SGB V

Becker / Kingreen

10. Auflage 2027
ISBN 978-3-406-83777-7
C.H.BECK

schnell und portofrei erhältlich bei
beck-shop.de

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de steht für Kompetenz aus Tradition. Sie gründet auf über 250 Jahre juristische Fachbuch-Erfahrung durch die Verlage C.H.BECK und Franz Vahlen.
beck-shop.de hält Fachinformationen in allen gängigen Medienformaten bereit: über 12 Millionen Bücher, eBooks, Loseblattwerke, Zeitschriften, DVDs, Online-Datenbanken und Seminare. Besonders geschätzt wird beck-shop.de für sein umfassendes Spezialsortiment im Bereich Recht, Steuern und Wirtschaft mit rund 700.000 lieferbaren Fachbuchtiteln.

Abs. 1 S. 1) sein müssen. Diese sollen keine Leistungsrechte im Vollsinne sein, sondern **ausfüllungsbedürftige Rahmenrechte** (BSGE 73, 271 (279 ff.); 78, 70 (75 ff.); 81, 54 (59 ff.); 81, 73 (76 ff.)). Die Ausfüllung dieses Rahmens erfolgt durch untergesetzliche Rechtsetzung, allerdings weitgehend nicht in den üblichen Handlungsformen der staatlichen Verwaltung (Rechtsverordnungen/Verwaltungsvorschriften), sondern durch die Gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern und die Selbstverwaltung der Krankenkassen. Diese korporatistische Rechtsetzung ermöglicht eine fortlaufende und flexible Anpassung des Leistungskataloges, ist allerdings auch legitimatorischen Bedenken ausgesetzt (→ § 92 Rn. 9 ff.).

Der wichtigste Konkretisierungsmechanismus sind die **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses** (§ 92 sowie entsprechende Bezugnahmen, zB: §§ 25 Abs. 5, 27a Abs. 5, 34 Abs. 1 S. 2–4, 35 Abs. 1). Sie verdichten das gesetzliche Rahmenrecht zum durchsetzbaren Einzelanspruch (BSGE 81, 54 (61)) und vermitteln zugleich den „unmittelbar sachlogischen Zusammenhang" (BSGE 78, 70 (77)) zwischen Leistungs- und Leistungserbringungsrecht: Denn der Umfang der zu gewährenden Krankenversorgung kann im Verhältnis der Versicherten zu den Krankenkassen kein anderer sein als im Verhältnis der ärztlichen Leistungserbringer zu den Krankenkassen. Die Richtlinien haben also die Funktion, die Verpflichtung der Leistungserbringer zu einer medizinisch ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlungs- und Verordnungsweise mit den Ansprüchen der Versicherten zu koordinieren. Bereits aus der gesetzlichen Ermächtigung in § 92 Abs. 1 S. 1 soll daher folgen, dass die Richtlinien nicht nur die im Bundesausschuss vertretenen Parteien binden, sondern verbindliches außenwirksames Recht enthalten (BSGE 81, 54 (63)). Leistungen, die in den Richtlinien nicht anerkannt sind, darf der Arzt daher grds. nicht erbringen/verordnen und der Versicherte grds. nicht beanspruchen. Ausnahmen gelten beim indikationsüberschreitenden Einsatz von Arzneimitteln (BSGE 89, 184 (184 ff.)), bei einzigartigen Erkrankungen, zu denen der Bundesausschuss mangels generalisierbarer Erkenntnisse nicht Stellung nehmen kann (BSG NZS 2005, 589 (593)), bei einer, trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen, nicht zeitgerechten Entscheidung (BSG NZS 2004, 99 (101)) und schließlich bei schweren Krankheiten, für die keine schulmedizinischen Behandlungsmethoden existieren, wenn eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (BVerfGE 115, 25 (49 ff.); zur Folgerechtsprechung Becker FS Steiner, 2009, 50 (69 ff.), s. § 2 Abs. 1a). Diese Grundsätze gelten auch für den Basistarif in der PKV, weil § 152 Abs. 1 VAG auf die Vorschriften des 3. Kapitels und damit auch auf § 11 verweist (v. Koppenfels-Spies/Wenner SGB V/Wiegand Rn. 8). 21

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Eine erhebliche Bedeutung für die Konkretisierung des Leistungsanspruchs haben darüber hinaus die kollektivvertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (insbes. **Bundesmantelvertrag, Gesamtverträge,** bei vertragsärztlichen Leistungen vor allem der **EBM,** der einen Katalog der im Rahmen der GKV zu erbringenden Leistungen enthält, § 87 Abs. 1, vgl. → § 69 Rn. 15) und die rechtlich unverbindlichen, faktisch aber einflussreichen **Rahmenempfehlungen** (zB § 132a Abs. 1). Hinzu tritt die **autonome Rechtsetzung der Krankenkassen,** etwa in Gestalt der Festsetzung von Festbeträgen (§§ 35 Abs. 3, 36) und der Erstellung eines Hilfsmittelverzeichnisses (§ 139). 22

b) Leistungsbeschränkungen und Kostenbeteiligungen. In der GKV gilt das Final-, nicht, wie etwa in der Unfallversicherung, das Kausalprinzip. Der 23

