Zunftmeister lag und sich daher bald Konflikte zwischen Meistern und Gesellen entwickelten, die in Einzelfällen sogar zu Aufständen führten.

Die Folge war, dass die Gesellen eigene Bruderschaften gründeten. Diese Bruderschaften lassen sich als frühe Vorläufer der heutigen Gewerkschaften bezeichnen, denn sie entstanden in erster Linie als Gegenmacht zu den Meistern der Zünfte, die u. a. auch daran interessiert waren, den Aufstieg der Gesellen zu selbständigen Meistern zu verhindern. Die bisherigen Einrichtungen verloren aber mit der Auflösung der Stadt als geschlossenes wirtschaftliches Gebilde immer mehr an Bedeutung. Mit dem Zerfall der Zünfte lösten sich die Bruderläden und Gesellenvereine auf.

„Die Bruderschaft ist zur gegenseitigen Unterstützung gegründet. Ihre Mitglieder sollen sich in guten und bösen Tagen die Treue halten. Das Vermögen der Zunft gehört allen zur gemeinsamen Nutzung; aus dem, was von den Gewinnen abgegeben wird, sollten Witwen, Waisen und Kranke, die Invaliden und Unglücklichen unterstützt werden; wenn ein Meister unverschuldet in Not gerät, hilft ihm die Kasse durch Vorschuß, Darlehen und Zubeße.“

(aus einem Speyerer Zunftbrief der Maurer aus dem Jahre 1180)

Sowohl bei den Vereinigungen der Bergleute als auch bei denen der Handwerker handelte es sich noch nicht um Einrichtungen, die allein der sozialen Sicherung dienen.

Es waren Gemeinschaften, die Funktionen wahrnahmen, welche den gesamten Lebenslauf des einzelnen Mitgliedes betrafen.

Schon in diesen einfachen sozialen Sicherungssystemen fällt aber auf, dass Maßnahmen der freiwilligen Beteiligung an der sozialen Sicherung nicht ausreichten.

1.1.2 Einrichtungen der sozialen Sicherung zu Beginn der Industrialisierung

1.1.2.1 Verschiebung des sozialen Gefüges

Das 19. Jahrhundert war durch wirtschaftliche Umwälzungen und eine rasch voranschreitende Entwicklung der Industrie geprägt. Die Folge war, dass sich der Anteil der in der Landwirtschaft beschäftigten Personen zurückentwickelte und die Zahl derjenigen, die getrennt von gewerblichem oder anderem Vermögen in Fabriken arbeiteten, entsprechend anstieg. Die Gruppe der Fabrikarbeiter war einer erheblichen Existenzunsicherheit in Fällen von Krankheit, Unfall, Invalidität, Alter und Arbeitslosigkeit ausgesetzt. Das machte Einrichtungen der sozialen Sicherung bei unzureichender privater Krankenfürsorge notwendig. Damit war die Voraussetzung für zwei Lösungsmöglichkeiten gegeben. Eine Möglichkeit war, dass der Staat selbst durch gesetzliche Maßnahmen eingriff, eine andere, dass sich die Arbeiter selbst zusammenschlossen, um sich gegen soziale Not abzusichern.

Tatsächlich wurden beide Wege verfolgt. Es kam zur Gründung von Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter, die ihre wichtigsten Formen in den Unterstützungskassen der Gewerksvereine und im Hilfskassenwesen fanden. Es kam aber auch zu gesetzgeberischen Eingriffen des Staates.

1.1.2.2 Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter

Die Arbeiter schlossen sich in Gewerksvereinen zusammen, u. a. mit dem Ziel, sich das Versprechen zur gegenseitigen Hilfeleistung im Notfall zu geben und gemeinsam die Interessen gegenüber den Arbeitgebern zu vertreten. Vor diesem gedanklichen Hintergrund sind die Gewerksvereine als Fortsetzung der Gesellenvereine anzusehen und somit Vorläufer der heutigen Gewerkschaften.

1.1.2.3 Sonderstellung der Hilfskassen

Der Hauptzweck der Gewerksvereine war die Interessenvertretung gegenüber den Arbeitgebern. Einrichtungen, die losgelöst von anderen Aufgaben allein der Sicherung in Fällen von Krankheit, Alter, Invalidität, Unfall und Erwerbslosigkeit dienten, waren so genannte Hilfskassen. Zur Gründung dieser Kassen trug in starker Weise die Gesetzgebung bei, die zwar auf der einen Seite Zunftprivilegien abbaute und Gewerbefreiheit förderte, auf der anderen Seite aber die Bildung von Hilfskassen erlaubte, in der Folgezeit sogar gesetzlich förderte.

1.2 Von der ersten Gesetzgebung bis zum Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung

1.2.1 Erste Ansätze des Versicherungszwanges

1.2.1.1 Das Preußische Allgemeine Landrecht von 1794

Zum ersten Mal wurde die Verpflichtung des Staates, Fürsorge für die Armen zu übernehmen, im Preußischen Allgemeinen Landrecht vom 05.02.1794 erkennbar. Dieses Gesetz sprach dem Staat die Aufgabe zu, dafür Sorge zu tragen, dass denjenigen Bürgern, die sich ihren Unterhalt nicht selbst verschaffen können, Ernährung und Verpflegung zukommt. Zwar war die Anerkennung der staatlichen Fürsorgeverpflichtung durch dieses Gesetz ein großer Fortschritt, es entsprach jedoch nicht den tatsächlichen Anforderungen der sich entwickelnden Industriegesellschaft. Große Teile der Bevölkerung blieben im Krankheitsfall weiterhin ohne ausreichenden Schutz.

1.2.1.2 Die Gewerbeordnung von 1845

Am 17.01.1845 wurde die Allgemeine Gewerbeordnung in Preußen erlassen. Die Einführung der Gewerbefreiheit entzog den Zünften ihre Existenzgrundlage. Damit einherging der Niedergang ihrer teilweise vorbildlich entwickelten sozialen Einrichtungen. Der Staat sah sich somit vor der Aufgabe, einen entsprechenden Ersatz zu schaffen.

Die Gewerbeordnung legte fest, dass Gesellen und Gehilfen sowie Fabrikarbeiter ihre schon vorhandenen Verbindungen und Kassen zur gegenseitigen Unterstützung beibehalten konnten. Die Neubegründung solcher Kassen wurde von einer staatlichen Genehmigung abhängig gemacht. Die bestehenden Unterstützungseinrichtungen der Arbeiter hatten damit Anerkennung gefunden.

Andererseits brachte die Gewerbeordnung eine Einschränkung der freien Selbsthilfe mit sich. Sie ermächtigte Gemeinden, eine Beitragspflicht für alle am Ort beschäftigten Gesellen und Gehilfen für die am Ort bestehende Kasse festzusetzen. Man kann in dieser Ermächtigung der Gemeinden den Ursprung des modernen Versicherungszwanges für gewerbliche Arbeiter entdecken. Die Gemeinden machten jedoch von ihrem Recht wenig Gebrauch. Folglich wurde eine Versorgung im Krankheitsfall für breite Schichten nicht erreicht. Krankenversichert blieb eine kleine Schicht von Handwerkern. Dem Problem der Versicherung der sich rasch entwickelnden Arbeitermassen war nicht Rechnung getragen worden.

1.2.1.3 Die Gesetzgebung 1849 und 1854

Die preußische Regierung versuchte, die Mängel der bisherigen Gesetzgebung mit der Verordnung vom 09.02.1849 zu beseitigen. Die Verordnung bestimmte, dass durch Ortsstatut Zwangsunterstützungskassen gebildet werden sollten und den Arbeit-

geben ein Anteil des Versicherungsbeitrages für Unterstützungskassen von Gesellen, Lehrlingen und Fabrikarbeitern auferlegt werden konnte.

Darüber hinaus sah das preußische Gesetz betreffend die gewerblichen Unterstützungskassen vom 03.04.1854 die Möglichkeit vor, für Gesellen, Gehilfen und Fabrikarbeiter – losgelöst von ihren Arbeitgebern auf der Grundlage von Ortsgesetzen – Kassen zur gegenseitigen Unterstützung zu bilden. Damals entstanden so genannte Fabrikarbeiterkassen, d. h. Kassen, die nur eine bestimmte Bevölkerungsgruppe absicherten.

Außerdem war durch dieses Gesetz den Regierenden das Recht gegeben, die Einrichtung von Kassenbeitrittszwang dort anzuordnen, wo diese Bedingungen durch Ortsgesetze nicht erfüllt wurden. Damit war nun die gesetzliche Grundlage geschaffen, um tatsächlich eine größere Anzahl neuer Krankenkassen für Handwerksgesellen und Fabrikarbeiter zu gründen.

1.2.1.4 Das Hilfskassengesetz von 1876

Die beabsichtigte einheitliche Regelung des gesamten Hilfskassenwesens wurde auch durch die Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund vom 21.06.1869 nicht erreicht. Wichtiger Bestandteil dieser Ordnung war jedoch die Einführung der freien Konkurrenz zwischen Zwangs- und freien Kassen. Gemäß der Gewerbeordnung wurde die Pflicht, einer bestimmten Kasse anzugehören, dann aufgehoben, wenn der Versicherungspflichtige bereits Mitglied einer anderen Krankenhilfe- oder Sterbekasse war. Da jedoch die Vorschriften der Gewerbeordnung z. T. sehr unklar formuliert waren und somit nicht deutlich war, welche Rechte den einzelnen Kassen zustanden, wurde eine zusätzliche weitere Gesetzgebung notwendig. Durch das Änderungsgesetz vom 08.04.1876 erfolgte eine Umgestaltung der Gewerbeordnung, um das Verhältnis zwischen Verein und Zwangskasse neu zu regeln. Danach erhielten die Kassen, die die Voraussetzungen erfüllten, die Rechte einer eingeschriebenen Hilfskasse.

1.2.1.5 Auswirkungen der Zwangsregelungen

Makel der damaligen Maßnahmen und Gesetze war die Tatsache, dass sie den Gemeinden lediglich die Möglichkeit zur Einführung von Zwangsversicherungen boten. Dies hatte starke Auswirkungen auf die Entwicklung des Krankenversicherungssystems, denn es gab vielfältige Motive für die Gemeinden, von der Gründung einer Zwangskasse abzusehen. Insbesondere die Arbeitgeber versuchten, die Gründung solcher Kassen zu verhindern. Da sie keine Beiträge an die Kassen zahlten, konnten sie kostengünstiger produzieren und erlangten somit Wettbewerbsvorteile gegenüber Unternehmen, die in Orten lagen, wo bereits eine Zwangsversicherung eingeführt war.

Die von Ort zu Ort unterschiedliche Einführung von Zwangskassen schränkte außerdem die Mobilität der Arbeitnehmer in starkem Maße ein. Mit einem Wechsel des

Arbeitsplatzes und des Wohnortes konnte für sie der bisher erworbene Versicherungsanspruch verloren gehen. Diesen großen Nachteilen standen nur unwesentliche Vorteile gegenüber, die auf einen sehr eingeschränkten Personenkreis Auswirkungen hatten. Ziel des nächsten Schrittes zur Errichtung eines vollständigen Systems der sozialen Sicherung und damit der Entsprechung des Krankenfürsorgegedankens durch staatliche Maßnahmen musste daher die Einführung des allgemeinen Versicherungszwanges sein.

1.2.2 Allgemeiner Versicherungszwang

1.2.2.1 Das Krankenversicherungsgesetz von 1883

Grundlegend neu geordnet wurde die gesamte Krankenversicherung durch das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15.06.1883. Diesem Gesetz ging die so genannte „**Kaiserliche Botschaft**“ vom 17.11.1881 voraus. In dieser Botschaft, die Bismarck vor dem Reichstag verlas, wurden die wesentlichen Entwicklungslinien der zukünftigen Sozialgesetzgebung festgelegt. Die Botschaft kündigte eine Dreiteilung der Sozialversicherung in Unfallversicherung, Krankenversicherung sowie Alters- und Invalidenversicherung an.

Die Krankenversicherung konnte auf den schon bestehenden eingeschriebenen Hilfskassen und der Gemeindekrankenversicherung aufbauen. Das Krankenversicherungsgesetz sah die Einführung eines allgemeinen Krankenversicherungszwanges vor. Während die Vorstellungen Bismarcks in Richtung einer staatlich gesteuerten Einheitskrankenkasse gingen, entschied sich der Reichstag für ein gegliedertes System der Krankenversicherung mit Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen, Knappschafts- und Hilfskassen sowie Gemeindeversicherungskassen.

DIE KAISERLICHE BOTSCHAFT VOM 17. NOVEMBER 1881

Eröffnung der 5. Legislatur-Periode am 17. November 1881 durch den Reichskanzler Fürsten v. Bismarck: „Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen etc., thun kund und fügen hiermit zu wissen: Wir haben den im vorigen Reichstag kundgegebenen Wünschen entsprechend, dem früheren Brauche entgegen, den Reichstag noch im laufenden Jahre berufen, um seine Thätigkeit zunächst für die Feststellung des Reichshaushalts-Etats in Anspruch zu nehmen. Der Entwurf wird dem Reichstage unverzüglich zugehen. Derselbe zeigt ein erfreuliches Bild der fortschreitenden finanziellen Entwicklung des Reichs und der guten Erfolge der unter Zustimmung des Reichstags eingeschlagenen Wirthschaftspolitik. Die Steigerung der den einzelnen Bundesstaaten vom Reich zu überweisenden Beträge ist erheblich höher als die Steigerung der Matrikularbeiträge. Daß der Gesamtbetrag der letzteren im Vergleich mit dem laufenden Rechnungsjahre eine Erhöhung erfahren hat, findet seine Begründung in Einnahmeausfällen und in Bedürfnissen, welche im Interesse des Reichs nicht abzuweisen sind. Die Einigung welche mit der Freien Stadt Hamburg über die Modalitäten ihres Einschusses in das deutsche Zollgebiet erzielt worden ist, wird der Reichstag mit Uns als einen erfreulichen Fortschritt zu dem durch die Reichsverfassung gesteckten Ziele der Einheit Deutschlands als Zoll- und Handelsgebiet begrüßen. Die verbündeten Regierungen sind der Überzeugung, daß der Reichstag den Abschluß der deutschen Einheit nach dieser Seite hin und die Vortheile, welche dem Reich und seiner größten Handelstadt aus demselben erwachsen werden, durch den Kostenbeitrag des Reichs nicht zu theuer erkauft finden und dem hierauf bezüglichen Gesetzentwurf die Zustimmung ertheilen werde.

In dem Bestreben, die geschäftlichen Uebelstände zu beseitigen, welche sich aus der Konkurrenz der Reichstagssessionen mit den Sitzungsperioden der Landtage ergeben, hatten die verbündeten Regierungen dem vorigen Reichstag, einen Gesetzentwurf vorgelegt, der eine Verlängerung der Legislatur- und Budgetperioden des Reichs vorschlug, über den aber eine Verständigung nicht hat erreicht werden können. Die geschäftliche Nothlage der Regierungen und die Nothwendigkeit, den Verhandlungen der gesetzgebenden Körper des Reichs sowohl wie der Einzelstaaten die unentbehrliche Zeit und freie Bewegung zu sichern, veranlaßt die verbündeten Regierungen, der Beschlußnahme des Reichstags wiederum eine entsprechende Vorlage zu unterbreiten.

Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Ueberzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines Inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Bestandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung des Reichstags ohne Unterschied der Parteistellungen.

In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf die im Reichstag stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zu Theil werden können. Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde. Immerhin aber wird auch auf diesem Wege das Ziel nicht ohne die Aufwendungen erheblicher Mittel zu erreichen sein.“

Durch das Gesetz wurde auch bestimmt, dass die Kassen Familienhilfen gewähren konnten. Eine entsprechende Anpassung der Beiträge konnte durch die einzelnen Kassen veranlasst werden.

Die Beiträge zur Krankenversicherung wurden zu $\frac{2}{3}$ vom Versicherten und zu $\frac{1}{3}$ von den Arbeitgebern getragen. Die garantierten Mindestleistungen der Krankenversicherung bestanden in freier ärztlicher Behandlung, freier Arznei, ferner in der Zahlung eines Krankengeldes vom dritten Tag nach Beginn der Krankheit bis zu höchstens sechs Wochen, der Zahlung von Sterbegeld in Höhe des 20-fachen Lohnes und in der Wöchnerinnen-Unterstützung. Diese Mindestleistungen konnten in bestimmten Grenzen durch die einzelnen Kassenstatuten ausgedehnt werden.

Geldleistungen der Krankenkassen hatten auch im Krankenversicherungsgesetz von 1883 noch eine herausragende Bedeutung. Allerdings brachte dieses Gesetz eine deutliche Verlagerung hin zu Sachleistungen mit sich. Diese Entwicklung von den Geld- zu den Sachleistungen durchzieht die gesamte Geschichte der Krankenversicherung. Ursprünglicher Zweck der Krankenkassen war es ja, das unmittelbar existenzbedrohende Risiko des sofortigen Lohnverlustes bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit aufzufangen. Nicht die Gewährung von medizinischen Leistungen, sondern die Zahlung von Krankengeld stand im Vordergrund.

1.2.2.2 Auswirkungen des allgemeinen Versicherungszwanges

Die Gesetzgebung bis zu diesem Zeitpunkt zeigt, dass in zunehmendem Maße Zwangselemente in das System der Krankenversicherung eingefügt wurden. Abschließender Schritt dieser Entwicklung war die Einführung des allgemeinen Versicherungszwanges durch das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15.06.1883. Dieses Gesetz legte fest, dass jeder Versicherungspflichtige Mitglied der für seinen Berufszweig eingerichteten Krankenversicherung war.

Durch diese Regelung konnten schwerwiegende Mängel des bestehenden Systems beseitigt werden. So bot das Gesetz die Möglichkeit zur Gründung großer Kassen und verhinderte, dass sich einzelne Gruppen weiterhin Wettbewerbsvorteile verschaffen konnten. Die Einführung des allgemeinen Zwanges führte zur umfassenden Versicherung breiter Schichten.

1.2.3 Die Reichsversicherungsordnung von 1911

Nachdem es eine Reihe von wenig bedeutenden Gesetzesänderungen gegeben hatte, wurde durch die Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 eine umfassende Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vorgenommen. Die RVO fasste alle Zweige der Sozialversicherung – gegliedert in sechs Bücher – zusammen.

Zum Zeitpunkt der Diskussion über die RVO galt gerade das Krankenversicherungsgesetz als besonders reformbedürftig. Zwei Mängel traten hervor:

- Die Anzahl der Versicherten war nach wie vor zu gering. Tatsächlich waren erheblich größere Bevölkerungsgruppen in ihrer Existenz bedroht.
- Die organisatorische Vielfalt der Kassen führte zu Unüberschaubarkeit, Rechtsunsicherheit und zu teilweise eingeschränkter Leistungsfähigkeit.

