

Der Weg des Geldes vom Versicherten zum (Haus-)Arzt

Von **Theresa M. Hess**, Wiss. Mitarbeiter **Benedikt N. Fink**, Heidelberg*

Dieser Beitrag richtet sich vor allem an Studentinnen und Studenten mit Schwerpunkt im oder Interesse am Sozialrecht und soll dazu dienen, einen Überblick über den komplexen Weg des Geldes vom Versicherten zum Vertragsarzt zu vermitteln. In der einschlägigen Lehrbuchliteratur finden sich nur vereinzelt Aspekte dargestellt und kein Gesamtüberblick. Dieser wird von den Studentinnen und Studenten schlicht vorausgesetzt. Im Folgenden soll dieser Gesamtüberblick Schritt für Schritt beschrieben und die Zusammenhänge und Rechtsprobleme erläutert werden.

I. Einführung in die Thematik

Deutschland gilt seit der *Bismarckschen* Sozialgesetzgebung 1881 als Geburtsland der Sozialversicherung. Die Grundideen *Bismarcks* sind auch heute noch in den in erklärten Zielen des Sozialrechts enthalten: Gem. § 1 Abs. 1 SGB I soll das Recht des Sozialgesetzbuchs der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit dienen. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Sozialversicherung ergibt sich primär aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Der Begriff der Sozialversicherung wird dabei als weit gefasster verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff verstanden, der gekennzeichnet ist durch das soziale Bedürfnis nach Ausgleich besonderer Lasten, die Aufbringung der erforderlichen Mittel durch Beiträge der Beteiligten und die organisatorische Durchführung durch selbständige Anstalten oder Körperschaften öffentlichen Rechts.¹ Dazu gehört jedenfalls die gemeinsame Deckung eines möglichen, in seiner Gesamtheit schätzbaren Bedarfs durch Verteilung auf eine organisierte Vielheit.² Um die Wichtigkeit der Sozialversicherungsbeiträge zu verdeutlichen, seien an dieser Stelle die Zahlen aus dem Jahr 2019³ dargestellt: Die laufenden Gesundheitsausgaben beliefen sich auf 403,4 Milliarden Euro. Die Sozialversicherungsbeiträge bildeten mit 64,9 % deren wichtigste Finanzierungsquelle.⁴

Das Sozialgesetzbuch besteht bislang aus zwölf Büchern.⁵ Dabei bilden die Bücher I und IV einen allgemeinen Teil und

gemeinsame Vorschriften für Sozialversicherungen. Buch X setzt sich mit dem sozialrechtlichen Verwaltungsverfahren auseinander. Die übrigen Bücher enthalten Regelungen zu den einzelnen Sozialversicherungen. Beispielhaft sei noch das SGB VII, Unfallversicherungsrecht, und das SGB XI, Vorschriften für die soziale Pflegeversicherung, genannt.

1. Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Für die folgenden Erläuterungen steht vor allem das Recht der gesetzlichen Krankenversicherungen im Fokus. Gem. § 1 S. 1 SGB V hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Dem Krankenversicherungsrecht ist folglich das Solidaritätsprinzip immanent, welches auch in § 3 SGB V deutlich wird.⁶ Dieses gebietet es, dass sich Arbeitnehmer, solange sie Arbeitsentgelt erhalten, mit Beiträgen an der Finanzierung von Leistungen der Versichertengemeinschaft beteiligen, unabhängig davon, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang beim Beitragszahler ein Schutzbedürfnis besteht. Vorteile und Lasten brauchen für den einzelnen Versicherten nicht äquivalent zu sein.⁷ Prägende Gesichtspunkte der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Qualität, § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V, die Humanität, § 70 Abs. 2 SGB V und die Wirtschaftlichkeit, § 12 SGB V.