Leistungsanspruch des Versicherten ist daher grds. unabhängig von der Krankheitsursache. Eine Ausnahme ist die **Leistungsbeschränkung** bei Selbstverschulden in § 52. Einen Leistungsausschluss verfügt § 52a für den Fall einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme. Zu beachten ist darüber hinaus, dass die Realisierung des Anspruchs gehemmt ist, wenn der **Anspruch auf Leistungen ruht** (§§ 16, 49).

24 Praktisch bedeutsamer sind Verpflichtungen der Versicherten, sich an den **Kosten** der Leistung zu **beteiligen** (zB §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 3, 31 Abs. 3, 32 Abs. 2, 33 Abs. 8). Kostenbeteiligungen haben, anders als Leistungsbeschränkungen, eine Steuerungsfunktion. Sie sollen die Versicherten dazu anhalten, Gesundheitsleistungen nur in Anspruch zu nehmen, wenn dies notwendig ist. Kostenbeteiligungen berühren die Leistungspflicht nicht. Vielmehr wird ein selbständiger Rückgriffsanspruch der KK gegen den Versicherten begründet, der allerdings aus Praktikabilitätsgründen regelmäßig über den Leistungserbringer abgewickelt wird. § 61 regelt die Höhe der Zuzahlungen, § 62 die Belastungsgrenzen.

25 Eine Verpflichtung zur Kostenbeteiligung kann über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus auch aus der Vereinbarung eines **Selbstbehaltes** (§ 53 Abs. 1) folgen.

26 **c) Leistungsabwicklung.** Die Versicherten erhalten die Leistungen vorbehaltlich abweichender Bestimmungen im SGB V oder SGB IX grds. als Sach- und Dienstleistungen (**Sachleistungsprinzip,** §§ 2 Abs. 2 S. 1 und 13 Abs. 1). Der Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse richtet sich also grds. nicht auf die Erstattung von Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungserbringern, sondern auf die Verschaffung von Dienstleistungen (zB ärztliche und zahnärztliche Behandlung) und Sachleistungen (Arznei- und Verbandsmittel, Hilfsmittel sowie die hilfsmittelähnlichen DiGA (dazu → § 33a Rn. 2)), vgl. → § 13 Rn. 1–6. Anders ist es nur bei den wenigen **Geldleistungen,** die von den Krankenkassen unmittelbar erbracht werden (Krankengeld, §§ 44 ff.; Mutterschaftsgeld, § 24i).

beck-shop.de DIE FACHBUCHHANDLUNG

27 Zur Koordination von Leistungs- und Leistungserbringungsrecht schließen die Krankenkassen nach § 2 Abs. 2 S. 3 Verträge mit den Leistungserbringern (→ Rn. 22). Grds. können daher auch **nur zugelassene Leistungserbringer** in Anspruch genommen werden. Anders ist es nur, wenn sich die Versicherten Leistungen zulässigerweise außerhalb des Sachleistungssystems selbst verschaffen (→ § 13 Rn. 2).

28 Gem. § 2 Abs. 2 S. 2 ist auch das **Persönliche Budget** (§ 29 SGB IX) als Ausnahme zum Sachleistungsprinzip konzipiert. Entgegen der systematischen Einordnung in § 11 Abs. 1 Nr. 5 handelt es sich also nicht um eine eigenständige Leistung (so aber Hauck/Noftz/Noftz Rn. 42), sondern, wie es in der amtlichen Überschrift von Teil 1 Kapitel 6 Abschnitt 1 des SGB IX heißt, um eine besondere „Leistungsform". Sie besagt, dass die Krankenkassen in ihrer Eigenschaft als Rehabilitationsträger (§§ 6 Abs. 1 Nr. 1, 5 Nr. 1 SGB IX) alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Leistungen zur Teilhabe (etwa häusliche Krankenpflege nach § 37 oder die Erbringung von Heil- und Hilfsmitteln gem. den §§ 32, 33, vgl. BT-Drs. 15/1514, 72) nicht als Sachleistungen erbringen müssen, sondern auch als Geldleistungen bzw. ausnahmsweise durch Gutscheine (§ 29 Abs. 2 S. 1 und 2 SGB IX) ausführen können, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (§ 29 Abs. 1 S. 1 SGB IX).