Diesen Mängeln wurde in der Abfassung der RVO Rechnung getragen. Zu den wesentlichen Änderungen zählten die Abschaffung der Gemeindekrankenversicherung und die Einführung von Mindestmitgliederzahlen der Krankenkassen. Die Bestimmungen über die Mindestmitgliederzahl reduzierten die Anzahl der Kassen um mehr als 50%. Außerdem wurde das Hilfskassenwesen durch die Einführung von Ersatzkassen reformiert und der Kreis der Versicherungspflichtigen erweitert, indem die landwirtschaftlichen Arbeiter, die häuslichen Dienstboten und die Hausgewerbetreibenden in den Versicherungszwang einbezogen wurden. Darüber hinaus kam es zu einer Umgestaltung des gesamten organisatorischen Gefüges.

In dieser Entwicklung nahmen die Ersatzkassen eine Sonderstellung ein, da die Mitgliedschaft in ihnen allein auf freiwilligem Beitritt beruhte und nicht auf Pflichtmitgliedschaft wie bei den anderen Kassen. Außerdem wurde ihre Verwaltung allein in die Hände der Versicherten gelegt. In ihren Organen sitzen nur Versichertenvertreter, keine Arbeitgeber. Die Ersatzkassen waren damit in erheblich stärkerem Maße als andere Kassen dem Wettbewerb um Versicherte ausgesetzt und somit gezwungen, Leistungen hoher Qualität anzubieten und ihre Mitglieder besonders intensiv zu betreuen.² Natürlich konnten in einem so umfassenden Werk wie der Reichsversicherungsordnung nicht alle Wünsche der Beteiligten erfüllt werden. Die RVO blieb deshalb weiterhin im Mittelpunkt der Kritik. Insgesamt ist aber festzustellen, dass es hier zum ersten Mal gelang, die gesamte Sozialversicherung in einem einheitlichen Werk zusammenzufassen.

1.3 Die GKV in den 30er Jahren

Der Zeitraum bis 1933 war gekennzeichnet durch den 1. Weltkrieg und die Weltwirtschaftskrise Ende der 20er und Anfang der 30er Jahre. Dies führte zu einer Reihe von Leistungseinschränkungen, aber trotzdem auch zu einigen Leistungsverbesserungen im Bereich der Familienkrankenpflege. Eingeführt wurden der Vertrauensärztliche Dienst, eine Krankenschein- und Rezeptblattgebühr in Höhe von 50 Pfennigen, die Selbstbeteiligung an Arzneimitteln, Karenzzeiten bis zur Zahlung von Krankengeld sowie eine Höchstgrenze für das Krankengeld.

In der Zeit des Nationalsozialismus erfuhr die Krankenversicherung mit dem Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung von 1934 und der anschließenden Aufbaugesetzgebung eine völlige Umstrukturierung. So wurde die von Arbeitgebern und Versicherten verantwortlich getragene Selbstverwaltung aufgelöst und durch das so genannte Führerprinzip ersetzt. Weiterhin wurde zentralisierten Landesversicherungs-

² Das „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG)“ 1993 hat durch die Einführung eines erweiterten Kassenwahlrechts in dieser Hinsicht zu einer Vereinheitlichung der Ausgangssituation für Pflicht-(Primär-) und Ersatzkassen geführt.

anstalten die Wahrnehmung von Gemeinschaftsaufgaben, wie Vertrauensärztlicher Dienst und Prüfung der Krankenkassen, übertragen.

Die wichtigsten aus dieser Zeit zu erwähnenden Leistungsverbesserungen waren in den Jahren 1941 bis 1943 die Aufhebung der zeitlichen Begrenzung der Krankenpflege, die Einführung des Wochengeldes für erwerbstätige Mütter und höhere Krankengeldzahlungen. Des Weiteren wurde die Krankenscheingebühr auf 25 Pfennige herabgesetzt und schließlich ganz aufgehoben. 1941 wurde zudem die Krankenversicherung für Rentner eingeführt. Durch die Verordnungen über die Vereinfachung des Lohnabzugs, mit denen Personal für Kriegszwecke eingespart werden sollte, wurde den Krankenkassen der Beitragseinzug für die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung übertragen.

1.4 Die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1945

Nach der Gründung der Bundesrepublik Deutschland begann auch eine Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch das Selbstverwaltungsgesetz von 1951 und dem hierzu in 1952 erlassenen Ergänzungs- und Änderungsgesetz wurden die Voraussetzungen für die Wiederherstellung der Selbstverwaltung geschaffen. Die Einführung einer von den Verwaltungsbehörden getrennten Sozialgerichtsbarkeit stellte den Rechtsschutz im Bereich der Krankenversicherung auf eine den Anforderungen des Grundgesetzes entsprechende Basis.

Mit dem **Gesetz über das Kassenarztrecht** von 1955 wurden die Beziehungen zwischen den Ärzten/Zahnärzten und den Krankenkassen neu geregelt. Wesentliche Punkte dieses Gesetzes waren

- die Wiedergeburt der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Bildung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Selbstverwaltungskörperschaften auf demokratischer Basis,
- die Beibehaltung des Naturalleistungsprinzips (Sachleistungsprinzips),
- die Beibehaltung der freien Arztwahl,
- die Errechnung einer Gesamtvergütung,
- ein dreistufiges Vertragssystem (Bundesmantelvertrag, Landesmantelvertrag³, Gesamtverträge),
- ein Schiedsamtssystem,
- die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung⁴ durch die Kassenärztlichen Vereinigungen,
- ein neu geordnetes Zulassungswesen und
- eine sozialgerichtliche Kontrolle.

³ Der Konzentrationsprozess der gesetzlichen Krankenkassen hat dazu geführt, dass sich die Verantwortung einer Kasse heute in der Regel auf ein Bundesland oder das gesamte Bundesgebiet erstreckt; der Abschluss von Landesmantelverträgen ist daher entfallen.

⁴ Durch das Gesundheitsstrukturgesetz – GSG 1993 wurde die begriffliche Unterscheidung in Kassenarzt (Primärkassen) und Vertragsarzt (Ersatzkassen) aufgehoben, im Folgenden daher „vertragsärztliche Versorgung“.

Das Gesetz über das Kassenarztrecht von 1955 ist wesentliche Grundlage des heute bestehenden Systems. Es brachte den Vertragsärzten eine erhebliche Ausweitung ihrer Zuständigkeit und damit Verantwortung. Es ist aber auch Grundlage zur Absicherung ihres Status und ihrer freien ärztlichen Tätigkeit.

1969 erfolgte die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die Pflicht zur Fortzahlung des Arbeitsentgeltes wurde weitestgehend auf den Arbeitgeber übertragen. Dieses **Lohnfortzahlungsgesetz** (heute: Entgeltfortzahlungsgesetz) zeigt die Änderungen der ursprünglichen Zielsetzung der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Sicherung von krankheitsbedingten Einkommensverlusten tritt mehr und mehr in den Hintergrund, die präventive und kurative Medizin gewinnt dagegen an Bedeutung.

In der Zeit des wirtschaftlichen Aufschwungs bis ca. Mitte der 70er Jahre wurde das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich verbessert. Möglich war dies u. a. durch die Erhöhung und Dynamisierung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung auf 75% der in der gesetzlichen Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze. So wurde die Prävention 1971 mit der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten eine Pflichtaufgabe der Krankenkassen. 1974 kamen ein Rechtsanspruch auf zeitlich unbegrenzte Krankenhauspflege, auf Haushaltshilfe, die Zahlung von Krankengeld bei Verdienstausschlag wegen der Betreuung eines erkrankten Kindes und ein Anspruch auf Freistellung von der Arbeit hinzu. Weiterhin wurde die Krankenversicherung 1974 in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen und verpflichtet, ihren Versicherten alle medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zu gewähren, soweit nicht ein anderer Träger zuständig war. Durch das Strafrechtsreformgesetz von 1975 wurden der gesetzlichen Krankenversicherung als begleitende Maßnahme zur Reform der strafrechtlichen Vorschriften über den Schwangerschaftsabbruch die Aufwendungen für die Durchführung straffrei gestellter Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche übertragen.

Gleichzeitig wurde auch der Kreis der Versicherungspflichtigen in der gesetzlichen Krankenversicherung um die selbständigen Landwirte (1972), Studenten (1975), Behinderte in geschützten Einrichtungen (1975) und selbstständige Künstler und Publizisten (1981) erweitert.

Der forcierte Ausbau des Leistungsrechts sowie die Entwicklung der Rechtsprechung (z. B. das „Kassenarzturteil“ des Bundesverfassungsgerichts von 1960) machten sich als so genannte Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung bemerkbar.

Die zu beobachtenden Beitragssatzsteigerungen und die veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bewirkten einen Prozess des Umdenkens. In den Vordergrund der Überlegungen über die Zukunft der Krankenversicherung traten zunehmend Fragen ihrer Steuer- und Finanzierbarkeit, aber auch der finanziellen Belastbarkeit der Versicherten.

In den Jahren 1977 bis 1983 wurde daher eine **Reihe von Kostendämpfungsgesetzen** verabschiedet. Einschränkungen im Leistungsrecht wie Begrenzung der Kostenübernahme bei Zahnersatz, Ausschluss bestimmter Arznei-, Verband- und Heilmittel und Selbstbeteiligung an diesen Mitteln sowie bei Brillen, Fahrkosten, Krankenhauspflege und Kuren sollten dem Kostenanstieg entgegenwirken. Grundsätzlich hatten diese Gesetze aber nur mäßigen Erfolg, vereinzelt Ausgabenrückgänge hielten nur kurzfristig an. Eine grundlegende Strukturreform im Gesundheitswesen erschien den Sozialpolitikern unvermeidlich.

Dieser Strukturreform sollten zwei Gesetze dienen: Am 01.01.1989 trat das **Gesundheits-Reformgesetz (GRG)** in Kraft. Der zuständige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung versprach ein Gesetz, das die Tradition der unwirksamen, rein kostenorientierten Maßnahmen beenden sollte. Er formulierte u. a. folgende Grundsätze für sein Reformvorhaben:

- Neubestimmung der Solidarität durch z. B. Konzentration der Leistungen auf das medizinisch Notwendige
- Stärkung der Eigenverantwortung durch z. B. Schaffung von Sparanreizen für die Versicherten in Form von Beitragsrückgewähr, Bonus-Regelungen, Zuzahlungen
- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen
- Modernisierung der Strukturen der Krankenversicherung
- Überwindung der Unterschiede bei den Beitragssätzen
- Abbau von Wettbewerbsverzerrungen der Kassen im gegliederten System
- Angleichung des Beitrags zur Krankenversicherung der Rentner
- Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten oberhalb der Versicherungspflichtgrenze
- Eröffnung von neuen Gestaltungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung

Von Seiten der Vertragsärzteschaft wurde der Gesetzentwurf heftig kritisiert. Sie bemängelte insbesondere, dass die zentralen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung, so z. B. die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner, der überproportionale Ausgabenzuwachs im Krankenhaus oder die Überkapazitäten im Gesundheitswesen, ungelöst blieben. Stattdessen wurden wiederum die Versicherten und die Ärzteschaft zusätzlich belastet.

Der zweite Schritt der geplanten Strukturreform, das **Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG)** trat am 01.01.1993 in Kraft. Dieses Gesetz sollte zur Sicherung der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen und Beitragssatzstabilität gewährleisten. Diesem Ziel dienten im Wesentlichen folgende Maßnahmen:

- im Krankenhaus Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip, stattdessen Einführung leistungsorientierter Vergütungen
- Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

- Begrenzung der Zahl der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte/ Zahnärzte
- Liste verordnungsfähiger Arzneimittel
- Preismoratorium und Preisabsenkung bei Arzneimitteln
- Grundlohnanbindung und damit Budgetierung der Ausgaben für Krankenhausleistungen, für stationäre Kuren, für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung, für Arzneimittel und für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen
- erweiterte Zuzahlungsregelung für Versicherte

1.5 Die Zeit ab 1997

Sehr bald zeigte es sich jedoch, dass die genannten beiden Gesetze (GRG und GSG) nicht ausreichten, um die zunehmend größeren Probleme der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen. Wesentliche Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung am Anfang des 21. Jahrhunderts sind:

- Zunahme des Lebensalters der Bevölkerung und damit einhergehende Multimorbidität bei gleichzeitig sinkender Geburtenrate. Dies führt zu einem erhöhten Leistungsbedarf.
- Der medizinische Fortschritt bewirkt, dass Krankheiten früher und genauer diagnostiziert und besser behandelt werden können, erfordert jedoch einen ständig steigenden Aufwand.
- Anhaltend hohe Arbeitslosenzahlen und die durch Gesetz festgelegte Reduzierung des Beitragsaufkommens für Arbeitslose begrenzen die Finanzmittel der GKV. Nach wie vor werden der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfremde Aufgaben übertragen, so z. B. Maßnahmen der Familienplanung.

Der steigende Finanzbedarf bedingte in der Vergangenheit steigende Beitragssätze mit der Folge, dass nicht nur die Versicherten stärker belastet wurden, sondern dass auch die Lohnnebenkosten stiegen. Steigende Lohnkosten führen aber zu höheren Produktpreisen. Damit wiederum sinkt die Wettbewerbsfähigkeit deutscher Produkte auf dem Weltmarkt. Die hieraus resultierende Forderung aus Sicht des Arbeitsmarktes zielt daher auf eine Senkung der Beitragssätze.

Das Dilemma der gesetzlichen Krankenversicherung bestand folglich in steigendem Leistungsbedarf bei gleichzeitiger Forderung nach Beitragssatzstabilität; nach außen hin sichtbar durch ständige Finanzierungsprobleme.

Ein Mittel zur Lösung dieser Probleme wurde darin gesehen, über einen verstärkten Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen möglicherweise noch bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Bisher konnte sich dieser Wettbewerb allerdings nur unvollkommen entfalten, weil die Gestaltungsmöglichkeiten der einzelnen Krankenkassen sehr gering waren. Alle Krankenkassen müssen ein umfassendes Leistungsspektrum anbieten.

Zunehmend wurde deshalb darüber nachgedacht, das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung einzuschränken und den einzelnen Krankenkassen mehr Bereiche zuzugestehen, in denen sie Selbstgestaltung übernehmen konnten. Einen ersten Ansatz brachte das **Beitragsentlastungsgesetz**, das zum 01.01.1997 in Kraft trat und zu einer Einschränkung bei Präventionsleistungen sowie einer Erweiterung der Zuzahlungspflicht der Versicherten bei verschiedenen Leistungen führte.

Schon ein halbes Jahr später, zum 01.07.1997, wurden zwei weitere Gesetze zur Reformierung des Gesundheitswesens in Kraft gesetzt, nämlich das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG). Diese Gesetze sollten durch eine gewisse Liberalisierung den Wettbewerb unter den Krankenkassen fördern und der Selbstverwaltung Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens an die Hand geben. Die Neuregelungen dieser Gesetze enthielten u. a.

- ein außerordentliches Kündigungsrecht für Versicherte, deren Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht,
- eine Ausweitung des Wahlrechts auf Kostenerstattung für alle Versicherten, nicht nur für freiwillig Versicherte,
- die Schaffung von Gestaltungsleistungen durch die Krankenkassen wie Beitragsrückzahlung, Leistungserweiterung,
- Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung,
- Strukturverträge für Hausarztssysteme, vernetzte Praxen sowie kombinierte Budgets und
- Kompetenzerweiterung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen⁵ zur Neuordnung des Leistungskataloges.

Bevor jedoch die Neuregelungen in der Praxis richtig umgesetzt werden konnten, kam es nach der Bundestagswahl im Herbst 1998 zu einem Regierungswechsel. Eines der ersten Vorhaben der neuen Regierung war die Umsetzung des Zieles, den Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge zu stoppen und die Beiträge dauerhaft zu stabilisieren. In einem Schnellverfahren wurde das **GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolIG)** zum 01.01.1999 beschlossen, das eine ganze Reihe von gerade erst eingeführten Neuregelungen wieder zurücknahm. Beispielsweise wurden Elemente der privaten Krankenversicherung wie Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung oder erweiterte Leistungen gestrichen, der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in seinen Möglichkeiten beschränkt und die Erleichterung der Durchführung von Modellvorhaben fiel weg.

Stattdessen wurde der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung eingeschränkt, etwa durch Festlegung der Steigerungsraten der Vergütung für vertragsärztliche Tätigkeit, die Vorlagepflicht von Verträgen der Selbstverwaltung bei der Aufsichtsbehörde und viele andere Eingriffe in die Selbstverwaltung.

⁵ Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) wurde mit Wirkung ab 01.01.2004 der Gemeinsame Bundesausschuss als neue sektorenübergreifende Rechtsetzungseinrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung gebildet, der die bisherigen Normsetzungsgremien, u. a. den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, ersetzt (§ 91 SGB V).

Eine weitere Veränderung des GKV-Systems stellte die Einbeziehung nichtärztlicher Psychotherapeuten in den Kreis der selbständig zu Lasten der GKV behandelungsberechtigten Leistungserbringer dar (**Psychotherapeutengesetz – PsychThG – ab 01.01.1999**). Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten konnten ebenso wie Ärzte nunmehr Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen mit allen Rechten und Pflichten der Vertragsärzte werden.

Bereits zum 01.01.2000 erfolgte mit dem **GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000** ein weiterer Eingriff. Das Gesetz verfolgte das Ziel, durch gesetzliche Vorgaben einer maximalen und bundeseinheitlichen Veränderungsrate für alle Vergütungsvereinbarungen die Beitragssatzstabilität zu wahren. Gleichzeitig sollte im System der GKV die Stellung der Krankenkassen gegenüber z. B. den Vertragsärzten gestärkt werden, indem die Krankenkassen die Möglichkeit erhielten, ohne Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge mit Gruppen von Vertragsärzten abzuschließen (so genannte integrierte Versorgung, §§ 140a – d SGB V. Eine weitere, auf die Veränderung des GKV-Systems hinzielende Bestimmung war eine stärkere funktionelle Gliederung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung.

Aber auch mit diesen Gesetzen konnten die oben aufgeführten wesentlichen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gelöst werden. Weitere kurzfristige Eingriffe in das System der GKV folgten:

Zu Beginn des Jahres 2002 traten mehrere Gesetze in Kraft, die vordergründig das Ziel hatten, die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren: Das **Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs** mit Wirksamkeit ab 01.01.2002 verband die Neugestaltung des Finanzausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen mit der Einführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke und verschärfte damit den Wettbewerb der Krankenkassen.