Der wohl wichtigste Anspruch im Krankenversicherungsrecht ist der Anspruch auf Krankenbehandlung in § 27 Abs. 1 SGB V. Der Anspruch auf Sozialleistungen wird grundsätzlich im gleichen Schema geprüft und ist damit für die Studentinnen und Studenten sehr dankbar: Zuerst ist zu fragen, ob der Anspruchssteller zum versicherten Personenkreis des jeweiligen Versicherungszweiges gehört. Sodann ist zu untersuchen, ob der Versicherungsfall eingetreten ist. Der dritte wichtige Prüfungspunkt ist, ob die Leistungsvoraussetzungen im Hinblick auf die konkret begehrte Leistung vorliegen.⁸ Zentraler Begriff i.R.d. § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V ist die Krankheit. Krankheit ist dabei jeder regelwidrige, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht.⁹ Die Krankenbehandlung ist damit das, was der Leistungserbringer erbringt, wofür auf der anderen Seite das Geld fließt, dessen Weg hier beschrieben wird.

* Die *Autorin* ist Promotionsstudentin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Der *Autor* ist Wiss. Mitarbeiter am Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Unternehmensrecht von Prof. Dr. Markus Stoffels an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

¹ Steiner, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 3. Aufl. 2018, GG Art. 74 Rn. 3.

² BVerfG, Urt. v. 10.5.1960 – 1 BvR 190/58 = BVerfGE 11, 105, Rn. 21; erläutert auch in *Sodan*, in: *Sodan* (Hrsg.), *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*, 3. Aufl. 2018, § 1 Rn. 25.

³ Die *Autoren* haben sich für das Jahr 2019 zur Erläuterung entschieden, da die Jahre 2020/2021 bedingt durch die COVID-19 Pandemie außergewöhnlichen Umständen unterlagen.

⁴ Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes v. 2.6.2021.

⁵ Ab 1.1.2024 werden es 13 Bücher sein.

⁶ Mit weiteren Ausführungen: *Zuck*, in: *Quaas/Zuck/Clemens*, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2018, § 2 Rn. 68 ff.

⁷ BSG SozR 3-4100, § 168 Nr. 10; kritisch mit dem Begriff der Solidarität und gut das Verhältnis zur Eigenverantwortung beschreibend: *Zuck* (Fn. 6), § 2 Rn. 77 ff.

⁸ Darüber hinaus ist ggf. zu fragen, ob dem Anspruch rechtliche Hindernisse entgegenstehen (wie etwa die Verjährung); wer der zuständige Leistungsträger ist und ob die Rechtsfolge eine gebundene Entscheidung, § 38 SGB I, oder eine Ermessensentscheidung, § 39 SGB I, ist.

⁹ BSG NZS 2009, 95 (95).

2. Grundsatz des Sachleistungsprinzips

Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung gilt grundsätzlich nach § 2 Abs. 2 S. 1 SGB V das Sachleistungsprinzip, soweit gesetzlich nichts Anderes geregelt ist. Ausnahmen stellen beispielsweise die Regelungen in § 13 Abs. 2–4 SGB V dar.¹⁰ Nach diesem Prinzip hat der Versicherte dem Grunde nach einen Anspruch gegen die Krankenversicherung auf Verschaffung der Leistung in natura und grundsätzlich keinen Kostenerstattungsanspruch.¹¹ Die Krankenversicherung erbringt diese Leistungen zumeist nicht selbst, sondern bedient sich dafür der sog. Leistungserbringer (dazu zählen insb. Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmitteln, Apotheken und pharmazeutische Unternehmen).¹² Gem. § 2 Abs. 2 S. 3 SGB V schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern über Erbringung der Sach- und Dienstleistungen.¹³ Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung, bei der das Kostenerstattungsprinzip vorherrscht,¹⁴ ist der Versicherte von der Last, die Kosten vorstrecken zu müssen, befreit.¹⁵ Im Rahmen des gesetzlichen Krankenversicherungsrecht ist der Versicherte nicht am Abrechnungsvorgang beteiligt.¹⁶ Als Nachteil des Sachleistungsprinzips wird deshalb angeführt, dass der Leistungsempfänger keinen Überblick darüber hat, welche Kosten aufgrund der für ihn erbrachten Leistungen für seine Krankenkasse entstanden sind.

