

## 2 GKV-Recht – Organisation, Mitgliedschaft, Finanzierung und Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

---

Susanne Schlichtner

### 2.1 Entwicklung und Grundsätzliches

Die heutige gesetzliche Krankenversicherung geht auf das von Otto von Bismarck eingeführte sozialversicherungsrechtliche Solidarsystem zurück – auf das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ vom 15. Juni 1883, das zum 01. Dezember 1884 in Kraft trat.<sup>36</sup>

Der Personenkreis der Mitglieder war dort begrenzt auf abhängig beschäftigte Arbeiter mit einem Jahreseinkommen von höchstens 2.000 Reichsmark in den Gewerbezweigen Bergbau, Industrie, Eisenbahn, Binnendampfschiffahrt, Handwerk und Gewerbe. Die Versicherungsleistung umfasste, begrenzt auf 13 Wochen, Arzt- und Arzneikosten, Krankengeld in Höhe von 50% des Lohns, Wochenhilfeunterstützung und Sterbegeld. Die Beiträge wurden zu zwei Dritteln durch den Arbeiter und zu einem Drittel durch den Arbeitgeber finanziert.<sup>37</sup>

1911 wurde das Versicherungsgesetz für Angestellte erlassen. Damit waren neben Arbeitern auch Angestellte Pflichtmitglied in einer Krankenversicherung.

Die Grundzüge des damaligen Versicherungswesens prägen bis heute unser aktuelles Versicherungssystem.

### 2.2 Organisation

#### 2.2.1 Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Krankenkassen sind eingerichtet als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit statusbegründender Selbstverwaltung. Sie unterliegen der

---

<sup>36</sup> Vgl. Kapitel 1

<sup>37</sup> Stolleis, Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, ein Grundriss, 2003, S. 78

staatlichen Rechtsaufsicht und nehmen nach dem Bundesverfassungsgericht als Teil der Staatsgewalt Aufgaben der mittelbaren Staatsverwaltung wahr. So sei der Vollzug der detaillierten Sozialgesetzgebung ihre elementare Pflicht.<sup>38</sup>

Im Übrigen sind sie finanziell und organisatorisch selbständig.<sup>39</sup> Als Versicherungsträger erfüllen sie ihre Aufgaben im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts gem. § 29 Abs. 3 SGB IV in eigener Verantwortung.

Sie sind mitgliedschaftlich verfasst und damit in ihrem Bestand unabhängig vom Wechsel ihrer Mitglieder. Sie nehmen eigenverantwortlich staatliche Aufgaben wahr, können als juristische Personen Träger von Rechten und Pflichten sein, jedoch nicht Träger von Grundrechten<sup>40</sup>, und können im eigenen Namen klagen und verklagt werden. Ihre Rechtsfähigkeit folgt aus § 29 I SGB IV i.V.m. § 4 Abs. 1 SGB V.

Ausfluss des Selbstverwaltungsrechts ist die Satzungsautonomie der Versicherungsträger. Die Satzung hat nach § 194 SGB V zumindest Bestimmungen über den Namen und Sitz der Kasse, ihren Bezirk und Kreis ihrer Mitglieder, Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V, Zahl der Mitglieder der Organe, deren Rechte und Pflichten, Art deren Beschlussfassung und Entschädigung sowie die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung einschließlich Abnahme der Jahresprüfung. Sie bedarf der Genehmigung der zuständigen Behörde nach § 34 SGB IV.

Sie kann weitere Regelungen treffen wie z.B. den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge ihrer Mitglieder mit privaten Krankenversicherungen. Ihr Regelungsspielraum ist dabei auf ihre gesetzlichen Aufgaben konzentriert. Dazu dürfen sie nach § 194 Abs. 2 SGB V nicht in Widerspruch stehen.

Art und Umfang des Leistungsrechts ist im SGB V normiert. Ergänzende satzungsrechtliche Regelungen bedürfen einer gesetzlichen Ermächtigung.<sup>41</sup>

---

38 BVerfGE 39, S. 302 ff.

39 Schlichtner-Wicker, S. 343 f.

40 BVerfGE Bd. 39, S. 302 ff.; Schlichtner-Wicker, S. 147 f.

41 Beispiele für Ermächtigungsnormen sind zu finden in der Prävention in §§ 20 Abs. 1; 23 Abs. 2 S. 2 SGB V, in der häuslichen Pflege in § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V und bei Haushaltshilfen in § 38 Abs. 2 SGB V

### 2.2.2 Struktur der Selbstverwaltung

Versicherte und Arbeitgeber üben ihr Selbstverwaltungsrecht nach § 29 Abs. II SGB IV aus. Organe<sup>42</sup> der Selbstverwaltung sind Verwaltungsrat bzw. Vertreterversammlung nach § 33 SGB IV und Vorstand nach § 35 SGB IV bzw. Geschäftsführer, § 36 SGB IV. Weiter können spezifische Ausschüsse gebildet werden.

Die Mitglieder des Verwaltungsrats werden alle sechs Jahre in Sozialwahlen aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber gewählt.<sup>43</sup> Sie sind ehrenamtlich tätig.<sup>44</sup> Ihnen steht eine satzungsgemäße Entschädigung zu.