Am 01.03.2002 trat das **Fallpauschalengesetz – FPG** für Krankenhäuser in Kraft mit dem Ziel, eine beitragsstabile Ausgabenentwicklung im Krankenhaussektor zu sichern. Die stufenweise Einführung einer leistungsorientierten Vergütung im stationären Bereich stellte eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung dar. Die durch diese Reform initiierte Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich und Forderungen nach einer weitergehenden Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung waren die Folge.

Ebenfalls zu Beginn des Jahres 2002 unternahm die Bundesregierung mit dem **Arzneimittelbudget-Ablösegesetz (ABAG)** und dem **Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG)** den Versuch, dem stetigen Ausgabenanstieg für Arznei- und Heilmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung entgegenzuwirken. Die mit dem ABAG verbundene Abschaffung des Arzneimittelbudgets bedeutete einen politischen Erfolg für die Vertragsärzteschaft im Kampf um die Abschaffung sektoraler Budgets.

Am 01.01.2002 trat außerdem das **Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips** bei Honorarverhandlungen für Ärzte und Zahnärzte in Kraft. Mit diesem Gesetz verbunden war die Regionalisierung der Gesamtvergütungsvereinbarung für überbereichliche

Betriebs- und Innungskrankenkassen und die Anhebung der Gesamtvergütung in den neuen Bundesländern für diese Kassen.

Bei allen Gesetzen handelte es sich nur um Teillösungen, die das generelle Finanzierungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht beseitigten, sondern zum Teil sogar verschärften. Das zum Jahresende 2002 erneut angestiegene Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung veranlasste das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durch das **Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz – BSSichG)** (ab 01.01.2003) zu einer „Nullrunde im Gesundheitswesen“, die massive Proteste der Ärzteschaft hervorrief.

Die fortbestehende Defizitsituation der gesetzlichen Krankenversicherung, die eine ernsthafte Gefährdung des deutschen Sozialsystems darstellte, veranlasste die Bundesregierung zu einer weiteren Reform des Gesundheitswesens. Mit dem **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**, das in wesentlichen Teilen am 01.01.2004 in Kraft getreten ist, wurden die gesetzlichen Krankenkassen durch eine Vielzahl von Maßnahmen finanziell entlastet und erhielten gleichzeitig eine erweiterte Vertragskompetenz. Im Gegenzug beschränkte das Gesetz die Verwaltungsausgaben der Kassen für den Zeitraum 2004 bis 2007. Die wichtigsten Gesetzesregelungen mit Relevanz für die gesetzlichen Krankenkassen sind nachfolgend aufgeführt:

- Einführung von Zuzahlungen zur ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung sowie veränderte Zuzahlungsregelungen für stationäre Leistungen und Verordnungen
- Neufestsetzung der Belastungsgrenzen und Einführung für alle Versicherten
- Ausschluss von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln aus der vertragsärztlichen Versorgung
- Neuregelung der Festbeträge für Arznei-, Verband- und Heilmittel
- Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der GKV
- Einschränkungen des Anspruchs auf Leistungen des Schwangerschaftsabbruchs und der Sterilisation
- Genehmigungsvorbehalt für Fahrkostenzuschüsse
- Einführung der Kostenerstattung für alle Versicherten erweiterte Möglichkeiten für die Krankenkassen zur Beitragsgestaltung über Satzungsregelungen und die Einführung von Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes Verhalten (§§ 53, 54, 65a SGB V)
- erweiterte Möglichkeiten der Vertragsgestaltung, z. B. Einführung der hausarztzentrierten Versorgung
- Weiterentwicklung der Vergütung ärztlicher Leistungen durch die Einführung morbiditätsbasierter, arztgruppen- und arztbezogener Streichung des Sterbegeldes und des Entbindungsgeldes sowie Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen Umfinanzierung des Krankengeldes durch einen zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,5 vom Hundert nur für Mitglieder der GKV
- Neuregelung der Gesamtvergütung für vertragsärztliche Leistungen

Mit dem **Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)** (ab 01.05.2006) wurde erneut versucht, die Arzneimittelausgaben zu kontrollieren. Unter anderem geschah das durch

- einen zweijährigen Preisstopp für Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden,
- die Möglichkeit zum Abschluss von Arzneimittelrabattverträgen zwischen Krankenkassen und Herstellern und
- die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel, die 30% unter dem Festbetrag angeboten werden.

Begleitet von den größten Ärzteprotesten der Gegenwart trat zum 01.04.2007 das **Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)** in weiten Teilen in Kraft, das die bestehenden Strukturen der GKV maßgeblich veränderte und einen bisher nicht vergleichbaren staatlichen Eingriff in das Selbstverwaltungssystem der Ärzte und Krankenkassen darstellte. Die wichtigsten Gesetzesregelungen mit Wirkung auf das System der GKV waren:

- Strukturreform der gesetzlichen Krankenkassen (Spitzenverband Bund, Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen, Öffnung der knappschaftlichen Krankenversicherung)
- Einführung einer Versicherungspflicht für alle Bürger ab 2009
- Finanzreform durch Einführung eines Gesundheitsfonds mit staatlich festgelegtem Einheitsbeitragssatz und verändertem Risikostrukturausgleich Vergütungsreform (u. a. Einführung einer Euro-Gebührenordnung)
- Ausweitung des Leistungskataloges (u. a. empfohlene Impfleistungen, spezialisierte ambulante Palliativmedizin, Mutter-/Vater-Kind-Kuren)
- veränderte bzw. erweiterte Möglichkeiten der Vertragsgestaltung durch die Krankenkassen (z. B. verpflichtendes Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung für alle Kassen)
- Einführung von Wahlтарifen in die GKV
- finanzielle Beteiligung von Versicherten (z. B. bei Folgen von Schönheitsoperationen)
- Ausbau der integrierten Versorgung

Das **Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – VStG)**, am 01.01.2012 in Kraft getreten, ist eines der wichtigsten Gesetze der aktuellen Gesundheitspolitik mit Bezug auf die ambulante Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu den wichtigsten Regelungen des Gesetzes zählen:

- Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Neuregelung der Bedarfsplanung
- verschiedene Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in strukturschwachen Gebieten

- Förderung von Praxisnetzen
- Regionalisierung der Vergütung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
- Einführung der spezialfachärztlichen Versorgung als neue Versorgungsform
- verschiedene Maßnahmen, um die Kostenverantwortung für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln zurück auf die Krankenkassen zu verlagern

Aufgrund der positiven Entwicklung am Arbeitsmarkt konnten die gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2012/2013 ihre Finanzlage konsolidieren und Einnahmeüberschüsse erzielen. Dadurch war es der Vertragsärzteschaft möglich, eine wesentliche Forderung nach Bürokratieabbau in Praxen durchzusetzen. Gekoppelt an das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wurde die **Praxisgebühr zum 01.01.2013** neun Jahre nach ihrer Einführung wieder **abgeschafft**.

Mit der Wahl einer neuen Bundesregierung im Jahr 2013 und dem geschlossenen Koalitionsvertrag wurden die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Qualität der Versorgung erneut in den Fokus gerückt. Ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) soll bis Mitte des Jahres 2014 verabschiedet werden.

2 Die gesetzlichen Krankenkassen

2.1 Die Krankenversicherung als Teil der sozialen Sicherung

Nach Art. 20 Abs. 1 des Grundgesetzes ist die Bundesrepublik Deutschland ein demokratischer und sozialer Bundesstaat. Entsprechend diesem Auftrag des Grundgesetzes ist das soziale Netz in der Bundesrepublik Deutschland so dicht geknüpft wie in kaum einem anderen Land. Mit seiner Hilfe soll kein Bürger wegen Krankheit, Unfall, Alter, Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Arbeitslosigkeit in soziale Not geraten.

Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)

§ 1 Aufgaben des Sozialgesetzbuchs

- (1) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen,
- ein menschenwürdiges Dasein zu sichern,
 - gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere für junge Menschen zu schaffen,
 - die Familie zu schützen und zu fördern,
 - den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und
 - besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.

Die Sozialleistungsquote in der Bundesrepublik Deutschland betrug im Jahr 2012 geschätzt 29,6%⁶, d. h. ca. ein Drittel des Bruttoinlandsproduktes wird für die soziale Sicherung aufgewendet.

Bruttoinlandsprodukt = gesamter Wert der wirtschaftlichen Leistung, die in einem Jahr in einem Staat aus der Produktionstätigkeit im Inland resultiert

⁶ Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013), Sozialbudget 2012

Als klassische Säulen der sozialen Sicherung gelten dabei:



Die Sozialversicherung

Als Sozialversicherung werden die Systeme bezeichnet, in die aufgrund gesetzlicher Vorschriften Beiträge bezahlt werden und von denen die Versicherungsberechtigten im Versicherungsfall Leistungen erhalten.

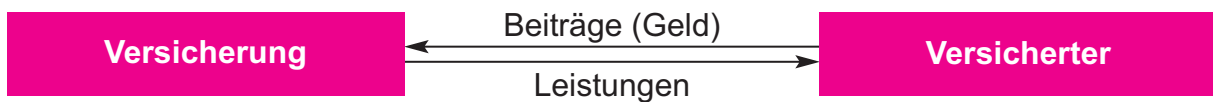


Abbildung 1: Prinzip der Versicherung

Die deutsche Sozialversicherung gliedert sich in fünf Bereiche und geht in ihrer heutigen Form im Wesentlichen auf die Initiative des Reichskanzlers Bismarck zur Sozialgesetzgebung des Deutschen Reiches der Jahre 1881 und später zurück:

- Krankenversicherung (seit 1883)
- Unfallversicherung (seit 1884)
- Rentenversicherung (seit 1889)
- Arbeitslosenversicherung (seit 1927)
- Pflegeversicherung (seit 1995)

Nicht zur Sozialversicherung zählen damit die privaten Versicherungen, die jeder Bürger freiwillig durch Vertragsabschluss mit einer Versicherungsgesellschaft wählen kann, wie z. B. private Krankenversicherungen, Lebensversicherungen, private Altersvorsorge.

Die Versorgung

Im Unterschied zur Sozialversicherung versteht man unter Versorgung ein System, in dem der Staat Leistungen an den Versorgungsberechtigten gewährt, der ihm in bestimmter Weise gedient hat.

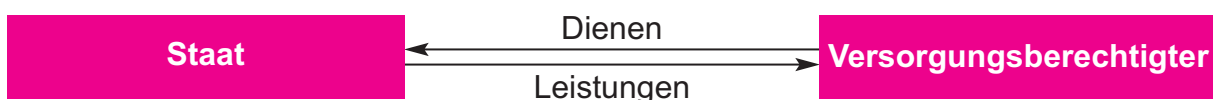


Abbildung 2: Prinzip der Versorgung

Hier werden also keine Beiträge in Geld geleistet; die Finanzierung erfolgt aus Steuermitteln. Als Beispiel ist das Bundesversorgungsgesetz (BVG) zu nennen, wonach u. a. derjenige Versorgung (also Leistungen) erhält, der durch Militärdienst eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat.

Die Fürsorge

Fürsorge (Sozialhilfe) erhält schließlich prinzipiell derjenige, der sich in einer Notlage befindet, in der er sich selbst nicht helfen kann, unabhängig von Verschuldensfragen. Hier kommt es allein auf die Bedürftigkeit an; die Finanzierung erfolgt wiederum aus Steuermitteln (vgl. Bundessozialhilfegesetz – BSHG).

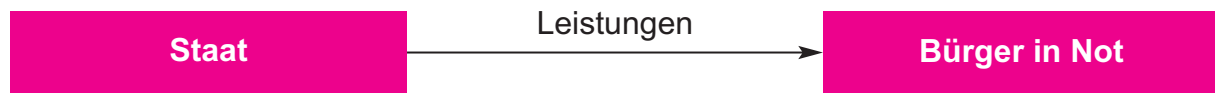


Abbildung 3: Prinzip der Fürsorge

Exkurs:

Neben den Leistungen der Sozialversicherung, der Versorgung und der Fürsorge gibt es im Rahmen der sozialen Sicherung noch weitere Maßnahmen, wie Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Sozialpläne beim Zusammenbruch von Unternehmen, betriebliche Altersversorgung, Förderung der Vermögensbildung, Wohngeld und anderes mehr.

Die gesetzlichen Grundlagen

Die einzelnen Sozialleistungen sind zurzeit in einer Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen geregelt, die kaum mehr überschaubar sind. Daher wird seit einigen Jahren versucht, das Sozialrecht in einem Gesetzeswerk, dem Sozialgesetzbuch (SGB), zusammenzufassen und es dabei zu ordnen, zu harmonisieren, zu vereinfachen und somit transparenter und verständlicher zu machen. Diese Zusammenfassung erfolgt schrittweise. Aktuell sind zwölf Bücher des Sozialgesetzbuches beschlossen:

- SGB Erstes Buch – Allgemeiner Teil (SGB I)
- SGB Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)
- SGB Drittes Buch – Arbeitsförderung (SGB III)
- SGB Viertes Buch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV)
- SGB Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
- SGB Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)
- SGB Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)
- SGB Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)
- SGB Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)

- SGB Zehntes Buch – Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X)
- SGB Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)
- SGB Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII)

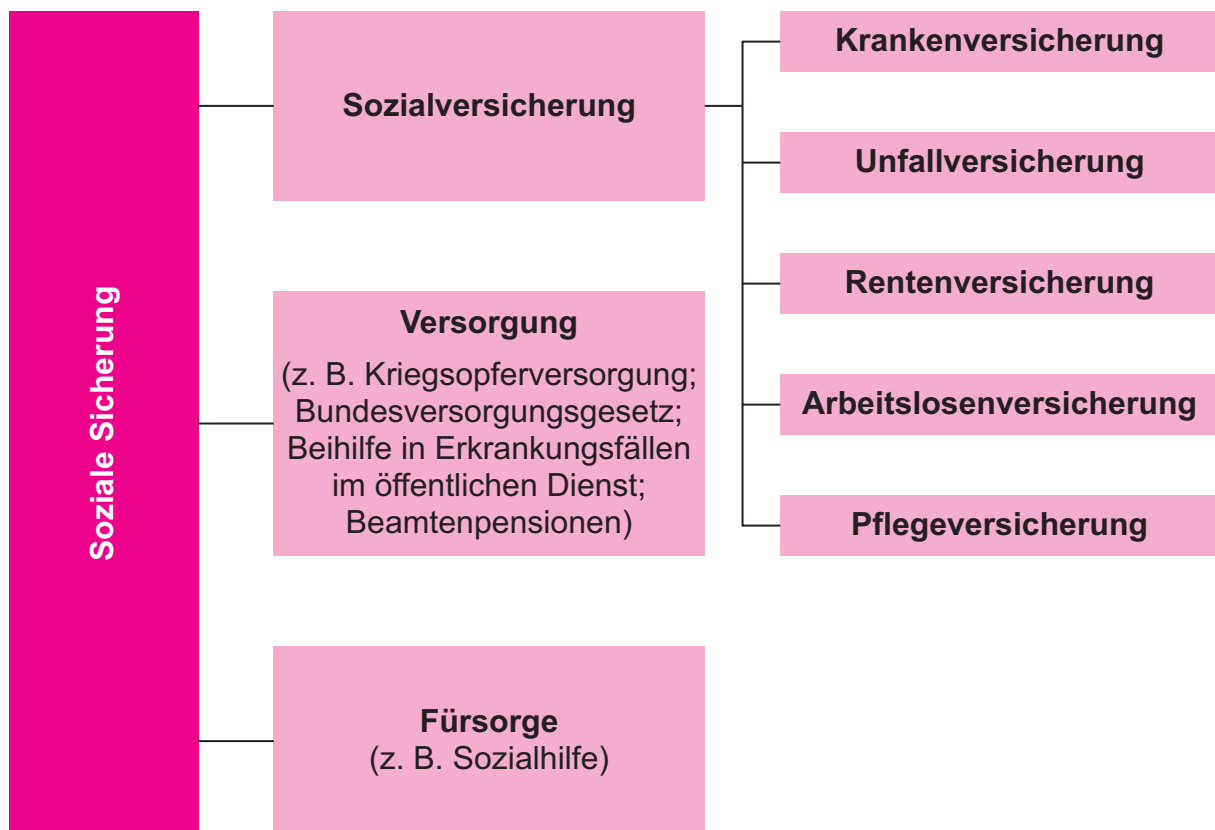


Abbildung 4: Die wesentlichen Einrichtungen im System der sozialen Sicherung

Finanzierungsströme im Gesundheitswesen 2006 (Mrd. Euro)

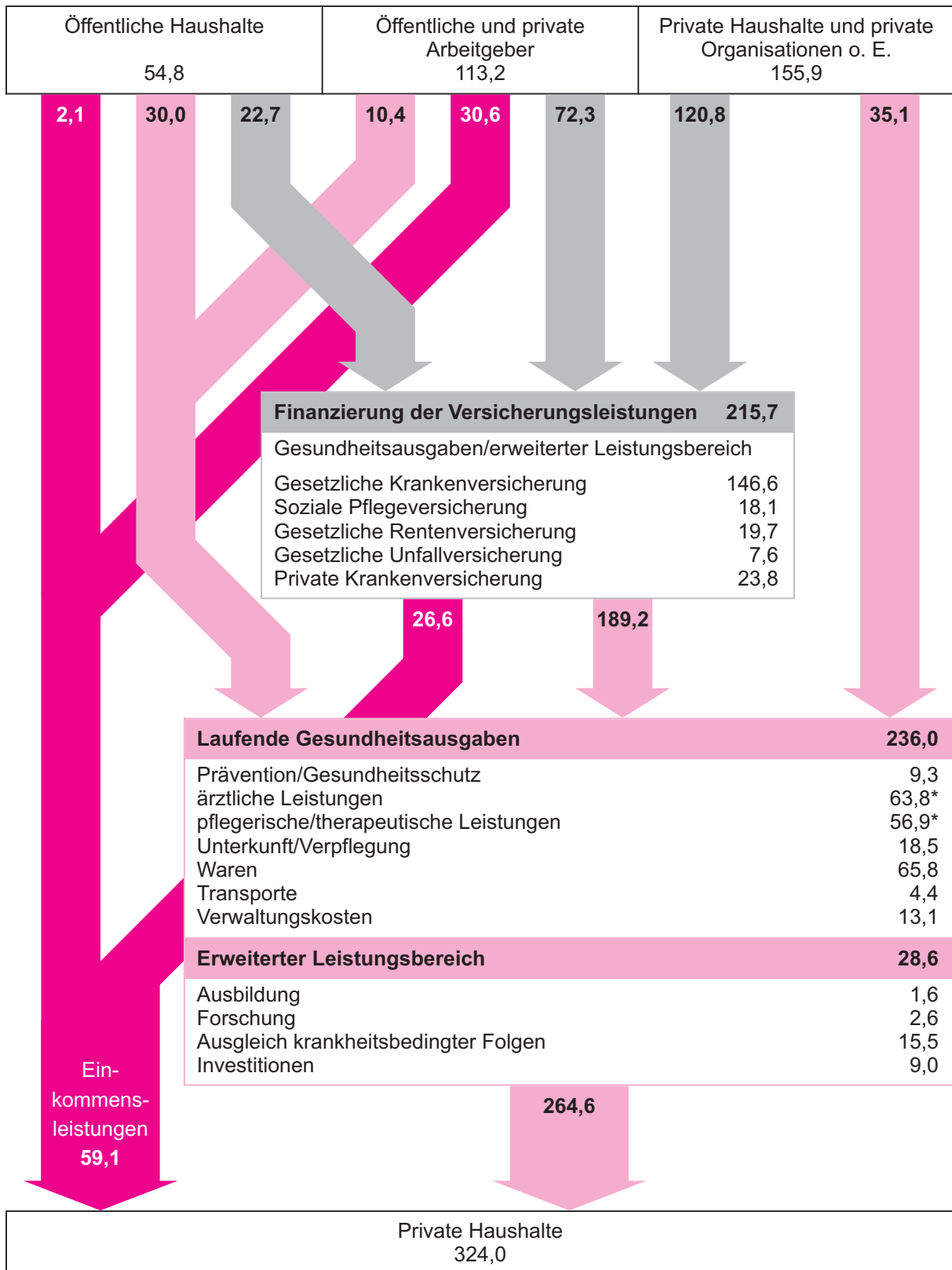


Abbildung 5: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens, Heft 45, Mai 2009, * Angaben für 2004, für 2006 nicht verfügbar