II. Weg des Geldes

Dieser für den Versicherten meist nicht offensichtlich wahrnehmbare Prozess soll im Folgenden erläutert werden. Dadurch soll zum einen das Verständnis für diese Abläufe ver-

bessert werden. Gleichzeitig stellt diese Thematik einen beliebten Stoff für Schwerpunktprüfungen dar.

1. Lohnabzugsverfahren beim Versicherten

Grundlage für den Zahlungsprozess ohne unmittelbare Beteiligung des Versicherten ist das Lohnabzugsverfahren der gegen Arbeitsentgelt beschäftigten Arbeitnehmer, § 28g S. 2 SGB IV. Dieser ist nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 Var. 1 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert,¹⁷ soweit er nicht jenseits der Jahresarbeitsentgeltgrenze¹⁸ verdient oder einen Sonderstatus hat, siehe § 6 SGB V. Als Beschäftigter hat er nach § 28g S. 1 SGB IV die Abführung des von ihm zu tragenden Teiles des Gesamtsozialversicherungsbeitrages zu dulden.¹⁹ Dabei stellt der Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 28d S. 1 SGB IV einen Teil des Gesamtsozialversicherungsbeitrages dar. Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag setzt sich aber neben dem Beitrag für die gesetzliche Krankenversicherung auch aus dem Beitrag in der Rentenversicherung, Pflegeversicherung²⁰ sowie dem Beitrag aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nach dem Recht der Arbeitsförderung zusammen.

2. Arbeitgeberanteil

Nach § 249 Abs. 1 S. 1 SGB V gilt auch im Krankenversicherungsrecht der Grundsatz der Parität.²¹ Danach tragen der Arbeitgeber und die Beschäftigten, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind, die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte. Grund der arbeitgeberseitigen Beitragszahlung ist das für ihn geltende Fürsorgeprinzip.²² Außerdem profitiert er maßgeb-

¹⁰ *Krauskopf*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, 111. Lfg., Stand 2021, SGB V § 2 Rn. 9; *Nebendahl*, in: Spickhoff (Fn. 1), SGB V § 2 Rn. 13; *Waltermann*, Sozialrecht, 14. Aufl. 2020, Rn. 191; *Roos*, NZS 1997, 464 (465).

¹¹ BSGE NJW 1999, 1805; *Sodan* (Fn. 2), § 1 Rn. 28; *Fastabend/Schneider*, Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2. Aufl. 2016, Rn. 16; *Muckel/Ogorek*, Sozialrecht, 5. Aufl. 2019, § 8 Rn. 63.

¹² BSG MedR 2002, 47 (49); *Sodan* (Fn. 2), § 1 Rn. 28.

¹³ § 2 Abs. 2 S. 3 SGB V bildet die ordnungspolitische Grundentscheidung dafür, dass die Krankenkassen die Leistungen nicht durch angestellte Leistungserbringer, sondern durch Verträge mit diesen erbringen. Eine Ausnahme davon bildet § 140 SGB V; siehe dazu: *Kaempfe*, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 7. Aufl. 2020, § 140 Rn. 1; ausführlich zu den Rechtsbeziehungen im Leistungserbringungsverhältnis: *Becker/Kingreen*, in: Becker/Kingreen (a.a.O.), § 69 Rn. 9 ff.

¹⁴ *Sodan* (Fn. 2), § 1 Rn. 31.

¹⁵ BSG MedR 2002, 47 (49); *Muckel/Ogorek* (Fn. 11), § 8 Rn. 63.

¹⁶ Siehe zu diesem Punkt: *Sodan* (Fn. 2), § 1 Rn. 29; kritisch zum Sachleistungsprinzip *Fastabend/Schneider* (Fn. 11), Rn. 18; kritisch zu der Unterscheidung zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip: *Kingreen*, in: Becker/Kingreen (Fn. 13), § 13 Rn. 3 ff.