Grundsätzliche Entscheidungen, wie z.B. Beschluss der Satzung und Wahl des hauptamtlichen Vorstands, werden vom Verwaltungsrat/von der Vertreterversammlung einer Kasse getroffen.

Die vertretungsberechtigten Organe haben die Eigenschaft einer Behörde.<sup>45</sup> Demzufolge haften sie bei Verletzung einer ihnen einem Dritten gegenüber obliegenden Amtspflicht aus § 839 BGB und Art. 43 GG.<sup>46</sup>

### 2.2.3 Kooperationspflicht der Selbstverwaltung

Unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten verfolgt der Gesetzgeber<sup>47</sup> mit den Jahren zunehmend, das Ziel einer zwischen den Versorgungsbereichen abgestimmten medizinischen und – seit Einführung des Pflegegesetzes auch – pflegerischen Versorgung der Versicherten zu erreichen.

Dazu wurde die Selbstverwaltung<sup>48</sup> in Form ihrer Verbände auf Bundes- und Landes- bzw. Regionalebene mit zwischenzeitlich zahlreichen wie auch umfassenden Ermächtigungs- und vor allem Verpflichtungsnormen in beachtliche Mitverantwortung genommen und zur konstruktiven Zusammenarbeit verpflichtet.

42 §§ 30 ff. SGB IV

43 §§ 43 ff. SGB IV

44 § 40 SGB IV

45 § 31 Abs. 3 SGB IV

46 § 42 Abs. 2 SGB IV

47 Eingeleitet mit § 272 RVO, gefolgt von den §§ 112, 115 SGB V, vgl. Schlichtner-Wicker m.w.N.

48 Vgl. näher dazu unter Kapitel 3

Die Förderung der angestrebten Vernetzung innerhalb des Gesundheitssystems soll zum einen durch die Verpflichtung der Selbstverwaltung zum Abschluss vertraglicher Regelungen mit unmittelbarer Bindungswirkung in Form normsetzender Verträge erzielt werden, zum anderen durch Bildung gemeinsamer Ausschüsse und verpflichtende Mitwirkung in gemeinsamen Selbstverwaltungsgremien wie z.B. nach §§ 90 ff. SGB V auf Bundes- und Landesebene. So obliegt beispielsweise den gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V, Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen abzugeben. Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 91 SGB V zu.<sup>49</sup>

Auf Landesebene unterstehen sie der Aufsicht der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde der Länder, vgl. z.B. § 90 Abs. 4 SGB V, auf Bundesebene dem Ministerium für Gesundheit, vgl. z.B. § 91 Abs. 8 SGB V.

### 2.2.4 Kassenarten – Verbandsstruktur

Nach § 4 SGB V gliedern sich die gesetzlichen Krankenkassen dezentral in folgende Kassenarten: in die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Sozialversicherung für Landwirte, Forsten und Gartenbau als Träger der Krankenversicherung der Landwirte und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ sowie Ersatzkassen für Angestellte. Sie können für

- bestimmte Regionen – z.B. die Ortskrankenkassen nach § 143 Abs. 1 SGB V,
- für einen oder mehrere Betriebe – die Betriebskrankenkassen nach § 147 Abs. 1 SGB V,
- für bestimmte Handwerksinnungen – Innungskrankenkassen nach § 157 SGB V errichtet sein oder können
- die Zugehörigkeit ihrer Mitglieder durch deren Beitritt begründen – Ersatzkassen nach § 168 SGB V.

---

49 Zu den Selbstverwaltungsstrukturen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen vgl. Kapitel 9.1.2

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.11.1992<sup>50</sup> erhielten die Versicherten ein grundsätzlich freies Wahlrecht ihrer Krankenversicherung; die Krankenkassen wurden entsprechend zur Aufnahme verpflichtet, §§ 173, 175 Abs. 2 SGB V.

Die Krankenversicherungen sind in Landes- und Bundesverbänden organisiert. Sie sind verpflichtet, krankenkassen- und kassenartenübergreifend zusammenzuarbeiten.

Bei der Durchführung ihrer Aufgaben sowie bei ihren Verwaltungsangelegenheiten sind sie an den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit gebunden. Demzufolge haben sie ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden. § 4 Abs. 4 SGB V lässt lediglich die Ausnahme zu, dass die notwendige medizinische Versorgung auch bei Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist.

### **2.2.5     Anspruchsdurchsetzung in der Zwangsvollstreckung und bei Insolvenz**

Die Zwangsvollstreckung gegen eine Krankenkasse findet nach Maßgabe der §§ 882a ZPO, 198, 201 SGG statt. Die Krankenkassen sind ebenfalls insolvenzfähig im Sinne von § 11 InsO. Für Krankenkassen, die der Aufsicht des Landes unterstehen, besteht seit dem 01.01.2010 nicht mehr die Möglichkeit die Insolvenzfähigkeit nach landesrechtlichen Vorschriften auszuschließen, § 171b Abs. 1 SGB V. Insoweit sind aber die besonderen Vorschriften gemäß § 171b Abs. 2–6, 171c–171f zur Insolvenz der Krankenkassen zu beachten.<sup>51</sup>

## **2.3     Mitgliedschaft**

Die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist geprägt durch die gesetzliche Krankenversicherungspflicht, an die auch die Verpflichtung zur Beitragsleistung geknüpft ist. Ihre Mitglieder sind überwiegend sog. Versicherungspflichtige, in untergeordneter Zahl freiwillig Versicherte.