2.2 Träger und Aufgaben der Krankenversicherung

Die Träger

Träger der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland ist im Wesentlichen die gesetzliche Krankenversicherung in Form der gesetzlichen Krankenkassen. Die GKV zeichnet sich durch eine breite Gliederung aus und umfasste zum 01.01.2013 134 selbstständige Krankenkassen. In ihnen sind ca. 69,5 Millionen Personen versichert.⁷

Exkurs:

Zu Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 gab es in Deutschland rund 35 000 einzelne Krankenkassen. Während der mehr als 100-jährigen Geschichte der GKV fand ein ständiger Konzentrationsprozess statt unter gleichzeitiger Ausweitung des versicherten Personenkreises. Dabei stehen die einzelnen Krankenkassen in einem Wettbewerb, der zu einem beschleunigten Konzentrationsprozess in der Kassenlandschaft geführt hat. Seit dem GKV-WSG besteht die Möglichkeit der kassenartenübergreifenden Fusion. Durch die Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen Ende 2012 unterliegen die gesetzlichen Krankenkassen künftig dem Wettbewerbsrecht.

Daneben gibt es eine – ebenfalls in viele Einzelkrankenkassen gegliederte – private Krankenversicherung, in der rund 9 Millionen Personen versichert sind. Weitere ca. 3 Millionen Versicherte erhalten ihren Versicherungsschutz durch die so genannten Besonderen Kostenträger (z. B. BMVG/Bundeswehr) (Angaben des Jahres 2012).

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde mit Wirkung ab 01.04.2007 die Versicherungspflicht in der GKV eingeführt, sofern die Person zuletzt gesetzlich krankenversichert war oder sofern sie gemäß §§ 5, 6 SGB V zum Kreis der Versicherungspflichtigen in der GKV zählt. Alle übrigen Personen müssen sich seit dem 01.01.2009 bei einer privaten Krankenversicherung versichern.

Die Aufgabe

Die gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 4 SGB V). Ihre vom Gesetzgeber zugewiesene Aufgabe ist es generell, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder deren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 SGB V). Dazu haben sie den Versicherten die notwendigen und gesetzlich vorgesehenen Leistungen zur Verfügung zu stellen, und zwar im Wesentlichen nicht in Geld, sondern in natura als Sach- oder Dienstleistungen (Naturalleistungen). Die notwendigen Arzneimittel werden z. B. als Sache, die notwendige Behandlung als Dienstleistung zur Verfügung gestellt. Der Versicherte muss dem Apotheker nur ein Rezept und dem Arzt die Krankenversichertenkarte oder einen Überweisungsschein übergeben. Eine Bezahlung der Leistungen muss – bis auf die gesetzlich festgelegten Selbstbeteiligungen – nicht erfolgen.

⁷ Quelle: GKV-Spitzenverband, Ergebnisse der GKV-Statistik KM 1, Stand 30.11.2012

Neben dem **Naturalleistungsprinzip** gibt es das **Kostenerstattungsprinzip**. Beim Kostenerstattungsprinzip muss der Versicherte die Leistungen zunächst selbst bezahlen und erhält die verauslagten Kosten von seiner Versicherung ganz oder teilweise erstattet. Dieses Prinzip ist z. B. in der privaten Krankenversicherung realisiert, aber auch in einzelnen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung, wie z. B. bei kieferorthopädischer Behandlung und Zahnersatz. Das GMG (§ 13 (2) SGB V) hat mit Wirkung ab 01.01.2004 für alle Versicherten die Möglichkeit eröffnet, Kostenerstattung anstelle von Sach- oder Dienstleistung zu wählen, seit dem GKV-WSG besteht für Versicherte auch die Möglichkeit, Kostenerstattung nur für einzelne Leistungsbereiche zu wählen, so z. B. für die ambulante oder die zahnärztliche Versorgung.

Die Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen sind von ihren Mitgliedern gemeinsam zu erfüllen. Sie bilden eine Solidargemeinschaft.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Als Solidargemeinschaft bezeichnet man eine Gemeinschaft, in der die einzelnen Mitglieder gleichmäßig – unter Berücksichtigung der Einkommenshöhe – Beiträge leisten, unabhängig vom Gesundheitszustand, Alter, Geschlecht oder Familienstand der Einzelnen (Schlagwort: „Einer für alle, alle für einen.“).

2.3 Arten der gesetzlichen Krankenkassen

Die gesetzliche Krankenversicherung ist gemäß § 4 Abs. 2 SGB V wie folgt gegliedert:

Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) bestehen für abgegrenzte Regionen, früher in der Regel für kreisfreie Städte oder Landkreise (§§ 143 – 146a SGB V), heute in der Regel auf der Ebene von einem Bundesland oder mehreren Bundesländern. In ihnen waren ehemals u. a. alle versicherungspflichtigen Arbeiter und Angestellten versichert, die im Bezirk der Kasse arbeiteten, soweit sie nicht eine der anderen Krankenkassen gewählt haben. Die AOKen sind jetzt für alle Versicherten geöffnet.

Betriebskrankenkassen (BKK) können vom Arbeitgeber mit Zustimmung der Mehrheit der Arbeitnehmer und der Aufsichtsbehörde unter bestimmten Voraussetzungen für einen oder mehrere Betriebe errichtet werden (§§ 147 – 156 SGB V). Eine der Voraussetzungen ist z. B., dass in den Betrieben regelmäßig mindestens 1 000 Versicherungspflichtige beschäftigt sind. Beispiele: SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, BKK Mobil Oil. Da durch die Kassenwahlfreiheit inzwischen viele Versicherte der Betriebskrankenkassen nicht mehr den Betrieben entstammen, für die die BKKen gegründet worden sind, spricht man häufig auch von virtuellen BKKen.

Innungskrankenkassen (IKK) können durch eine oder mehrere Handwerksinnungen für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder unter ähnlichen Voraussetzungen, wie sie für Betriebskrankenkassen gelten, errichtet werden (§§ 157 – 164 SGB V). Ausgeschlossen sind Handwerksbetriebe, die als Leistungserbringer der GKV zugelassen sind. Im Zuge des Konzentrationsprozesses haben sich die IKK regional zusammengeschlossen (z. B. IKK Berlin und Brandenburg, IKK Baden-Württemberg).

Die Bildung von **Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK)** ist in den Gesetzen über die Krankenversicherung der Landwirte geregelt (§ 166 SGB V). Versichert sind darin u. a. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft, des Wein-, Obst-, Gemüse- und Gartenbaus, der Teichwirtschaft und Fischzucht und deren mitarbeitende Familienangehörige.

Unter dem Dach der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind die die knappschaftliche Krankenversicherung, die Krankenversicherung für die Deutsche Bahn und die Krankenversicherung für Seeleute zusammengeführt. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung durch (§ 167 SGB V).

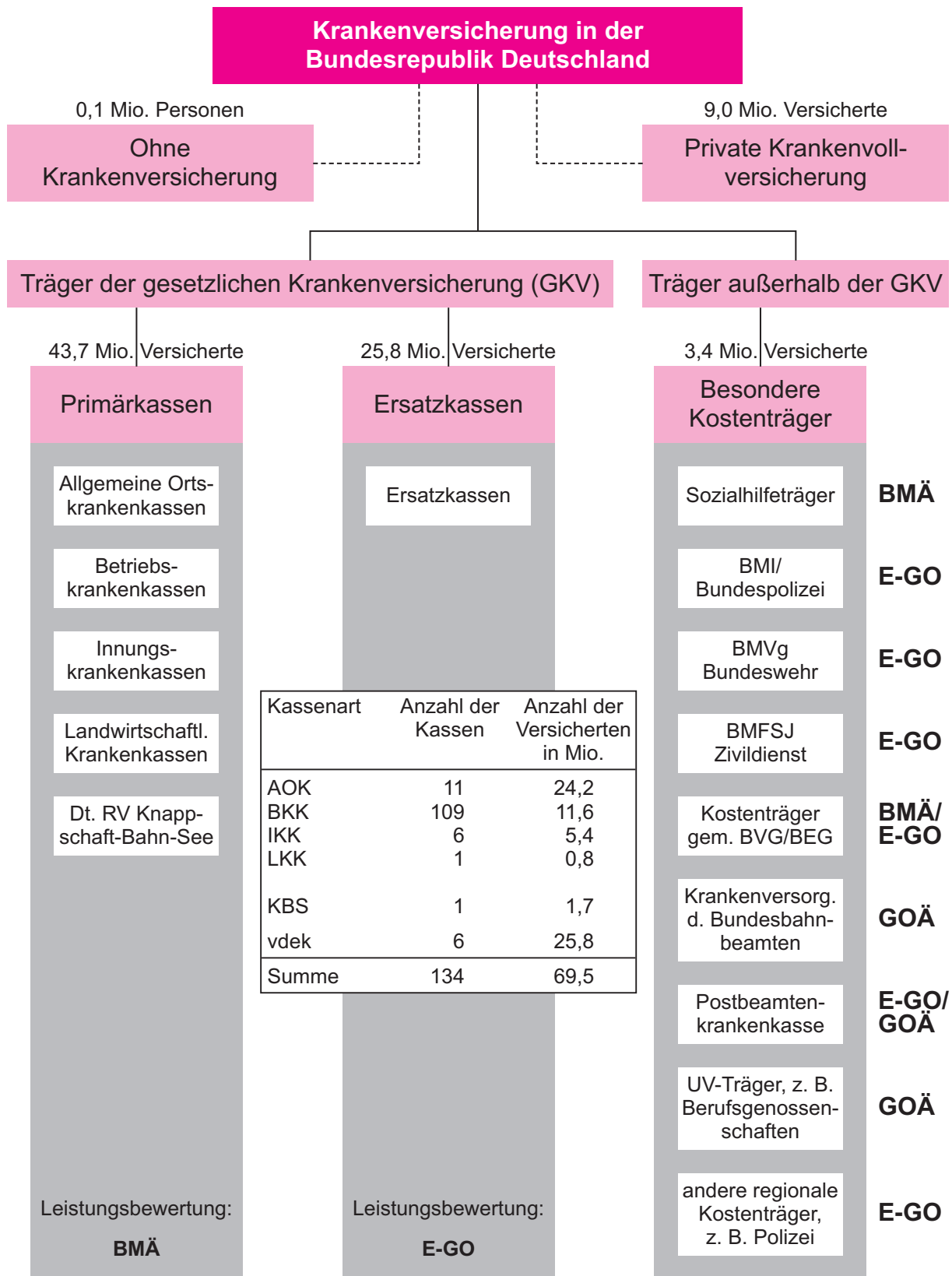
Ersatzkassen sind Krankenkassen, deren Mitgliedschaft man in der Vergangenheit (bis 31.12.1995) unter bestimmten Voraussetzungen „ersatzweise“ anstelle der Pflichtversicherung in einer der übrigen gesetzlichen Krankenkassen wählen konnte (§§ 168 – 171 SGB V). Voraussetzung für die Ausübung dieses Wahlrechts war z. B., dass man zum Mitgliederkreis gehören musste, den die Ersatzkasse nach ihrer Satzung aufnehmen durfte. Nach den Satzungen und entsprechend den verschiedenen Mitgliederkreisen der einzelnen Ersatzkassen unterschied man zwischen **Angestellten-Ersatzkassen** und **Arbeiter-Ersatzkassen**. Danach konnte z. B. eine Angestellten-Ersatzkasse prinzipiell nur Angestellte aufnehmen. Mit dem GSG wurden die Ersatzkassen den übrigen Kassenarten gleichgestellt.

Die Zuständigkeiten der Krankenkassen und die Wahlrechte der Mitglieder sind im Einzelnen in den §§ 173 – 175 SGB V geregelt. Die Wahlrechte wurden ab 1996 wesentlich erweitert. Danach können Versicherungspflichtige (§ 5 SGB V) und Versicherungsberechtigte (§ 9 SGB V) u. a. wählen

- die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnortes oder
- jede Ersatzkasse, wenn diese für den Beschäftigungs- oder Wohnort laut Satzung zuständig ist, oder

-
- eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht, oder
 - eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sich diese nach der Satzung für bestimmte abgegrenzte Regionen „geöffnet“ hat, wenn also in der Satzung festgelegt wird, dass nicht nur Betriebs- oder Innungsangehörige beitreten können, oder
 - die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See oder
 - die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder Lebenspartner versichert ist.

Bei Ausübung des Wahlrechts ist der Versicherte mindestens 18 Monate an die gewählte Kasse gebunden. Danach ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, in dem die Kündigung erklärt wird (z. B. Kündigung im Mai; Mitgliedschaft in einer neuen Kasse ab August). Bei Beitragssatzerhöhungen gilt ein Sonderkündigungsrecht.



Quelle: BMG (GKV-Statistik KM1; Stand: Februar 2013)

Abbildung 6: Krankenversicherungsträger in Deutschland

2.4 Versicherter Personenkreis

In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es zwei Gruppen von Versicherten (§§ 5 – 10 SGB V):

Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte

Pflichtversicherte

Die Pflichtversicherung ist eine Zwangsversicherung kraft Gesetzes. Man kann sich ihr prinzipiell nicht entziehen, auch nicht etwa in Absprache mit dem Arbeitgeber. Zu den Pflichtversicherten zählen u. a. als wichtigste Gruppen:

Arbeiter – Angestellte – Rentner

Vom Grundsatz der Versicherungspflicht gibt es jedoch Ausnahmen, allerdings nur die, die im Gesetz ausdrücklich vorgesehen sind. So sind z. B. versicherungsfrei

- Arbeiter und Angestellte, deren Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt,
- Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anrecht auf Bezüge oder Beihilfen haben oder
- geringfügig Beschäftigte nach §§ 8, 8a SGB IV.

Die **Versicherungspflichtgrenze** ist die Höhe des Einkommens, bis zu der die Pflicht zur Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse besteht. Sie wird auch Jahresarbeitsentgeltsgrenze (z. B. in § 6 (1) SGB V) genannt. Die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt immer 75% der Beitragsbemessungsgrenze West in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV). Diese wiederum wird jedes Jahr neu ermittelt und per Rechtsverordnung bestimmt.

Im Jahr 2013 liegt die Versicherungspflichtgrenze der GKV bei 52 200 EUR bzw. bei monatlich 4 350 EUR. Die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung wird seit dem Jahr 2003 einheitlich für das gesamte Bundesgebiet festgesetzt und beträgt im Jahr 2013 47 250 EUR bzw. 3 937,50 EUR monatlich.

Die **Beitragsbemessungsgrenze** ist die Höchstgrenze des Arbeitsentgelts, bis zu der Beiträge gezahlt werden müssen. Bis zum 31.12.2002 waren die Versicherungspflichtgrenze und die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV identisch. Eine Änderung wurde durch das **Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragsatzsicherungsgesetz – BSSichG)** mit Wirkung ab 01.01.2003 herbeigeführt.

Freiwillig Versicherte (Versicherungsberechtigte, § 9 SGB V)

Personen, die nicht versicherungspflichtig sind, können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig einer gesetzlichen Krankenkasse beitreten. Beispielsweise können sich Arbeiter und Angestellte freiwillig versichern, deren Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt und die deshalb aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren. Diese Personen müssen sich jedoch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern, sondern können sich auch einer privaten Krankenversicherung anschließen. In der Vergangenheit konnten sie auch ohne Versicherungsschutz bleiben. Durch das GKV-WSG wurde 2007 eine Versicherungspflicht für alle Bürger eingeführt.

Familienangehörige (Familienversicherung)

Versichert sind außerdem – wieder unter bestimmten Voraussetzungen – automatisch der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von pflichtgemäß oder freiwillig Versicherten.

2.5 Organisation der gesetzlichen Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind in der Form der **Selbstverwaltung** eingerichtet. Versicherte und Arbeitgeber gestalten ehrenamtlich im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zusammen mit der hauptamtlichen Verwaltung die Tätigkeit ihrer Krankenkasse selbst (§ 29 SGB IV).

Organe der gesetzlichen Krankenkassen sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und ein hauptamtlicher Vorstand.

Der **Verwaltungsrat** wird nach den Vorschriften des SGB IV und der Satzung der Krankenkasse von Versicherten und Arbeitgebern alle sechs Jahre gewählt. Der Verwaltungsrat besteht je nach Größe der Kasse aus höchstens 30 Mitgliedern und ist i. d. R. paritätisch mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt. Folgende Besonderheiten bestehen:

- Bei Ersatzkassen wird der Verwaltungsrat nur aus Vertretern der Versicherten gebildet.
- Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See besteht eine Vertreterversammlung anstelle des Verwaltungsrates.