¹⁷ Die Differenzierung zwischen Arbeiter und Angestellten ist veraltet und wird im geltenden Sozialrecht nicht mehr vorgenommen; siehe *Ulmer*, in: Rolfs u.a. (Hrsg.), Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, 63. Ed., Stand 1.12.2021, SGB V § 5 Rn. 1.

¹⁸ Begründet wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze damit, dass Höherverdienende eine geringere Schutzbedürftigkeit gegenüber Beschäftigten mit geringem Jahresverdienst aufweisen, sodass für die der zwingende Krankenversicherungsschutz nicht mehr geboten scheint.

¹⁹ Während der Normwortlaut des § 28g S. 1 SGB IV von einem Anspruch spricht, gestehen Bundesarbeitsgericht und Bundessozialgericht dem Arbeitgeber (lediglich) einen besonderen Erfüllungseinwand zu; BSGE NZS 2001, 370 (371); BAGE NZA 2008, 884 (885).

²⁰ Nach § 28d S. 2 SGB IV gilt dies nur für die in der Krankenversicherung kraft Gesetzes versicherten Beschäftigten.

²¹ Von diesem Grundsatz werden jedoch einige Ausnahmen gemacht, siehe dazu: *Peters*, in: Körner u.a. (Hrsg.), Kassler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, SGB V § 249 Rn. 10 (103. EL., März 2019); *Rolfs*, in: Gagel, SGB II/III, SGB III § 340 Rn. 16 (81. EL., Februar 2021); *Axer*, in: Ruland/Becker/Axer (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, 6. Aufl. 2018, § 14 Rn. 56.

²² *Uhle*, in: Dürig/Herzog/Scholz, Grundgesetz, Kommentar, GG Art. 74 Rn. 171 (95. Lfg., Juli 2021).

lich von der Arbeitskraft seiner Beschäftigten.²³

3. Zusammensetzung des Beitrages

Gem. § 241 SGB V beträgt der allgemeine Beitragssatz 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Hinzu kommt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V.²⁴ Dadurch haben die einzelnen Krankenkassen die Möglichkeit, eine Unterdeckung ihrer Finanzen durch die Erhebung eines Zusatzbeitrages auszugleichen.²⁵ Es handelt sich um ein ergänzendes Finanzierungsinstrument, dessen Höhe jede Krankenkasse selbstständig festlegen kann. Dieser wird seit 2019 wieder²⁶ aufgrund einer Neuregelung²⁷ des § 249 Abs. 1 S. 1 SGB V paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen.

4. Weiterleitung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag ist gem. § 28h Abs. 1 S. 1 SGB IV vom Arbeitgeber an die Krankenkassen als Einzugsstellen zu zahlen.²⁸ Einzugsstellen im Sinne dieser Norm sind die in § 4 Abs. 2 SGB V genannten Krankenkassen.²⁹ Die Zuständigkeit der Einzugsstelle richtet sich nach § 28i S. 1 SGB IV. Grund für die Zahlung des Arbeitgebers an die Einzugsstelle ist die Überprüfung der rechtzeitigen und vollständigen Beitragszahlung und gegebenenfalls die Geltendmachung unterbliebener Beiträge.³⁰ Zudem ist es zentrale Aufgabe der Einzugsstellen, die Gesamtsozialversicherungspflicht zu prüfen und festzustellen, § 28h Abs. 2 S. 1 SGB IV.³¹ Diese Entscheidung wird für alle Versicherungszweige einheitlich und personenbezogen getroffen.³²

²³ Benner, SozVers 1989, 208 (208).

²⁴ Einen Überblick zur Neufassung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages liefert *Algermissen*, NZS 2014, 921.

²⁵ BT-Drs 16/3100, S. 92.

²⁶ Vgl. zur erstmaligen Einführung der paritätischen Beteiligung in § 249 SGB V: Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz-GRG) v. 20.12.1988, BGBl. I 1988, S. 2537.