50    Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21.11.1992, BGBl. I S. 2266

51    Hänlein/Kruse/Schuler, Sozialgesetzbuch V / Hänlein 2012, § 4 Rdnr. 3 m.w.N.

### 2.3.1 Versicherungspflichtige

Der Personenkreis der heute gesetzlich Versicherungspflichtigen ist in § 5 SGB V ebenso umfassend wie detailliert geregelt. Versicherungspflichtig sind insbesondere Arbeiter, Angestellte, zu ihrer Berufsausbildung gegen Arbeitsentgelt Beschäftigte und weitere dort aufgeführte Personengruppen einschließlich deren Familienangehörige, § 10 SGB V.<sup>52</sup>

### 2.3.2 Versicherungsfreiheit

Abzugrenzen ist die Versicherungspflicht von der in § 6 SGB V normierten Versicherungsfreiheit. Sie umfasst insbesondere Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, hauptberuflich selbständig Erwerbstätige nach Abs. 5, unmittelbar vor Bezug von Arbeitslosenentgelt II Privatversicherte nach Abs. 5a sowie Personen, die den Kriterien der Versicherungsfreiheit nach §§ 6, 7 SGB V unterfallen. Dies sind insbesondere Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die jährlich durch Rechtsverordnung nach § 160 SGB VI festgesetzte Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, sowie auch Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche und z.T. auch geringfügig Beschäftigte.

### 2.3.3 Befreiung von der Versicherungspflicht

Zudem besteht die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht. Sie bedarf des ausdrücklichen Antrags des Versicherungspflichtigen.

Eine Befreiung ist unter den in § 8 SGB V definierten Voraussetzungen zulässig, wie z.B. der Änderung der Arbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6, Satz 2 SGB V, durch Bezug von Arbeitslosenentgelt, durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 Bundeserziehungsgeldgesetz oder durch Herabsetzen der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit nach § 3 Pflegezeitgesetz. Die Versicherungsbefreiung ist nach § 8 Abs. 2 SGB V unwiderruflich.

### 2.3.4 Freiwillig Versicherte

Umgekehrt räumt § 9 SGB V unter den dort aufgezählten engen Voraussetzungen auch die Möglichkeit eines freiwilligen Beitritts zur Gesetzlichen Krankenversicherung ein.

---

52 Vgl. für privat Versicherungspflichtige §§ 193 Abs. 3, 5 Nr. 2 VVG, 12 Abs. 1a VAG

### 2.3.5 Familienversicherung

Familienangehörige von gesetzlich Versicherten sind nach § 10 SGB V mitversichert, sofern sie nicht über eigene Einkünfte verfügen, die eine Versicherungspflicht begründen. Ein zusätzlicher Beitrag fällt für sie bei Mitversicherung nicht an.

### 2.3.6 Weitere gesetzliche Versicherungen

Diese dargestellten Grundprinzipien sind durchgängig für die gesetzlichen Versicherung prägend, so auch im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung nach §§ 1–8 SGB VI, der Unfallversicherung nach §§ 2–6 SGB VII, der Pflegeversicherung nach §§ 20–27 SGB XI und des Alterssicherungsgesetzes für Landwirte nach §§ 1–6 ALG.

Gleiches gilt auch für den Grundsatz des Sachleistungsprinzips und der Finanzierung über Beiträge – im Folgenden ausführlich und exemplarisch für den Bereich der Krankenversicherung dargestellt.

## 2.4 Sachleistungsprinzip

Die gesetzliche Krankenversicherung ist durch das in § 2 SGB V normierte Sachleistungsprinzip gekennzeichnet. Danach erhalten die Versicherten ärztliche Behandlung, Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel etc. direkt vom Leistungserbringer. Die Vergütung und Abrechnung der Leistung erfolgt durch die Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer direkt.

Ausnahmsweise darf die Krankenkasse Kosten erstatten (§ 13 SGB V), wenn dies das Fünfte oder Neunte Buch explizit vorsieht – wie z.B. in der Ermächtigungsnorm des § 53 Abs. 4 SGB V. Danach ist den Krankenversicherungen gestattet, in ihrer Satzung Tarife für Kostenerstattungen festzulegen und sie den Versicherten als Wahltarif anzubieten.

Die Leistungspflicht der Krankenkasse respektive der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers im Einzelnen richtet sich nach den gesetzlichen Regelungen des SGB V und dem entsprechenden faktischen Leistungskatalog der aktuellen Abrechnungstarife.

Unberührt bleibt das Sachleistungsprinzip von der Zuzahlungsverpflichtung der Versicherten im Rahmen der gesetzlich gezogenen Belastungsgrenze nach §§ 61, 62 SGB V.