Der Verwaltungsrat hat insbesondere die Satzung sowie deren Änderungen zu beschließen. In der Vergangenheit hat er über die Höhe des Beitragssatzes der Krankenkasse entschieden, seit 2009 erfolgt die Festsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes für alle Krankenkassen per Rechtsverordnung. Der Verwaltungsrat befindet sich auch z. B. über die Einführung von Mehrleistungen oder Erprobungsleistungen. Ferner stellt er den Haushaltsplan fest und hat alle Entscheidungen von grundsätzlicher

Bedeutung zu treffen. Durch das GMG wurde den Krankenkassen das Recht eingeräumt, eine Bestimmung in die Satzung aufzunehmen, nach der die Kasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann (§ 194 (1a) SGB V).

Außerdem wählt der Verwaltungsrat für jeweils 6 Jahre einen **hauptamtlichen Vorstand**, der bei Kassen bis zu 500 000 Mitgliedern bis zu zwei Personen, bei Kassen über 500 000 Mitglieder bis zu drei Personen umfassen darf.

Der Vorstand verwaltet die Krankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich.

Mit dem GMG wurden die Krankenkassen darüber hinaus verpflichtet, organisatorische Einheiten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu schaffen (§ 197a SGB V).

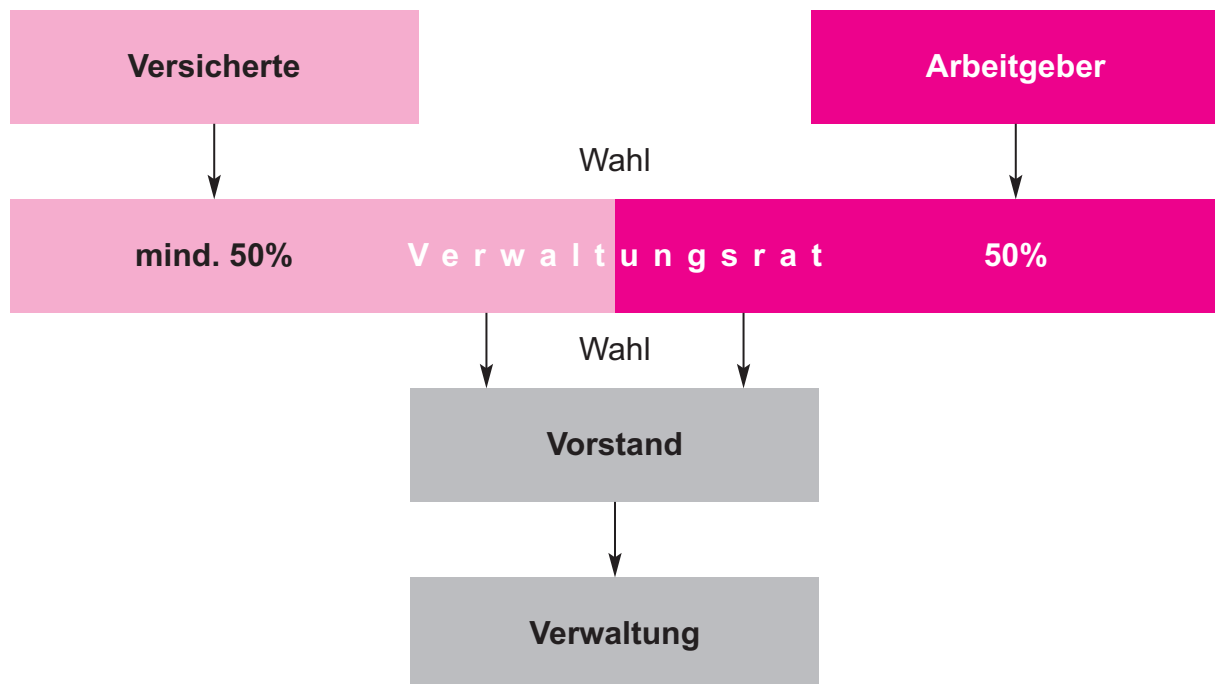


Abbildung 7: Organisation einer Allgemeinen Ortskrankenkasse

Bei den Ersatzkassen wird der Verwaltungsrat nur von den Versicherten, also nicht von den Arbeitgebern gewählt.

Die Krankenkassen unterliegen der Rechtsaufsicht des Landes, in dem sie ihren Sitz haben (i. d. R. des Arbeits- oder Sozialministeriums).

2.6 Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt seit dem 01.01.2009 (Regelung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 01.04.2007) über den Gesundheitsfonds (§§ 265–273 SGB V), der beim Bundesversicherungsamt verwaltet wird.

Der Gesundheitsfonds speist sich im Wesentlichen aus Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (§§ 3, 220–264 SGB V) und aus Steuerzuschüssen des Staates.

Die Gelder aus dem Gesundheitsfonds fließen in Form einer gewichteten Grundpauschale für jeden Versicherten an die Kassen zurück. Die Ermittlung der Grundpauschale erfolgt alters-, geschlechts- und risikoadjustiert. Dabei werden die durchschnittlichen Kosten für 80 Krankheiten berücksichtigt. Die Einzelheiten dazu regelt die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

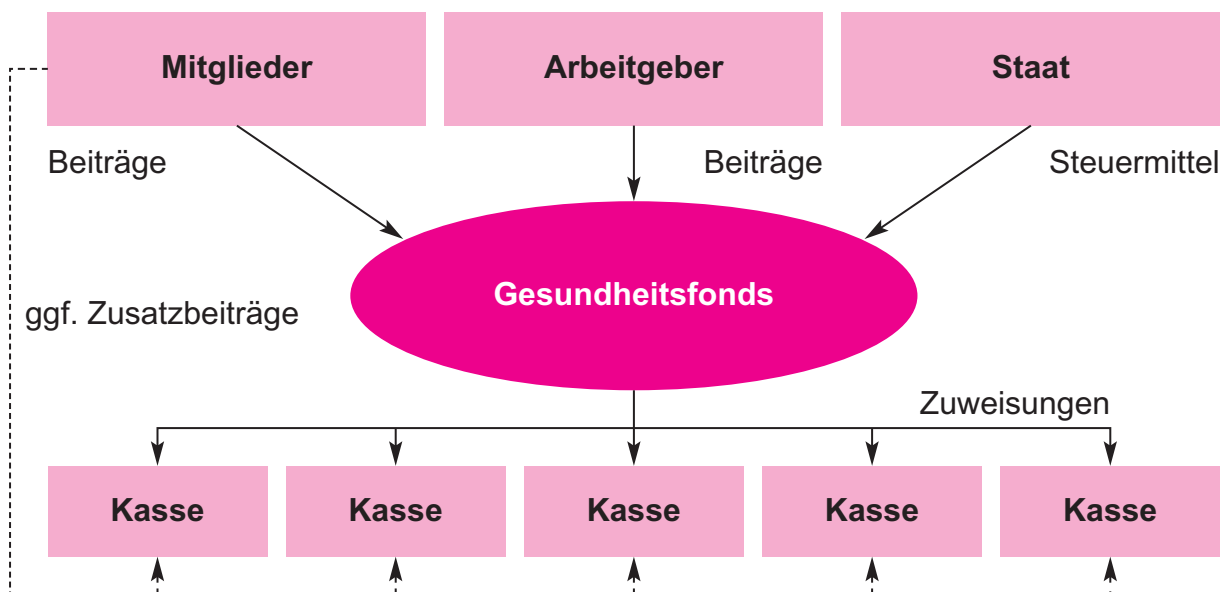


Abbildung 8: Finanzierung über den Gesundheitsfonds

Die Höhe der Beiträge der Mitglieder wird in der Regel mit einem Prozentsatz des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts (Grundlohn) erhoben. Für mitversicherte Familienangehörige werden keine Beiträge erhoben.

Bis zum Jahr 2007 konnten die Krankenkassen ihren Beitragssatz selbst bestimmen. Seit 2008 legt das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung einen einheitlichen Beitragssatz für alle Kassen fest.

Im Jahr 2013 liegt dieser einheitliche Beitragssatz bei 15,5%. Dabei zahlen Arbeitnehmer 8,2% und Arbeitgeber 7,3%.

Exkurs:

Zum 01.07.2005 wurde per Gesetz das Ende der bis dahin paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeläutet. Zur Entlastung der Lohnnebenkosten wurden die Arbeitnehmer verpflichtet, einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten allein zu finanzieren. Dieser Sonderbeitrag ist zusätzlich zu dem hälftigen Betrag des Arbeitnehmers zu entrichten.

Ein Beispiel: Wenn jemand z. B. im Monat 2000 EUR brutto verdient, muss er bei einem Beitragssatz von 14,6% die Hälfte von

$$\frac{(2000 \text{ EUR} \times 14,6)}{100} = 292 \text{ EUR,}$$

also 146,00 EUR bezahlen, die andere Hälfte trägt der Arbeitgeber. Zuzüglich ist der Sonderbetrag zu entrichten, im o. g. Beispiel sind das noch einmal $2000 \text{ EUR} \times 0,9\% = 18 \text{ EUR}$. Der Gesamtbeitrag des Arbeitnehmers liegt also bei 164 EUR.

Das in Vorbereitung befindliche Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG), das zu Beginn des Jahres 2015 in Kraft treten soll, sieht vor, dass gesetzliche Krankenkassen ihren Beitragssatz wieder selbst beschließen können sollen. Zum 01.01.2015 soll der allgemeine Beitragssatz wieder auf 14,6% abgesenkt werden. Er ist hälftig vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu entrichten. Darüber hinaus soll jede Kasse künftig kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben können, die dann allein vom Arbeitnehmer zu zahlen sind.

Mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds können die Krankenkassen 95% der durchschnittlichen Kassenausgaben decken. Soweit der Finanzbedarf einer Kasse durch Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von den Mitgliedern ein Zusatzbeitrag zu erheben ist (§ 242 SGB V), der auf maximal 1 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes begrenzt ist. Im umgekehrten Fall können Prämienzahlungen an die Mitglieder geleistet werden.

Bei freiwillig Versicherten hat der Versicherte den Beitrag prinzipiell alleine zu tragen, wobei er allerdings aus Gründen der Gleichbehandlung einen Anspruch auf Zuzahlung eines Zuschusses zum Krankenversicherungsbeitrag durch den Arbeitgeber hat.

Neben dieser allgemeingültigen Form der Beitragserhebung eröffnete das GKV-WSG den gesetzlichen Krankenkassen zusätzlich die Möglichkeit, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten (§ 53 SGB V). Auf der Grundlage entsprechender Satzungsregelungen der Kassen können die Beiträge z. B. bei einem höheren Selbstbehalt der Versicherten oder bei Leistungseinschränkungen um bis zu 20% niedriger festgesetzt werden. Darüber hinaus können die Kassen ihren Versicherten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten gewähren (§ 65a SGB V). Wie unter Punkt 4 beschrieben, sind die Beiträge aber nicht von jedem Arbeitsverdienst zu zahlen, sondern nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze.

Um die Risiken für die einzelnen Krankenkassen und damit die Beitragsbelastung für die Versicherten und die Arbeitgeber nicht zu groß werden zu lassen, können die Satzungen der Krankenkassen oder deren Verbände Bestimmungen für einen Finanzausgleich unter den Krankenkassen vorsehen (§§ 265 – 269 SGB V). Ursprünglich war ein solcher Finanzausgleich nur für die Krankenversicherung der Rentner gesetzlich vor-

gesehen. Letzterer hatte zum Ziel, dass keine Krankenkasse aufgrund eines relativ hohen Rentneranteils einen Finanzierungsnachteil erleiden sollte.

Dieser „Rentnerfinanzausgleich“ wurde ab 1994 ersetzt durch einen „Risikostrukturausgleich“ (RSA), der durch das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Wirkung ab 01.01.2002 weiterentwickelt wurde (§§ 266, 267 SGB V). Mit dem RSA sollen die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen sowie der Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten generell ausgeglichen werden. Mit dem RSA-Gesetz wurden ab 01.01.2002 erstmals auch die Behandlungskosten berücksichtigt.

Durch das GKV-WSG sind die gesetzlichen Krankenkassen seit 01.01.2010 außerdem verpflichtet, einen Kapitalstock zur Absicherung ihrer Verpflichtungen im Insolvenzfall zu bilden (§ 171b SGB V).

2.7 Verbände der gesetzlichen Krankenkassen

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Verbandsstruktur der gesetzlichen Krankenkassen neu geregelt und stellt sich aktuell wie folgt dar: Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen eines Bundeslandes bilden jeweils einen **Landesverband** (§ 207 SGB V). Besteht in einem Land nur eine Krankenkasse einer Kassenart, nimmt die Kasse gleichzeitig die Aufgaben des Landesverbandes wahr. Landesverbände können sich zusammenschließen, auch länderübergreifend. Die Landesverbände bestehen als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Bei den Landesverbänden sind ein Vorstand und ein Verwaltungsrat, in dem alle Mitgliedskassen vertreten sein müssen und der nicht mehr als 30 Mitglieder haben darf, zu bilden. Die Landesverbände haben die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben (§ 211 SGB V) zu erfüllen, u. a. die Unterstützung der Mitgliedskassen bei der Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben.

Die bis zum 31.12.2008 bestehenden Bundesverbände dieser Kassenarten wurden per Gesetz in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt. Sie hatten ihre Angestellten bis zum 31.12.2012 in ein neues Angestelltenverhältnis zu vermitteln. Danach konnten die Gesellschafter frei über den Fortbestand der „Bundesverbände“ entscheiden.

Für die knappschaftliche Krankenversicherung nimmt die Deutsche Rentenversicherung Bund-Knappschaft-Bahn-See die Aufgaben des Landesverbandes wahr.

Die Ersatzkassen können sich auf Landesebene zu Verbänden zusammenschließen.

Durch das GKV-WSG wurde auch die Errichtung eines **Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen** (GKV-SV) als Körperschaft des öffentlichen Rechts vorgeschrieben. Der GKV-SV hat die vom Gesetz vorgeschriebenen Aufgaben zu erfüllen. Mitglieder sind die Krankenkassen (§ 217a SGB V). Organe des Spitzenverbandes Bund sind ein

Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan mit maximal 52 Mitgliedern, der u. a. die Satzung beschließt, und ein Vorstand, der aus höchstens drei Personen besteht. Der Vorstand, darunter der Vorsitzende und ein Stellvertreter, werden durch den Verwaltungsrat gewählt (§ 217b SGB V).

Beim Spitzenverband Bund wird außerdem eine Mitgliederversammlung gebildet, in die jede Kasse zwei Mitglieder aus ihrem Verwaltungsrat entsendet: Primärkassen je einen Versicherten- und Arbeitgebervertreter; Ersatzkassen zwei Versichertenvertreter. Aufgabe der Mitgliederversammlung ist es, den Verwaltungsrat zu wählen. Der Spitzenverband Bund untersteht der Rechtsaufsicht des BMG.

Zur Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben hat der GKV-SV verschiedene Gesellschaften gegründet:

- Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) (Gesellschafter: GKV-SV, PKV-Verband, Verbände der Leistungserbringer)
- Institut des Bewertungsausschusses (InBA) GbR (Gesellschafter: GKV-SV, KBV)
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) GmbH (Gesellschafter: GKV-SV, PKV-Verband, DKG)

2.8 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Die Krankenkassen sind in bestimmten Fällen gesetzlich verpflichtet, insbesondere die Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungsgewährung für Versicherte zu prüfen. Der Prüfauftrag kann auch durch Arbeitgeber ausgelöst werden. Dazu bedienen sie sich des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) (§§ 275 – 283 SGB V).

Er ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts für jedes Land durch eine Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen zu errichten. Seine Organe sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer.

Die wesentliche Aufgabe des Medizinischen Dienstes ist es, die Krankenkassen allgemein in medizinischen Fragen zu beraten und auf Anforderung der Krankenkassen zu prüfen, ob die Krankenkassen die Kosten für bestimmte Leistungen im Einzelfall zu übernehmen haben.

3 Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenkassen

Als Leistungsrecht der GKV bezeichnet man die Vielzahl der Regelungen, die den Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse festlegen. Diese Regelungen sind in Gesetzen (vor allem im SGB V), in Rechtsverordnungen oder in den Satzungen der Krankenkassen als Rechtsanspruch des Versicherten definiert. Das Leistungsrecht ist Grundlage des Leistungsanspruchs der Versicherten. Hinzu tritt das Vertragsarztrecht. Beide Rechtsgebiete bedingen sich. Damit wirken sich Veränderungen im Leistungsrecht oft auch im Aufgabenbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen/Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus.

3.1 Allgemeines zu den Leistungen/gemeinsame Leistungsvorschriften

Bestimmte Grundsätze gelten gemeinsam für alle Leistungsansprüche des Versicherten. Die Leistungen sind zuerst unter mehr allgemeinen Gesichtspunkten zu betrachten, und zwar nach Gemeinsamkeiten, die sich durch das gesamte Leistungsrecht ziehen.

3.1.1 Leistungsarten

In grober Übersicht fallen folgende Leistungen in der GKV an:

Ein Versicherter hat Anspruch auf Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten sowie zur Empfängnisverhütung (§§ 20 – 24b SGB V),
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c – 24i),
- zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 – 26 SGB V),
- zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 – 52 SGB V) einschließlich der notwendigen Versorgung mit
 - Arznei- und Verbandmitteln (§§ 31, 34, 35, 35a, b, c SGB V),
 - Heilmitteln (§§ 32, 34 SGB V),
 - Hilfsmitteln (§§ 33, 34, 36 SGB V),
 - häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V),
 - Haushaltshilfe (§ 38 SGB V),
 - Soziotherapie (§ 37a SGB V),
 - spezialisierte Palliativmedizin (§ 37b SGB V),
 - Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),
 - stationäre und ambulante Hospizleistungen (§ 39a SGB V),

- Krankengeld (§§ 44 – 51 SGB V),
- Fahrkosten (§ 60 SGB V) und
- Festzuschuss für Zahnersatz ab 01.01.2005 (§ 55 SGB V),
- zur medizinischen Rehabilitation einschließlich unterhaltssichernder und ergänzender Leistungen (§§ 40 – 43b SGB V),
- zur Empfängnisverhütung und bei krankheitsbedingter Sterilisation und krankheitsbedingtem Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) und
- zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a SGB V).

Abbildung 9: Übersicht der GKV-Leistungen

Ein Ausschluss von Leistungen in den vom Gesetz bestimmten Fällen ist in den §§ 52, 52a SGB V geregelt.

Im klassischen Versicherungsrecht wird zwischen Versicherungsfall und Leistungsfall unterschieden. Der Versicherungsfall (= Leistungsgrund) löst den Leistungsfall (= Anspruch auf Versicherungsleistungen) aus.