²⁷ Vgl. BT-Drs. 19/4454, S. 35 f.

²⁸ Gem. § 28f IV SGB IV haben Arbeitgeber, die den Gesamtsozialversicherungsbeitrag grundsätzlich an mehrere Orts- oder Innungskrankenkassen zu zahlen haben, die Möglichkeit, den nach § 28f Abs. 3 SGB IV erforderlichen Beitragsnachweis an eine zentral (beauftragte) Stelle zu übermitteln und gegebenenfalls auch den Gesamtsozialversicherungsbeitrag dort hin abzuführen.

²⁹ Wagner, in: Rolfs u.a. (Fn. 17), SGB IV § 28h Rn. 3.

³⁰ Roßbach, in: Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann (Hrsg.), Kommentar zum Sozialrecht, 7. Aufl. 2021, SGB IV § 28h Rn. 4.

³¹ Wagner (Fn. 29), § 28h Rn. 4 ff.; Roßbach (Fn. 30), SGB IV § 28h Rn. 6.

³² Wagner (Fn. 29), § 28h Rn. 5.

5. Gesundheitsfonds

Gem. § 28k Abs. 1 S. 1 SGB IV verteilt die Einzugsstelle den Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die jeweiligen Sozialversicherungsträger, das heißt, dass sie dem zuständigen Träger der Pflegeversicherung, der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit die für diese gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich weiterleitet; der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wird gem. § 28k Abs. 1 S. 1 Hs. 2 SGB IV an den Gesundheitsfonds³³ weitergeleitet. Dieser wird vom Bundesamt für Soziale Sicherung als Sondervermögen verwaltet, § 271 Abs. 1 SGB V. Aus dem Gesundheitsfonds wird den Krankenkassen nach § 266 Abs. 1 S. 1 SGB V zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale gezahlt. Die Grundpauschale stellt einen berechneten Pro-Kopf-Finanzbedarf aller Krankenkassen dar.³⁴ Dieser wird im Voraus für ein Kalenderjahr bezahlt.³⁵ Diese Berechnung erfolgt nach § 12 Abs. 1 RSAV, wonach die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 266 Abs. 3 SGB V bilden. Ergänzt wird die Grundpauschale durch risikoadjustierte Zu- und Abschläge, um strukturelle Benachteiligungen einzelner Kassen durch deren besondere Risikostruktur (hohes Krankheitsrisiko, geringes Einkommen der Versicherten, mitversicherte Familienangehörige) auszugleichen.³⁶ Mit diesen Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, § 266 Abs. 1 S. 2 SGB V. Der morbiditätsbedingte Risikostrukturausgleich dient dazu, Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Fonds zielgenauer auf die unterschiedlichen Risiken der Versicherten der verschiedenen Kassen auszurichten.³⁷ Diese Risiken sind z.B. Alter, Krankheit und Geschlecht.³⁸ Zusätzlich dazu bestehen etwaige regionale Unterschiede.³⁹ Dabei wird insbesondere die zwischen den Krankenkassen unterschiedlich verteilte Krankheitsbelastung der Versicherten berücksichtigt. Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter haben daher keine Nachteile im Wettbewerb mehr.⁴⁰

Der Gesetzgeber wollte mit der Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung effizienter und transparenter gestalten.⁴¹ Die Idee des

³³ Neben den Beiträgen hat der Gesundheitsfonds noch andere Einnahmen, dazu: *Rappl*, in: Krauskopf (Fn. 10), SGB V § 271 Rn. 8.

³⁴ *Männle*, in: Rolfs u.a. (Fn. 17), SGB V § 266 Rn. 12.

³⁵ *Göpffarth*, in: Becker/Kingreen (Fn. 13), SGB V § 266 Rn. 26.

³⁶ *Waltermann* (Fn. 10), Rn. 161.

³⁷ BT-Drs 16/3100, S. 91.

³⁸ *Sichert/Göpffarth*, SGB 2010, 394 (394).

³⁹ Siehe dazu: BT-Drs. 19/15662, S. 2.