Beispiele:

Versicherungsfall	Leistungsfall
<ul style="list-style-type: none"> ■ Vorbeugung gegen Gesundheitsgefahren 	<ul style="list-style-type: none"> ■ z. B. primäre Prävention durch Schutzimpfung (vgl. § 20d SGB V)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Krankenbehandlung (vgl. § 27 SGB V)

3.1.2 Gemeinsame Vorschriften

Für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen gelten bestimmte Regeln gleichermaßen (§§ 12 bis 19 SGB V). So müssen nach dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** des § 12 Abs. 1 SGB V die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen dürfen Versicherte nicht beanspruchen, Leistungserbringer nicht bewirken und Krankenkassen nicht bewilligen.

Nach diesen gemeinsamen Vorschriften dürfen Krankenkassen z. B. **Kostenerstattungen** nicht nach eigenem Gutdünken, sondern nur so vornehmen, wie es das SGB V vorsieht (§ 13 SGB V).

Ärztliche Leistungen dürfen **nur von Ärzten**, nicht von anderen Personen, z. B. Heilpraktikern, Biologen, erbracht werden, Hilfeleistungen anderer Personen, z. B. Medizinische Fachangestellte, nur dann, wenn der Arzt diese Leistungen angeordnet hat und

verantwortet (§ 15 SGB V). Auch Regelungen für die Erbringung von Leistungen im **Ausland** sind in den gemeinsamen Vorschriften enthalten (§§ 16 bis 18 SGB V).

3.1.3 Unterscheidung nach der Rechtsgrundlage und Rechtsnatur der Leistungen

Das Leistungsrecht kennt die unmittelbar für jede gesetzliche Krankenkasse vorgeschriebenen Pflichtleistungen sowie die im Satzungsrecht begründeten darüber hinausgehenden Kann-Leistungen.

Pflichtleistungen – auch als Regelleistungen, Rechtsanspruchsleistungen oder Mindestleistungen bezeichnet – sind solche Leistungen, die dem Versicherten bzw. Familienversicherten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zustehen.

Die rechtliche Grundlage ergibt sich unmittelbar aus dem Gesetz. Der Formulierung des Gesetzestextes ist zu entnehmen, ob es sich um eine zwingend anzuwendende Bestimmung handelt; dort heißt es für Pflichtleistungen beispielsweise:

- „Die Versicherten erhalten ...“ (vgl. § 2 Abs. 2 SGB V)
- „Versicherte haben Anspruch ...“ (vgl. § 11 Abs. 1 SGB V)
- „Die Krankenkasse übernimmt ...“ (vgl. § 60 SGB V)

Kann-Leistungen sind im Unterschied zu Pflichtleistungen solche Leistungen, die die Krankenkasse in ihre Satzung aufnehmen kann oder nicht. Allerdings können solche Satzungsbestimmungen nur insoweit erfolgen, als dies das Gesetz vorsieht. In diesem Rahmen hat die einzelne Krankenkasse einen Entscheidungsspielraum. In der Regel heißt es im Gesetzestext:

- „Die Krankenkasse kann ...“ (vgl. §§ 24 Abs. 1, 33 Abs. 5, 41 Abs. 1 SGB V)
- „Die Satzung kann ...“

Wenn jedoch eine Leistung als Kann-Leistung in die Satzung aufgenommen wurde, hat auch jeder Versicherte dieser Kasse Anspruch auf diese Leistung.

Neben Pflicht- und Satzungsleistungen eröffnete das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, Zusatzleistungen im Rahmen von Wahlтарifen anzubieten (§ 53 SGB V). Gesetzlich Versicherte können dann auf Basis eines Zusatztarifs Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören.

3.1.4 Unterscheidung nach der Beschaffenheit der Leistungen

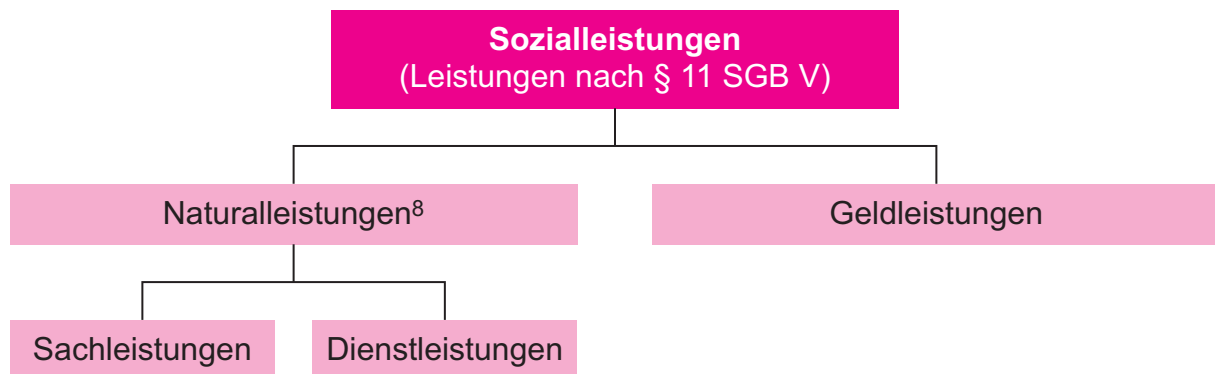


Abbildung 10: Gliederung der Sozialleistungen

Der Vertragsarzt entscheidet, ob der versicherte Patient Sachen oder Dienste als Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse in Anspruch nimmt. Verordnet er ein Hilfsmittel, ein Arznei- oder Verbandmittel, so handelt es sich um eine Sache. Die Verordnung häuslicher Pflege löst Dienstleistungen aus, ebenso wie die ärztliche Behandlung selbst eine Dienstleistung ist.

Die Abgrenzung zwischen einer Sach- oder Dienstleistung ist nicht immer eindeutig; z. B. kann die Leistung „Krankenhausbehandlung“ beiden Begriffen zugeordnet werden.

Geldleistungen sind z. B. Krankengeld, aber auch Zuschüsse zu Fahrkosten, in Härtefällen u. Ä.

3.2 Leistungen im Einzelnen

3.2.1 Leistungen zur Verhütung von Krankheiten

Ziel dieser Leistungen ist es darauf hinzuwirken, dass durch geeignete Maßnahmen Krankheiten erst gar nicht entstehen (= vorbeugende Gesundheitsfürsorge, auch als Prävention oder Prophylaxe bezeichnet).

Das klassische Beispiel für solche Leistungen ist die **Mutterschaftsvorsorge**, die 1966 in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wurde.

⁸ Vgl. auch 1.2



Abbildung 11: Leistungen zur Verhütung von Krankheiten

Exkurs:

Gelegentlich wird eine Einteilung der Prävention in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention vorgenommen. Dabei versteht man unter

- primärer Prävention: Krankheitsverhütung,
- sekundärer Prävention: Krankheitsfrüherkennung und
- tertiärer Prävention: Krebsnachsorge (Früherkennung von Rezidiven).

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sollen Mutter und Kind vor gesundheitlichen Schäden und finanziellen Einbußen weitgehend bewahren. Die gesetzliche Krankenkasse hat die Kosten der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft, bei der Entbindung und nach der Entbindung zu übernehmen. Unter ärztlicher Betreuung sind die Maßnahmen zu verstehen, die der Überwachung des Gesundheitszustandes der Schwangeren dienen, soweit sie nicht ärztliche Behandlung bei Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne (z. B. Schwangerschaftsbeschwerden) sind. Sie sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) näher definiert.

Zur ärztlichen Betreuung gehören z. B.

- Untersuchungen und Beratungen während und nach der Schwangerschaft,
- frühzeitige Erkennung und besondere Überwachung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten,
- serologische Untersuchungen während der Schwangerschaft und
- blutgruppenserologische Untersuchungen nach der Geburt oder Fehlgeburt.

Neben der ärztlichen Betreuung müssen die gesetzlichen Krankenkassen in diesem Rahmen folgende Leistungen übernehmen:

- ärztliche Leistungen und Hebammenhilfe
 - Die freiberuflich tätige Hebamme oder der freiberuflich tätige Entbindungshelfer rechnet direkt mit der gesetzlichen Krankenkasse (Gebühren nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung – HebGV) ab.
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln (ohne Zuzahlungspflicht des Versicherten)
- stationäre Entbindung
 - Die gesetzliche Krankenkasse gewährt Unterkunft, Pflege und Verpflegung in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung für die Mutter und das Neugeborene für längstens sechs Tage. Wenn darüber hinaus stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, werden die Kosten der stationären Krankenhausbehandlung von der Kasse getragen.
- häusliche Pflege
- Haushaltshilfe
- Mutterschaftsgeld

Schutzimpfungen

Dieser Leistungsbereich wurde durch das GKV-WSG neu geregelt. Danach haben Versicherte grundsätzlich Anspruch auf Impfleistungen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes. Ausnahmen sind im SGB V geregelt. Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut. Bis zur Verabschiedung der Richtlinien gelten die bestehenden gesetzlichen Regelungen weiter. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen darüber hinausgehende Schutzimpfungen vorsehen (Kann-Leistungen).

Allgemeine Maßnahmen zur Prävention und Selbsthilfe

Gemäß § 20 SGB V sollen die Krankenkassen in den Satzungen Leistungen zur primären Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorsehen und pro Versicherten und Jahr einen festgelegten Betrag dafür aufwenden. Außerdem sollen sie Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern und hierfür pro Versicherten und Jahr einen festgelegten Euro-Betrag aufwenden. Die Beträge sind in Übereinstimmung mit § 18 Abs. 1 SGB IV jährlich anzupassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt dazu für alle Krankenkassen einheitlich die Grundsätze, prioritären Handlungsfelder und Kriterien dieser Leistungen.

Durch das GKV-WSG wurde neu in das Gesetz aufgenommen, dass Krankenkassen auch Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen und mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenarbeiten (§§ 20a, b SGB V).

3.2.2 Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten

Ziel dieser Leistungen ist es, eine bereits vorhandene Krankheit in einem möglichst frühen Stadium zu diagnostizieren, um sie überhaupt noch heilen zu können oder um ihre Folgen in Grenzen zu halten. So gibt es bei bestimmten bösartigen Tumoren eine nahezu 100%-Heilungschance, wenn ein solcher Tumor frühzeitig erkannt wird. Erstmals wurden solche Leistungen 1970 in die gesetzliche Leistungspflicht der Krankenkassen aufgenommen.

Leistungen zur Krankheitsfrüherkennung

- Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes (§ 25 (1) SGB V), nach Vollendung des 35. Lebensjahres, alle zwei Jahre
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (§ 25 (2) SGB V), für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr, einmal pro Jahr
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V), Untersuchungen zu bestimmten Terminen
- organisierte Programme zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach Vorgaben der Europäischen Kommission auf Einladung gemäß § 25a SGB V

Voraussetzung für diese Leistungen ist allgemein, dass die Krankheiten wirksam behandelt werden können und dass das Vor- und Frühstadium der Krankheiten eindeutig erfassbar ist. Die näheren Einzelheiten über Art und Umfang der einzelnen Untersuchungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V.

3.2.3 Leistungen bei Krankheit

3.2.3.1 Begriff der „Krankheit“ im versicherungsrechtlichen Sinne

Der Begriff „Krankheit“ ist im Leistungsrecht ein unbestimmter Rechtsbegriff, d. h. der Begriff ist durch Rechtsprechung und Praxis auszufüllen, weil im Gesetz keine Legaldefinition enthalten ist. Die versicherungsrechtliche Definition von „Krankheit“ geht auf ein Urteil des früheren preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 16.10.1882 zurück. Durch Entscheidung des früheren Reichsversicherungsamtes und Urteile der Sozialgerichtsbarkeit ist der Begriff fortentwickelt worden.

Der Krankheitsbegriff weist somit zwei Komponenten auf:

1. die speziell medizinische **Regelwidrigkeit** und
2. die versicherungsrechtlichen Aspekten Rechnung tragende **Behandlungsbedürftigkeit**

Die **Regelwidrigkeit** eines Körper- oder Geisteszustandes ist bereits mit der Abweichung von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm gegeben; die Abweichung braucht sich nicht auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten auszuwirken.

Behandlungsfähigkeit ist anzunehmen, wenn der regelwidrige Zustand nach den Regeln der ärztlichen Kunst einer Behandlung mit dem Ziel der Heilung, Besserung, Verhütung der Verschlimmerung oder der Linderung von Schmerzen zugänglich ist.

3.2.3.2 Krankenbehandlung

In § 27 SGB V (vgl. auch § 21 SGB I) sind die zur Krankenbehandlung gehörenden Leistungen abschließend aufgezählt:

- ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie
- zahnärztliche Behandlung
- Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
- Krankenhausbehandlung
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen

Zur Krankenbehandlung zählen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft unter den in § 27a SGB V genannten Voraussetzungen und in dem Umfang, wie er in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über künstliche Befruchtung näher bestimmt ist.

3.2.3.2.1 Ärztliche Behandlung

Die Behandlung (Diagnostik und/oder Therapie) ist von Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erbringen (vgl. §§ 15 und 28 Abs. 1 SGB V). Eingeschlossen in die ärztliche Behandlung sind Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter der Arztpraxis (z. B. Medizinische Fachangestellte, Laborantin), wenn der Arzt diese anordnet, fachlich überwacht und der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist. Diese Leistungen können vom Arzt als persönlich erbracht abgerechnet werden.

Damit ist ein Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber Heilpraktikern ausgeschlossen. Leistungen selbständiger „Heil-/Hilfspersonen“ (z. B. medizinische Bademeister, Krankengymnasten) zählen nicht zur ärztlichen Behandlung; Anspruch auf diese Leistungen besteht nur, wenn sie von einem Arzt verordnet wurden.

Die ärztliche Behandlung wird in der Regel durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder bei Vertragsärzten oder in Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte/Psychotherapeuten sichergestellt. Nur in Notfällen, wenn ein Vertragsarzt nicht zur Verfügung steht, oder zur Erbringung von im Gesetz geregelten besonderen Leistungen können auch andere Ärzte in Anspruch genommen werden.

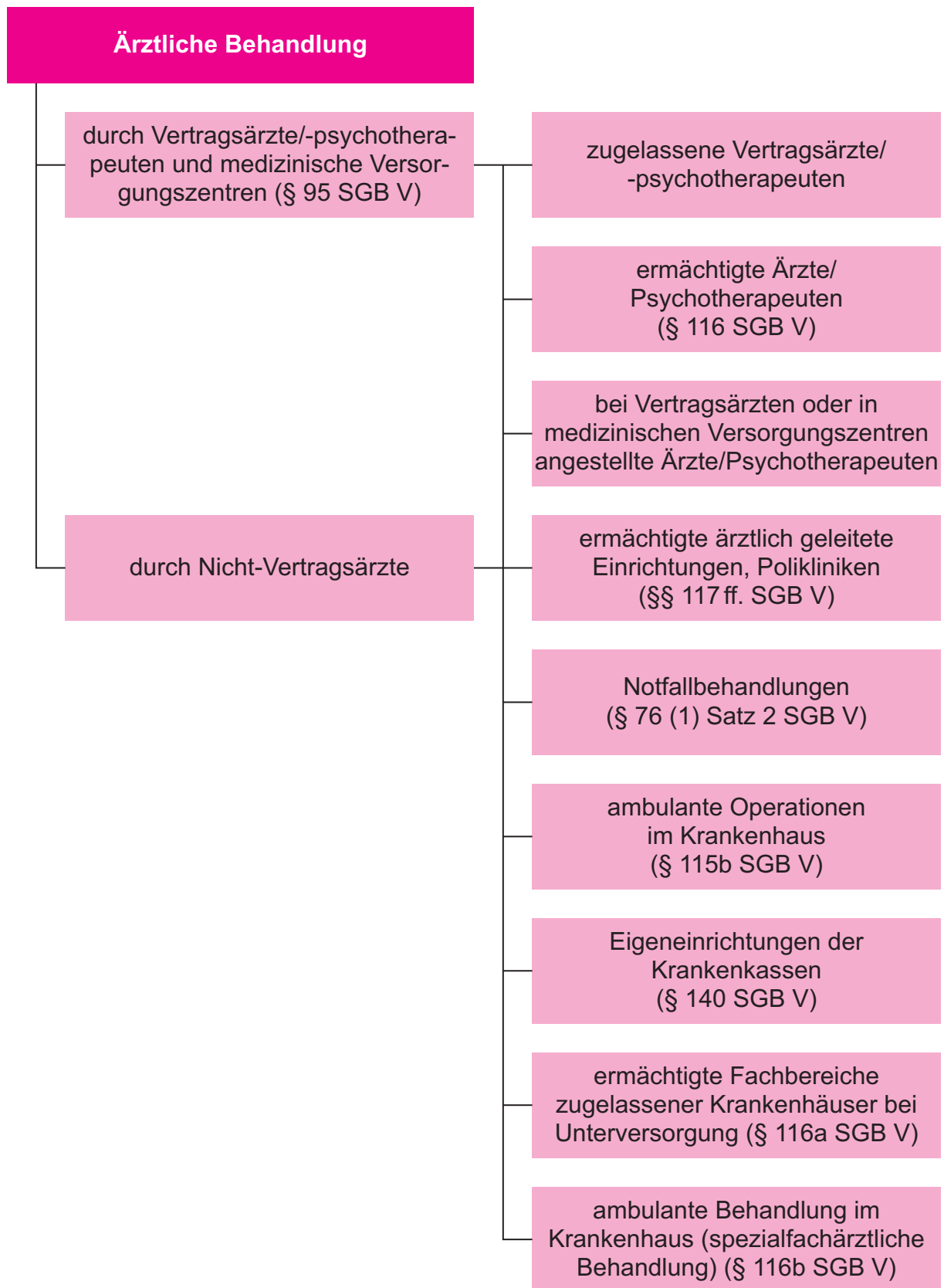


Abbildung 12: Ärztliche Behandlung

Zur ärztlichen Behandlung gehören

- die eigentliche Behandlung durch den Arzt/Psychotherapeuten selbst,
- die Anordnung von Hilfeleistungen durch andere Personen (wie Krankengymnasten, Hebammen, Masseur, medizinische Bademeister),
- die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhauspflege, Krankentransporten, Belastungserprobungen und Arbeitstherapie, auch die Veranlassung von ambulanten Operationen im Krankenhaus, die Verordnung von Vorsorge- und Rehabilitationskuren, von häuslicher Krankenpflege, von Soziotherapie und
- die Ausstellung von Bescheinigungen (wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) und die Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen und der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben und die Versicherten für die Lohn- und Gehaltsfortzahlung benötigen.

3.2.3.2.2 Zahnärztliche Behandlung

Die Regeln für zahnärztliche Behandlung entsprechen im Wesentlichen denen der ärztlichen Behandlung. Die zahnärztliche Behandlung (§ 28 (2) SGB V) umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes zur

- Verhütung,
- Früherkennung und
- Behandlung

von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Der Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung ist eingeschränkt, z. B. durch Altersgrenzen (in der Regel 18. Lebensjahr) oder Indikationen (vgl. § 29 SGB V).

3.2.3.2.3 Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

Arznei- und Verbandmittel (§ 31 ff. SGB V)

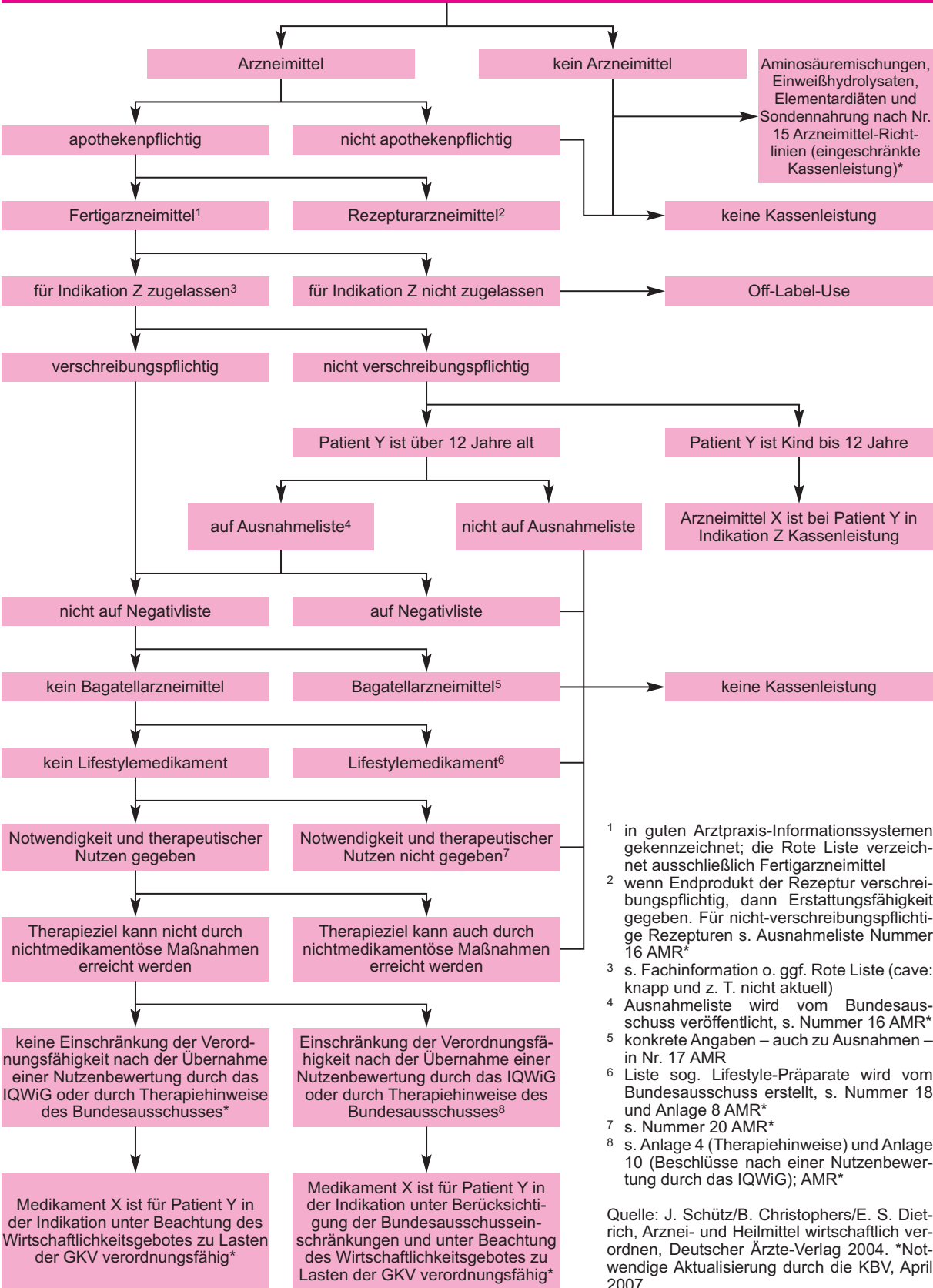
Die Versicherten haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht gesetzlich ausgeschlossen sind (§§ 31, 34, 35 SGB V) und mit Verbandmitteln. Die Verordnungsgrundsätze sind in den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt.

Für Arznei- und Verbandmittel müssen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben (auch Familienversicherte), eine Zuzahlung leisten, die 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR beträgt, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels. Diese Zuzahlungen sind auch für die so genannten Festbetragsarznei- und -verbandmittel zu leisten. (Festbetragsarzneimittel sind solche, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrages übernimmt.) Zuzahlungen sind nur bis zur Höhe der Belastungsgrenze zu leisten, darüber hinaus

und in Härtefällen ist eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht möglich (§§ 61 und 62 SGB V).

Wenn der Arzt bei seiner Verordnung von der Möglichkeit der „aut-idem“-Regelung Gebrauch gemacht hat, ist der Apotheker gehalten, ein wirkstoffgleiches, i. d. R. das preisgünstigste Mittel abzugeben, das er vorrätig hat. Der Arzt kann sich aber auch darauf beschränken, nur den Wirkstoff zu verordnen. Die Abgabe richtet sich auch nach den zwischen der Krankenkasse des Versicherten und den Arzneimittelherstellern abgeschlossenen Rabattverträgen.

Ist das Arzneimittel X für Patient Y in der Indikation Z zu Lasten der GKV verordnungsfähig?



¹ in guten Arztpraxis-Informationssystemen gekennzeichnet; die Rote Liste verzeichnet ausschließlich Fertigarzneimittel
² wenn Endprodukt der Rezeptur verschreibungspflichtig, dann Erstattungsfähigkeit gegeben. Für nicht-verschreibungspflichtige Rezepturen s. Ausnahmeliste Nummer 16 AMR*
³ s. Fachinformation o. ggf. Rote Liste (cave: knapp und z. T. nicht aktuell)
⁴ Ausnahmeliste wird vom Bundesausschuss veröffentlicht, s. Nummer 16 AMR*
⁵ konkrete Angaben – auch zu Ausnahmen – in Nr. 17 AMR
⁶ Liste sog. Lifestyle-Präparate wird vom Bundesausschuss erstellt, s. Nummer 18 und Anlage 8 AMR*
⁷ s. Nummer 20 AMR*
⁸ s. Anlage 4 (Therapiehinweise) und Anlage 10 (Beschlüsse nach einer Nutzenbewertung durch das IQWiG); AMR*

Quelle: J. Schütz/B. Christophers/E. S. Dietrich, Arznei- und Heilmittel wirtschaftlich verordnen, Deutscher Ärzte-Verlag 2004. *Notwendige Aktualisierung durch die KBV, April 2007

Abbildung 13: Kostenübernahme für Arzneimittel

Heilmittel (§§ 32, 34 SGB V)

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht ausgeschlossen sind (§ 34 (4) SGB V). Die Ordnungsgrundsätze sind in den Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt.

Heilmittel sind Dienstleistungen, die nur von entsprechend ausgebildeten, berufspraktisch erfahrenen Personen erbracht werden dürfen, die nach § 124 SGB V zugelassen sind. Soweit Ärzte in den Praxen solche Mittel verabreichen, gehört dies zur ärztlichen Behandlung; gleichwohl gilt auch hier die Zuzahlungspflicht.

Versicherte haben, sofern sie das 18. Lebensjahr vollendet haben, für Heilmittel eine Zuzahlung in Höhe von 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 EUR je Verordnung an die abgebende Stelle zu entrichten.

Hilfsmittel (§§ 33, 34, 36 SGB V)

Bei diesen Leistungen handelt es sich um die Ausstattung des Versicherten mit

- Hörhilfen,
- Sehhilfen unter den im Gesetz festgelegten Beschränkungen,
- Körperersatzstücken und
- orthopädischen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch.

Versicherte haben Anspruch auf Hilfsmittel, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind. Zu beachten sind die Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V.

Die Unterscheidung zwischen Hilfsmitteln und Heilmitteln ist insbesondere zur Bestimmung der Rechtsgrundlage für den Leistungsanspruch und für die Frage der Zuzahlungspflicht erforderlich.

Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage der Regelungen des § 126 SGB V von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für die einheitliche Anwendung der Zulassungskriterien für Hilfsmittelerbringer und deren Fortbildung ab.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für Hilfsmittel jeweils in der vertraglich vereinbarten Höhe. Wurde für Hilfsmittel ein Festbetrag festgesetzt (§ 36 SGB V), tragen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten nur bis zur Höhe dieses Festbetrages. Der Anspruch auf Verordnung von Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels. Bei zum Verbrauch bestimm-

ten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert je Packung, jedoch höchstens 10 EUR für den Monatsbedarf je Indikation.

3.2.3.2.4 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Zur vertragsärztlichen Versorgung gehört u. a. auch die Verordnung von häuslicher Krankenpflege bzw. Haushaltshilfe.

Häusliche Krankenpflege

Voraussetzung für den Anspruch ist in jedem Fall, dass eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht zunächst (§ 37 Abs. 1 SGB V) dann, wenn Krankenhausbehandlung

- geboten, aber nicht ausführbar ist oder
- dadurch vermieden werden kann oder
- dadurch verkürzt wird

(Krankenhausvermeidungspflege). Der Anspruch besteht zunächst für bis zu vier Wochen und kann nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung verlängert werden.

Häusliche Krankenpflege umfasst hier die im Einzelfall notwendige

- Grundpflege (pflegerische Maßnahmen, z. B. Waschen, Betten, Umlagern, Tag-/Nachtwache)
- Behandlungspflege (medizinische Maßnahmen, z. B. Verbandswechsel, Katheterwechsel, Wickel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen)
- hauswirtschaftliche Versorgung des Patienten (z. B. Essenszubereitung für den Patienten, nicht aber Führung des Haushaltes – vgl. Haushaltshilfe)

Darüber hinaus besteht nach § 37 Abs. 2 SGB V Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch dann, wenn dadurch das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann (Sicherungspflege).

Häusliche Krankenpflege können Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder an sonst einem geeigneten Ort erhalten, insbesondere in betreuten Einrichtungen. Das Nähere dazu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten eine Zuzahlung in Höhe von 10 vom Hundert der Kosten der Leistungsanspruchnahme für die ersten 28 Tage pro Kalenderjahr sowie 10 EUR je Verordnung.

Haushaltshilfe

Im Unterschied zur hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 SGB V dient Haushaltshilfe nach § 38 SGB V zur Versorgung der Angehörigen des Erkrankten.

Voraussetzungen für den Anspruch sind:

- Die Weiterführung des Haushalts ist dem Patienten nicht möglich wegen
 - einer Krankenhausbehandlung oder
 - der Notwendigkeit einer häuslichen Krankenpflege oder einer ambulanten akuten Erkrankung (falls die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht – bei den meisten Krankenkassen gegeben).
- Im Haushalt muss ein Kind leben, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
- Eine andere im Haushalt lebende Person kann den Haushalt nicht weiterführen.

Auch für Haushaltshilfe muss eine Zuzahlung geleistet werden. Diese beträgt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 vom Hundert der Kosten, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR.

3.2.3.2.5 Soziotherapie (§ 37a SGB V)

Zur vertragsärztlichen Versorgung gehört auch die Verordnung von Soziotherapie. Dies ist eine spezielle Betreuung für schwer psychisch Kranke (z. B. mit Schizophrenie). Sie werden bei der konsequenten Einhaltung einer ambulanten Therapie und bei der Bewältigung ihres Alltags unterstützt. Damit soll eine stationäre Unterbringung in einer Klinik vermieden werden.

Auch hier haben die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang dieser Leistung festzulegen.

Die Zuzahlung zu dieser Leistung wurde vom Gesetzgeber analog zu den Regelungen für Haushaltshilfe festgesetzt.

3.2.3.2.6 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V)

Diese Leistungen wurden durch das GKV-WSG neu in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativmedizin erhalten Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 SGB V das Nähere, insbesondere zu den Anforderungen, dem Inhalt und Umfang der Leistungsgewährung und zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer.

3.2.3.2.7 Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)

Der Vertragsarzt stellt eine Verordnung von Krankenhausbehandlung unter Berücksichtigung der Kriterien für eine Einweisung in die stationäre Behandlung aus, festgelegt in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 SGB V). Dabei spielt es für die Verordnung keine Rolle, ob die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) oder ambulant (§ 115b SGB V) erbracht werden kann.

Die gesetzliche Krankenkasse darf stationäre Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen (§108 SGB V). Der Versicherte hat Anspruch auf stationäre Behandlung in einem geeigneten Krankenhaus. Nach den Krankenhausbehandlungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses schließt die ärztliche Verordnung auch Hinweise auf das nächsterreichbare Krankenhaus mit ein. Kommen mehrere geeignete Krankenhäuser in Betracht, so sind die beiden nächsterreichbaren Krankenhäuser anzugeben. Der Versicherte hat die freie Wahl unter diesen Krankenhäusern.

Wenn sich der Versicherte ohne zwingenden Grund in ein anderes Krankenhaus begibt, können ihm die dadurch entstehenden Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden (vgl. § 39 Abs. 2 SGB V).

Der Versicherte hat während der bestehenden Mitgliedschaft einen Leistungsanspruch ohne zeitliche Begrenzung. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen bei vollstationärer Behandlung innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage eine Zuzahlung von 10 EUR je Kalendertag leisten. Eine Härtefallregelung ist im Sozialgesetzbuch V nicht enthalten; es gilt jedoch die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V.

Im Leistungsrecht der GKV steht in der Rangfolge der Behandlung die ambulante ärztliche Versorgung vor der stationären Krankenhausbehandlung.

3.2.3.2.8 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 40, 41, 43 SGB V)

Rehabilitation bedeutet im eigentlichen Wortsinn Wiedereingliederung. Sie ist Hilfe für den Versicherten, der körperlich oder seelisch krank ist und der aus eigener Kraft die Krankheit oder deren Folgen nicht überwinden kann. Durch Rehabilitationsmaßnahmen soll es diesem Versicherten ermöglicht werden, seine Fähigkeiten und Kräfte so zu entfalten, dass er am Erwerbsleben teilnehmen und/oder einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft finden kann. Die Rehabilitation ist mit Aktivitäten verbunden, die ein Wiederauftreten oder die Verschlimmerung des gesundheitlichen Schadens, aber auch einen anderen drohenden oder möglichen Gesundheitsschaden verhindern sollen.

Im SGB V ist ein stufenweises Verfahren vorgesehen, und zwar:

1. Stufe:	Ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen, u. a. ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel, Belastungserprobung und Arbeitstherapie
↓	
2. Stufe	Ambulante Rehabilitationskuren in wohnortnahen Einrichtungen
↓	
3. Stufe	Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen; Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung

Dieses Stufensystem bedeutet, dass ambulante Krankenbehandlung einschließlich Rehabilitationsmaßnahmen am Wohnort den Vorrang vor ambulanten Rehabilitationskuren hat, ambulante Rehabilitationskuren wiederum haben den Vorrang vor stationären Rehabilitationsmaßnahmen.

Für Rehabilitationsmaßnahmen müssen Zuzahlungen vom Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, in Höhe von 10 EUR je Kalendertag geleistet werden. Soweit es sich um eine Anschlussrehabilitation handelt, ist diese Zuzahlung auf längstens 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt.

Die gesetzliche Krankenkasse bestimmt die Modalitäten der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen in Abhängigkeit von den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls. Leistungen der ambulanten Rehabilitation sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen der stationären Rehabilitation für längstens drei Wochen gewährt werden.

3.2.3.2.9 Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V)

Die Belastungserprobung zielt darauf ab zu klären, in welchem Umfang der Versicherte in dem jeweiligen Stadium der Besserung seiner Gesundheit in der Lage ist, belastet zu werden, und zwar sowohl durch die Belastungen des Alltags als auch durch die Belastungen im Rahmen einer Beschäftigung (Ermittlung der Belastbarkeit und der Grenzen des Leistungsvermögens).

Die Arbeitstherapie zielt darauf ab, den Versicherten in den Arbeitsprozess einzugliedern oder wiedereinzugliedern: Über einen bestimmten Zeitraum werden dem Versicherten Aufgaben übertragen, deren Erledigung beobachtet, gemessen und bewertet wird (Vorbereitung und Ausbildung auf eine Erwerbstätigkeit).

Belastungserprobung und Arbeitstherapie gehören zur medizinischen Rehabilitation. Sie sind aber die Vorstufe der beruflichen Rehabilitation. Zur beruflichen Rehabilitation gehören z. B. Berufsberatung, Berufsfindung, Vorförderung, berufliche Anpassungsmaßnahmen, Berufsausbildung und Stellenvermittlung. In vielen Fällen sind nur einzelne oder nur einige der genannten Maßnahmen erforderlich, um das Ziel der Eingliederung zu erreichen.

3.2.3.3 Krankengeld (§§ 44 bis 51 SGB V)

Neben der Krankenbehandlung hat die gesetzliche Krankenkasse den Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen auch Krankengeld zu gewähren. Die Leistung dient der wirtschaftlichen Sicherung des Versicherten, wenn er arbeitsunfähig krank ist und deshalb kein Arbeitsentgelt bezieht. Sie ist eine Lohnersatzleistung, d. h. das Krankengeld ersetzt das durch Arbeitsunfähigkeit entgangene Einkommen aus der Erwerbstätigkeit des Versicherten. Dem Versicherten soll damit weitgehend ermöglicht werden, den bisherigen Lebensstandard zu halten.

Exkurs:

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte seiner zuletzt ausgeübten oder einer gleichgearteten Erwerbstätigkeit wegen Krankheit überhaupt nicht mehr oder nur auf die Gefahr hin nachgehen kann, seinen Zustand zu verschlimmern. Die zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Beschäftigung ist Bezugspunkt für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. Der Vertragsarzt beurteilt, ob Arbeitsunfähigkeit besteht. Ggf. hat er nach dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszustellen und muss dabei die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses beachten. Die gesetzliche Krankenkasse ist unter den Bedingungen des § 275 SGB V verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeit durch den MDK begutachten zu lassen.

Der Anspruch auf Krankengeld beginnt grundsätzlich

- bei stationärer Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung vom ersten Tag an,
- sonst aber von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt.

Der Anspruch auf Krankengeld ruht bei Weiterbezug von Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen (vgl. § 49 Nr. 1 SGB V). In der Regel hat der Versicherte im Krankheitsfall einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung für längstens sechs Wochen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht auch für die Zeit, in der der Versicherte Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz in Anspruch nimmt.