⁴⁰ Siehe § 266 Abs. 1 S. 3 SGB V; vgl. dazu auch: BT-Drs. 16/3100, S. 91.

⁴¹ *Göpffarth* (Fn. 35), SGB V § 271 Rn. 2; *Rappl* (Fn. 33), SGB V § 271 Rn. 3.

Gesundheitsfonds ist die wirtschaftliche Verwendung der Steuer- und Beitragsmittel und die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen zu fördern.⁴² Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind die wichtigsten Einnahmen der Krankenkassen.⁴³

6. Beziehungen zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung

Da die Krankenkassen die Versorgungsleistungen nicht selbst erbringen dürfen,⁴⁴ schließen sie Verträge mit den tatsächlich Ausführenden (sog. Leistungserbringern).⁴⁵ Diese Verträge sind der Bundesmantelvertrag und die Gesamtverträge, welche zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden. Die Aufteilung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sollen Inhalt, Qualität, Wirtschaftlichkeit und die Honorierung des Leistungsgeschehens steuern und damit eine gleichmäßige Versorgung der Versicherten gewährleisten, vgl. § 70 SGB V.⁴⁶

a) Bundesmantelvertrag

Der Bundesmantelvertrag wird auf Bundesebene zwischen den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geschlossen, § 82 Abs. 1 S. 1 SGB V. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, § 77 Abs. 5 SGB V, und der GKV-Spitzenverband, § 217 a SGB V, sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Aufgrund dieser Einordnung und der Tatsache, dass die ärztliche Versorgung dem öffentlichen Recht zuzuordnen ist, ist die Rechtsnatur des Bundesmantelvertrages öffentlich-rechtlich.⁴⁷ Zur Erfüllung der durch das SGB V übertragenen Aufgaben bilden die Vertragsärzte gem. § 77 Abs. 1 SGB V grundsätzlich für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung. Gründungszweck der Kassenärztlichen Vereinigung ist der Schutz der Ärzte vor der zu Beginn des 20. Jahrhunderts als übermächtig empfundenen Krankenkassen.⁴⁸ Heutzutage tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen in erster Linie die Organisationslasten, wie z.B. die Abrechnungsprüfung mit sachlich-rechnerischer Richtigstellung und die Beratung der Ärzte bei Fragen der Zulassung.⁴⁹ Inhalt des Bundesmantelvertrages ist primär, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung

der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden, § 72 Abs. 2 SGB V.⁵⁰ Spezielle Regelungsinhalte sind zudem die Organisation der Versorgung gem. § 87 Abs. 1 SGB V, die Abrechnung ärztlicher Leistungen gem. § 295 Abs. 3 SGB V und der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)⁵¹ nach § 87 Abs. 2 SGB V. Dieser bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

b) Gesamtverträge

Die Gesamtverträge werden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen⁵² geschlossen, § 83 S. 1 SGB V. Auch die Gesamtverträge sind öffentlich-rechtliche Verträge.⁵³ Der Inhalt des Bundesmantelvertrages ist Bestandteil der Gesamtverträge, § 82 Abs. 1 S. 2 SGB V. Außerdem regeln die Gesamtverträge nach § 82 Abs. 2 SGB V die zu vereinbarende Vergütung. Darüber hinaus können Regelungen zu allen Inhalten der vertragsärztlichen Versorgung sowie alle gegenseitigen Beziehungen getroffen werden.⁵⁴ Er umfasst zudem, dass die Krankenkassen mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung entrichten, § 85 Abs. 1 SGB V. Auch die Höhe der Gesamtvergütung wird in den Gesamtverträgen geregelt, § 85 Abs. 2 S. 1 SGB V.

7. Beziehung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und (Haus-)Arzt

Zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Vertragsärzten besteht eine Beziehung. Diese ist im Wege einer Zwangsmitgliedschaft⁵⁵ ausgestaltet, § 77 Abs. 3 S. 1 SGB V.⁵⁶ Eine Rechtsbeziehung zwischen den Krankenkassen und den Vertragsärzten gibt es im Bereich der ambulanten Versorgung hingegen nicht.⁵⁷

Vertragsarzt ist, wer nach dem Verfahren der §§ 95 ff. SGB V den Status des vertragsärztlichen Leistungserbringers

⁴² BT-Drs 16/3100, S. 91.

⁴³ *Sichert/Göppfarth*, SGB 2010, 394 (394).

⁴⁴ Ausnahme: §§ 33 Abs. 5, 76 Abs. 1 S. 3, S. 4, 132a Abs. 4 S. 13, 140 SGB V.

⁴⁵ *Scholz*, in: *Becker/Kingreen* (Fn. 13), SGB V § 2 Rn. 13.

⁴⁶ *Berchtold*, in: *Berchtold/Huster/Rehborn* (Hrsg.), *Gesundheitsrecht*, 2. Aufl. 2018, § 2 Rn. 21.

⁴⁷ *Muckel/Ogorek* (Fn. 11), § 8 Rn. 138.

⁴⁸ *Clemens*, in: *Quaas/Zuck/Clemens* (Fn. 6), § 19 Rn. 4; weiteres zur Historie: *Richter*, in: *Rolfs u.a.* (Fn. 17), SGB V § 77 Rn. 1.

⁴⁹ *Kern/Rehborn*, in: *Laufs/Kern/Rehborn*, *Handbuch des Arztrechts*, 5. Aufl. 2019, § 14 Rn. 34 f.; *Clemens* (Fn. 48), § 19 Rn. 5.

⁵⁰ Beispiele dazu finden sich in § 17 Abs. 1 S. 1 BMV und § 24 Abs. 7 BMV.

⁵¹ Der EBM gliedert gem. § 87 Abs. 2a S. 1 SGB V die Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung, entsprechend § 73 Abs. 1 SGB V.

⁵² Ausführlicher zu den Ersatzkassen: *Baier*, in: *Krauskopf* (Fn. 10), SGB V § 148 Rn. 1 ff.

⁵³ *Hess*, in: *Körner u.a.* (Fn. 21), SGB V § 82 Rn. 9 (113. EL., März 2021).

⁵⁴ *Sproll*, in: *Krauskopf* (Fn. 10), SGB V § 83 Rn. 7.

⁵⁵ Grundlegend zur Zwangseingliederung in öffentlich-rechtliche Verbände: *BVerfG NJW* 1960, 619.

⁵⁶ Die Pflichtmitgliedschaft wird deutlich an dem Wortlaut „sind Mitglieder“; *Richter* (Fn. 48), SGB V § 77 Rn. 3.

⁵⁷ *Muckel/Ogorek* (Fn. 11), § 8 Rn. 138.

erreicht hat⁵⁸ und auf Grundlage der oben genannten Verträge an der Versorgung der Versicherten mitwirkt.⁵⁹ Die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der anderen Seite erfüllen gem. § 75 Abs. 1 SGB V primär den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag zur ausreichenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen. Sie übernehmen die Gewähr dafür, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht, § 75 Abs. 1 S. 1 SGB V. Zudem haben sie gem. § 75 Abs. 2 S. 1 SGB V die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Außerdem überwachen sie die den Vertragsärzten obliegenden Pflichten, § 75 Abs. 2 S. 1 SGB V.