Das Krankengeld beträgt 70 v. H. des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts, soweit es der Beitragsbemessungsgrenze unterliegt. Es darf 90 v. H. des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (vgl. § 47 SGB V).

Krankengeld wird während der Mitgliedschaft zeitlich unbegrenzt gewährt, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Ein erneuter Anspruch auf Krankengeld besteht bei vorausgegangener Leistungsunterbrechung nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraumes wegen derselben Krankheit nur dann, wenn der Versicherte bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

- nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war und
- erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Tritt nach Beendigung der Mitgliedschaft Arbeitsunfähigkeit ein, besteht ein Anspruch für längstens einen Monat, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird (vgl. § 19 Abs. 2 SGB V).

Anspruch auf Krankengeld besteht auch bei Erkrankung eines Kindes, soweit die im Gesetz definierten Voraussetzungen erfüllt sind (§ 45 SGB V). Für die Zeit dieser Krankengeldzahlung hat der Arbeitgeber den Arbeitnehmer unbezahlt von der Arbeit freizustellen. Die Dauer des Anspruchs beträgt für jedes versicherte Kind längstens zehn Arbeitstage im Kalenderjahr, insgesamt jedoch längstens 25 Arbeitstage; bei alleinerziehenden Versicherten je Kind längstens 20 Arbeitstage, insgesamt längstens 50 Arbeitstage je Kalenderjahr.

3.2.3.4 Leistungsbeschränkungen

Unter bestimmten Umständen kann die gesetzliche Krankenkasse einem Versicherten Leistungen ganz oder teilweise verweigern. Hier kommt zunächst § 52 SGB V infrage:

§ 52 Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

Abs. 1 „Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.“

Nach dem GKV-WSG gilt außerdem neu, dass Versicherte in angemessener Höhe an den Krankheitskosten zu beteiligen sind, wenn diese infolge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen entstanden sind (z. B. Piercing).

Außerdem kann eine Beschränkung als Folge fehlender Mitwirkung eintreten. Die entsprechenden Vorschriften finden sich in den §§ 66, 206 SGB V. Eine weitere Beschränkung ergibt sich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V.

Schließlich darf die Krankenkasse keine Leistungen gewähren, die außerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches liegen; hierzu gehören z. B. (vgl. auch § 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

- Reihen-, Einstellungs-, Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen (einschließlich Sporttauglichkeit), auch wenn sie für bestimmte Betätigungen für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind,
- Leistungen, für die ein Träger der Unfall-, der Rentenversicherung, der Sozialhilfe oder ein anderer Träger (z. B. Versorgungsbehörde) zuständig ist,
- die ärztliche Versorgung von Personen, die aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und

betriebs- sowie fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlasst werden,

- die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten,
- kosmetische Operationen.

Weitere Leistungsausschlüsse sind in § 52a SGB V geregelt.

3.2.4 Fahrkosten (§ 60 SGB V)

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten und Transporte, wenn sie im Zusammenhang mit bestimmten Leistungen stehen, die in § 60 Abs. 2 SGB V näher definiert sind. Ferner muss die medizinische Notwendigkeit bestehen. Als notwendig in diesem Sinne sind grundsätzlich nur Fahrkosten bis zu der nächstreichbaren Behandlungsstätte (z. B. ärztliche Praxis, ärztlich geleitete Einrichtungen, Krankenhaus; vgl. §§ 39 Abs. 2 und 76 Abs. 2 SGB V).

Die gesetzliche Krankenkasse hat nur die Kosten des Transportmittels zu übernehmen, das im Einzelfall aus medizinischen Gründen erforderlich ist, d. h. die Frage, welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit. Der Vertragsarzt stellt bei medizinischer Notwendigkeit eine Verordnung aus. Die Kostenübernahme für Fahrten zu einer ambulanten Behandlung ist auf besondere Ausnahmefälle beschränkt und richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V). Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

Die Zuzahlung des Versicherten (unabhängig vom Alter) zu den Fahrkosten beträgt 10 vom Hundert, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR, allerdings nicht mehr als die Gesamtkosten; die Krankenkasse übernimmt die darüber hinausgehenden Kosten.

3.2.5 Belastungsgrenze

In verschiedenen Bereichen des Leistungsrechts ist die Selbstbeteiligung (Zuzahlungen) des Versicherten zu beachten. Die Selbstbeteiligung ist Ausdruck der Selbstverantwortlichkeit des Versicherten. Der Versicherte soll Anreize zur sparsamen Inanspruchnahme von Leistungen erhalten. Der Grundsatz der Selbstbeteiligung ist jedoch durch die Einführung einer Belastungsgrenze nach § 62 SGB V eingeschränkt. Danach haben Versicherte während eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Bei Erreichen dieser Grenze wird der Versicherte auf Antrag bei seiner Krankenkasse für den Verlauf des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreit. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke 1 vom Hundert. Der Versicherte soll vor unzumutbaren finanziellen Belastungen durch Zuzahlungen und Eigenanteile geschützt werden.

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nicht, wenn Versicherte gesetzlich vorgeschriebene Vorsorgeleistungen nicht in Anspruch genommen haben (§ 62 Abs. 1 SGB V).

3.2.6 Weiterentwicklung der Versorgung (§§ 63 bis 68 SGB V)

Die gesetzlichen Krankenkassen sind ermächtigt, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchzuführen oder zu vereinbaren. Ziel solcher Modellvorhaben soll nach dem Gesetz die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sein. Diese Modellvorhaben sind näher in der Satzung zu bestimmen und zu befristen. Die Modellvorhaben sind wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten.

Durch das GMG wurde z. B. den Kassen die Möglichkeit eröffnet, auf der Grundlage von Satzungsregelungen Versicherten für ein gesundheitsbewusstes Verhalten einen Bonus zu gewähren (§ 65a SGB V).

Für die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die papiergebundene Kommunikation zwischen den Leistungserbringern so umfassend wie möglich durch eine elektronische Kommunikation abgelöst werden. Damit im Zusammenhang steht die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (§§ 67 und 68 SGB V).

Mit dem PsychEntG wurde z. B. auch die Möglichkeit neu in das SGB V aufgenommen, Modellvorhaben für die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen durchzuführen (§ 64b SGB V).

Ebenfalls neu in das Sozialgesetz eingeführt worden ist die Verpflichtung der Länder, zur Verbesserung der onkologischen Versorgung klinische Krebsregister einzurichten (§ 65c SGB V). Die Krankenkassen fördern die klinischen Krebsregister; dazu hat der GKV-SV bis zum 31.12.2013 einheitliche Fördervoraussetzungen festzulegen. An der Erarbeitung dieser Fördervoraussetzungen ist auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu beteiligen. (KFRG)

3.2.7 Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

Diese Leistungen (früher „Sonstige Hilfen“ genannt) wurden durch den Gesetzgeber in den Leistungskatalog der GKV eingeführt (§§ 24a, 24b SGB V), obwohl sie nicht zu den originären Aufgaben der Krankenversicherung gehören. Nähere Einzelheiten über Art und Umfang der Leistungen werden durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt.

Empfängnisverhütung

Der Anspruch des Versicherten besteht auf ärztliche Beratung über Empfängnisregelung, die in den Richtlinien aufgeführten Untersuchungen sowie die ärztliche Verordnung empfängnisregelnder Mittel. Die empfängnisregelnden Mittel selbst sind nicht in der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen enthalten und müssen mit Ausnahme verordnungspflichtiger Mittel bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr privat bezahlt werden.

Sterilisation

Anspruch besteht bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation.

Schwangerschaftsabbruch

Bei nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund medizinischer oder kriminologischer Indikation werden alle notwendigen Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Der Anspruch besteht jedoch nur, wenn der Abbruch in einer Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vorgenommen wird.

In § 24b Abs. 4 SGB V werden die ärztlichen Leistungen beim Schwangerschaftsabbruch aufgeführt, die nicht in die Leistungspflicht der GKV fallen. Diese von der Leistungspflicht der GKV ausgenommenen Leistungen müssen daher von der Schwangeren bezahlt werden. Flankierend dazu wurde die GOÄ durch Einfügung eines § 5a angepasst, der vorsieht, dass für die genannten privat zu liquidierenden Leistungen Gebühren nur bis zum 1,8-fachen des Gebührensatzes berechnet werden dürfen. Eine höhere Honorarvereinbarung ist unzulässig.

3.2.8 Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (§§ 137f, g SGB V)

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme – DMP) beschlossen. Ziel ist es, die Behandlungsabläufe und die Qualität für ausgewählte chronische Krankheiten zu verbessern. Diese strukturierten Behandlungsprogramme sind durch das Bundesversicherungsamt nach den in der Rechtsverordnung (§ 266 Abs. 7) genannten Kriterien zu prüfen und zuzulassen. Die Behandlung im Rahmen der DMP erfolgt auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien und durchzuführender Qualitätssicherungsmaßnahmen. Für die Versicherten ist die Teilnahme an den Programmen freiwillig. Die Einführung der Programme war Bestandteil der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs der gesetzlichen Krankenkassen. Sie ist an besondere Anforderungen hinsichtlich der Dokumentationspflicht des Arztes und des Datenflusses gebunden.

Aktuell bestehen Rechtsverordnungen für folgende Disease-Management-Programme:

- Diabetes mellitus Typ 2 (seit 01.07.2002)
- Diabetes mellitus Typ 1 (seit 01.03.2004)
- Brustkrebs (seit 01.07.2002)
- Koronare Herzkrankheit/KHK(seit 01.05.2003)
- Asthma bronchiale (seit 01.01.2005)
- COPD (chronic obstructive pulmonary disease, seit 01.01.2005)
- Modul Herzinsuffizienz zum DMP KHK (seit 01.07.2009)

Der G-BA definiert in Richtlinien die Anforderungen an DMP. Diese Vorgaben werden regional in Verträgen zwischen Krankenkassen und (i. d. R.) Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt.

3.2.9 Integrierte Versorgung (§§ 140a – d SGB V)

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die integrierte Versorgung als neue Versorgungsform in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt. Die integrierte Versorgung soll eine über verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten ermöglichen, die mindestens die hausärztliche Versorgung einschließt. Verträge der integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene flächendeckende Versorgung ermöglichen.

Verträge zur integrierten Versorgung können die Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern oder Gemeinschaften von Leistungserbringern, Trägern von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, Trägern von medizinischen Versorgungszentren oder Gemeinschaften der vorgenannten abschließen. Seit dem GKV-WSG können nunmehr auch Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen Vertragspartner der integrierten Versorgung sein. Die Teilnahme von Versicherten an der integrierten Versorgung ist freiwillig.

Literaturverzeichnis

Beske, F., Brecht, J. G., Reinckemeier, A.-M., Das Gesundheitswesen in Deutschland, Köln 1993

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Übersicht über die soziale Sicherheit, Bonn 1991

Dalichau/Schiwy, Gesetzliche Krankenversicherung, Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V), Verlag R. S. Schulz, Percha am Starnberger See

Fröhlich, Sigrid, Die soziale Sicherung bei Zünften und Gesellenverbänden, Berlin 1976

Goldammer, Heinz-Dietmar, Die Beziehungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen

Häußler, Liebold, Narr, Die kassenärztliche Tätigkeit, Berlin – Heidelberg – New York – Tokio 1984

Herder-Dorneich, Philipp, Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenkassen, Köln 1966

Kleeiss, Friedrich, Das neue Recht der Hilfskassen (der Krankenversicherungsvereine) mit Muster-Satzung, Frankfurt/Main 1912

KVB (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns), Die Geschichte des Krankenfürsorgegedankens und die Entwicklung des Kassenarztrechts, Fortbildungsheft für die Mitarbeiter bei der KV Bayerns, Stand: 01.10.1984

Liebold, Rolf, Handlexikon für den Vertragsarzt, Asgard Verlag, St. Augustin 1994

Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Engel-Verlag, Berlin – Wiesbaden

Naschold, Frieder, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg i. Br., 1967

Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil II: Sozialgesetzbuch V, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch

Tennstedt, Florian, Soziale Selbstverwaltung, Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bd. 2, Bonn, o. J.

Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2011; Kassenärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband, Finanzierung, 03.01.2013, <http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/>

Internetrecherche

Fragen zur Selbstkontrolle

1. Welche gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen machten es notwendig, von einer freiwilligen sozialen Absicherung zu einer zwangsweisen Versicherung weiter Bevölkerungskreise überzugehen?
2. Welches Gesetz würden Sie als grundlegend für das heutige System der gesetzlichen Krankenversicherung bezeichnen? Welcher politische Akt ging diesem Gesetz voraus?
3. Welches Gesetzeswerk fasste erstmalig alle Zweige der Sozialversicherung zusammen?
4. In welche Bereiche gliedert sich die deutsche Sozialversicherung und auf welchen drei Hauptprinzipien (klassischen Säulen) gründet sie sich?
5. Nach welchen beiden Prinzipien erhält der Versicherte seine Leistungen? Ordnen Sie diese beiden Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der privaten Krankenversicherung zu!
6. Welche verschiedenen Arten von Krankenkassen gibt es?
7. Welche Vor- und Nachteile hat eine Gliederung der GKV in viele einzelne Krankenkassen?
8. Wodurch unterscheiden sich Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte?
9. Nennen Sie die beiden Organe einer Krankenkasse!
10. Was ist der „Medizinische Dienst“ der gesetzlichen Krankenversicherung?
11. Welche Leistungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten? Beschreiben Sie diese überblickartig!
12. Welche Leistungen sind im Gesetz an der Formulierung „Die Krankenkasse kann ...“ zu erkennen?
13. Wie unterscheiden sich Heilmittel von Hilfsmitteln?
14. Welchem Ziel diente die Einführung der häuslichen Krankenpflege?
15. Wann haben Versicherte Anspruch auf eine Haushaltshilfe?
16. In welcher Weise ist die Wahl des Versicherten unter den Krankenhäusern eingeschränkt?
17. Welchem Ziel dienen Rehabilitationsmaßnahmen?
18. Welchem Ziel dient die Zahlung von Krankengeld, und ab welchem Zeitpunkt hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld?

Schlagwortverzeichnis

Schlagwort	Seite
Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien	63
Arznei- und Verbandmittel	45, 55, 62
Arzneimittel-Richtlinien	55
Behandlung	17, 25, 33f., 45, 48, 50, 52f., 55, 58f., 61ff., 65, 67
Beitragspflicht	13
Betriebskrankenkasse	35, 43
Bundesmantelvertrag	19, 63f.
Disease-Management-Programm	67f.
Eigenverantwortung	21, 34
Ersatzkassen	18f., 35, 37, 39f., 43f.
Fahrkosten	21, 46, 48, 65
Festbetrag	26, 55, 58
Freiwillig Versicherte	23, 38f., 42, 70
Früherkennung von Krankheiten	20, 45, 51f.
Fürsorge	13, 16, 29f.
Gesamtvergütung	19, 25
Gewerbefreiheit	12f.
Gewerbeordnung 1845	13
Gewerkvereine	12
Grundlohn	41
Grundpflege	59
Haushaltshilfe	20, 45, 50, 53, 59f., 70
Häusliche Krankenpflege	53, 59
Hebammenhilfe	50
Heilmittel	21, 24f., 27, 45, 50, 57f., 70
Hilfskassen	12, 15
Hilfskassengesetz 1876	14
Hilfsmittel	25, 45, 48, 53, 55, 58f., 70
Innungskrankenkasse	15, 25, 35ff., 43f.

Integrierte Versorgung	24, 26, 68
Kaiserliche Botschaft	15f.
Kassenart	9, 35, 37, 43
Körperschaft des öffentlichen Rechts	43f.
Krankengeld	17f., 20, 25, 46, 48, 63f., 70
Krankenversicherungsgesetz 1883	15, 17
Krankheit	12, 17, 20, 22, 28, 34, 41, 45f., 48ff., 61, 63f., 67
Künstliche Befruchtung	53
Landwirtschaftliche Krankenkasse	35, 44
Leistungsrecht	9, 20f., 45, 47, 52, 61, 65
Medizinischer Dienst	44, 55, 59, 70
Mutterschaft	45, 49f.
Negativliste	57
Ortskrankenkasse	34f., 37, 40, 43
Pflichtversicherte	38, 70
Preußisches allgemeines Landrecht	13
Psychotherapeuten	24, 53ff.
Rehabilitation	20, 30, 34, 46, 53, 61f.
Reichsversicherungsordnung 1911	10, 13, 17f.
Rentner-Krankenversicherung	19, 21, 42
Risikostrukturausgleich	24, 26, 43, 67
Schwangerschaft	45f., 49f., 53
See-Krankenkasse	35
Solidarität	21, 34
Sozialleistung	28, 30, 48
Sozialversicherung	15, 17f., 29ff., 70
Soziotherapie	45, 55, 60
Stationäre Krankenhausbehandlung	50, 61, 63
Versicherungszwang	13, 15, 17f.
Versorgung	13, 19, 21ff., 29ff., 34, 45, 50, 53, 55, 58ff., 64, 66, 68
Wirtschaftlichkeitsgebot	46, 57, 64
Zünfte	11, 13
Zwangskassen	14

Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte

(Stand: August 2014)

- Heft 1 Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände
Autor: Dipl.-Ök. I. Quasdorf
Stand: 2014
- Heft 2 Die gesetzliche Krankenversicherung
Autor: Dipl.-Ök. I. Quasdorf
Stand: 2014
- Heft 3 Einführung in das Vertragsarztrecht
Autor: Ass. jur. B. Berner
Stand: 2014
- Heft 4 Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Ass. jur. B. Hartz
Stand: 2014
- Heft 5 Die Bundesmantelverträge
Autoren: RA Dr. jur. G. Nösser
 Ass. jur. E. Jolitz
Stand: 2009
- Heft 6 Gesamtverträge und Gesamtvergütung
Autor: Dr. rer. soc. Th. Kriedel
Stand: 2012
- Heft 7 Die Datenwelt der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dipl.-Kfm. K. Wilkening
Stand: 2007
- Heft 8 Grundbegriffe des Verwaltungsrechts
Autor: Ass. jur. A. Genzel
Stand: 2014
- Heft 9 Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die
Wirtschaftlichkeitsprüfung
Autor: Dipl.-Vwt. S. Freund
Stand: 2013
- Heft 10 Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Richtlinien zur
vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dr. med. P. Rheinberger
Stand: 2009

- Heft 11 Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dr. habil. R. Pfandzelter
Stand: 2014
- Heft 12 Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen, Fremdkassenzahlungs-
ausgleich und Honorarverteilung
Autor: Dipl.-Vwt. D. Bollmann
Stand: 2008