8. Vertragsärztliche Vergütung

In einem ersten Schritt der vertragsärztlichen Vergütung legt der EBM Punktwerte als Orientierungswerte fest.⁶⁰ Die Kassenärztliche Vereinigung und der Landesverband der Krankenkassen vereinbaren auf der Grundlage des Orientierungswertes gem. § 87 Abs. 2e SGB V jedes Jahr einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen anzuwenden ist, § 87a Abs. 2 SGB V. Der Grund dafür, dass der Wert in Punkten und nicht in Euro angegeben ist, ist vor allem, dass dieser so quartalsweise angepasst werden kann. Nur durch die Anpassung an aktuelle Gegebenheiten und Entwicklungen kann kostendeckend gehandelt und das wirtschaftliche Arbeiten der Ärzte gewährleistet werden. An dieser Stelle wird beispielsweise der prägende Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit im Krankenversicherungsrecht am praktischen Beispiel deutlich: Ein Belastungs-EKG in derselben Sitzung hat sowohl im Quartal 04/2021 als auch im Quartal 01/2022 den Punktwert 198 im EBM. Diese Leistung hatte aber im Quartal 04/2021 den Geldwert 22,03 €, während es im Quartal 01/2022 den Geldwert 22,31 € hat. Insofern hat eine Anpassung über den Geldwert der Punkte stattgefunden.

Gem. § 87a Abs. 3 S. 1 SGB V vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Dies deckt grundsätzlich die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten ab.⁶¹ Nach § 87b Abs. 1 S. 1 SGB V verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte. Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist, § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V. Sollten die ärztlichen Maßnahmen das Vermögen des für die morbi-

ditätsbedingte Gesamtvergütung vorgesehenen Geldes überschreiten, kann es rein rechnerisch sein, dass der Arzt für diese Behandlungen kein Geld erhält, da der „Topf“ der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gedeckelt ist.⁶² Unabhängig von der gedeckelten Gesamtvergütung werden einige Leistungen, die abschließend in § 87a Abs. 3 S. 5 SGB V genannt werden, nach den in der regionalen Euro-Gebührenordnung festgelegten Preisen vergütet.⁶³

Überdies dient der sogenannte Fremdkassenzahlungsausgleich dazu, die aufgrund des Wohnortsprinzips entstandenen Ungleichheiten auszugleichen. Diese beruhen darauf, dass ein Versicherter ärztliche Leistungen außerhalb des Bereichs seiner Kassenärztlichen Vereinigung in Anspruch nimmt.⁶⁴

III. Fazit

Das System hinter dem Weg des Geldes bildet eine Grundlage für das Verständnis des Krankenversicherungsrechts. Jeder Schritt einzeln betrachtet beleuchtet eine Facette des SGB V: Vom Versicherungsstatus angefangen über die staatlichen Geldtöpfe bis hin zu den Krankenkassen. Damit ist deutlich geworden, dass der Weg des Geldes eine gute Wiederholung des gesamten Krankenversicherungsrechts darstellt.

Eine zentrale Rolle spielt dabei, wie aufgezeigt, das Dreiecksverhältnis zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und den Leistungserbringern. Wenn man jeden Schritt verinnerlicht und die dahinterstehenden Mechanismen und Grundgedanken versteht, wird deutlich, dass der Sozialstaat seine gesetzlichen Aufgaben – soziale Gerechtigkeit und Sicherheit zu fördern – erfüllt. Dennoch ist es wichtig, dass das System als ein lernendes ausgestaltet ist, welches sich an die Herausforderungen und sich verändernden Gegebenheiten anpassen muss. Nur so ist das Krankenversicherungsrecht für die Fortschritte der Medizin (insb. neue Behandlungsmethoden) und die gesellschaftlichen Veränderungen (bspw. demografischer Wandel) gewappnet.

⁵⁸ Scholz/Bartha, in: Rolfs u.a. (Fn. 17), SGB V § 95 Rn. 1; Näheres dazu: Waltermann (Fn. 10), Rn. 228 f.

⁵⁹ Muckel/Ogorek (Fn. 11), § 8 Rn. 136.

⁶⁰ Waltermann (Fn. 10), Rn. 225.

⁶¹ Rolfs/Witschen, NZS 2020, 121 (122).

⁶² Weitere Ausführungen dazu: Schröder, in: Rolfs u.a. (Fn. 17), SGB V § 87a Rn. 6 ff.

⁶³ Rolfs/Witschen, NZS 2020, 121 (123).

⁶⁴ Hess, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrecht, 3. Aufl. 2017, § 15 Rn. 106.