II. Rechtsfolge

Gem. § 38 SGB I haben Versicherte bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen grds. einen Anspruch auf die im Rahmen des Anspruchsinhalts konkretisierte Leistung. Soweit das Gesetz ausnahmsweise Ermessensleistungen vorsieht, besteht gem. § 39 Abs. 1 S. 2 SGB I ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung, für die § 33 SGB I gilt. Ermessensleistungen sind selten, sie finden sich zB in den §§ 37 Abs. 1 S. 5 und 43 Abs. 1. Teilweise wird den Krankenkassen zwar kein Entschließungs-, wohl aber ein Auswahlermessen hinsichtlich der konkreten Ausführung einer Leistung eingeräumt (zB §§ 23 Abs. 5, 40 Abs. 3). **29**

C. Verhältnis zu anderen Leistungssystemen und -trägern

Abs. 2 S. 2, Abs. 4 und Abs. 5 regeln das Verhältnis der GKV zu anderen Zweigen der Sozialversicherung. Dabei geht es teils um die **Auflösung von Konkurrenzen,** teils um die **Verpflichtung zur Kooperation:** Abs. 2 S. 2 und Abs. 5 grenzen die Zuständigkeiten der Leistungsträger und damit zugleich die Leistungsansprüche der GKV ab von der Pflege- und der Unfallversicherung (→ Rn. 31 f.). Abs. 4 hingegen enthält einen Nebenleistungsanspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation und zur Pflege (→ Rn. 33 ff.). **30**

I. Leistungs- und Trägerkonkurrenzen

1. Pflegeversicherung, Abs. 2 S. 2. Für medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation sind nach § 11 Abs. 2 S. 1 die Krankenkassen zuständig (vgl. → Rn. 14, 17), und zwar grds. auch **nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit.** Die Pflegekassen haben insoweit nach § 5 Abs. 1 SGB XI nur eine Prüfungs-, Beratungs- und Vermittlungspflicht (Hauck/Noftz/Noftz Rn. 54). Abs. 2 S. 2 stellt aber klar, dass **Leistungen der aktivierenden Pflege** nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekassen erbracht werden; vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit fallen sie daher in den Leistungskatalog der GKV, wenn sie zum Inhalt einer von der GKV zu erbringenden Leistung gehören (GKV-Komm-SGB V/Remmert/Schütz Rn. 73 f.). **31**

2. Unfallversicherung, Abs. 5. Nach Abs. 5 S. 1 ist ein Leistungsanspruch gegen die GKV ausgeschlossen, wenn Leistungen aufgr. eines **Arbeitsunfalls** oder einer **Berufskrankheit** (§§ 8–13 SGB VII) zu erbringen sind. Damit ist die Kumulation von Leistungen und eine Doppelzuständigkeit von Kranken- und Unfallversicherungsträgern ausgeschlossen; insbes. besteht kein Anspruch auf den das Verletztengeld (§ 45 SGB VII) übersteigenden Krankengeldspitzbetrag (so bereits BSG NZS 2003, 479 (480 f.) zu § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB VII aF). Nach Abs. 5 S. 1 sind Leistungen der GKV aber nur ausgeschlossen, wenn sie von den Trägern der GUV auch tatsächlich zu erbringen sind (BeckOK SozR/Joussen Rn. 15). Die GKV bleibt daher für Krankheiten zuständig, die nicht unmittelbar auf den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit zurückzuführen sind. Neben dem Anspruch auf Verletztengeld kann insbes. ein Krankengeldanspruch bestehen, wenn der Versicherte wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig ist oder aus anderen Gründen kein Arbeitsentgelt erhält (zu den möglichen Konsequenzen für das Verhältnis zwischen Verletzten- und Krankengeld BeckOK SozR/Tischler § 49 **32**

beck-shop.de

Rn. 19). Auch besteht ein zusätzlicher Krankengeldanspruch, wenn mehrere Berufstätigkeiten ausgeübt werden und das Verletztengeld nicht unter Berücksichtigung des gesamten Einkommens berechnet wird, sondern nur in Bezug auf eine versicherte Berufstätigkeit (BSG 25.11.2015 – B 3 KR 3/15 R Rn. 24 f.). Für das Verhältnis zu **ausländischen Unfallversicherungsträgern** gilt § 16 Abs. 2 (→ § 16 Rn. 12). Abs. 5 S. 2 stellt klar, dass die vorrangige Leistungspflicht der GUV auch in den Fällen gilt, in denen bei Versicherten ein Gesundheitsschaden iSv § 12a SGB VII eingetreten ist (BT-Drs. 17/9773, 36).

II. Verzahnung von Leistungssektoren und -systemen, Abs. 4

33 Abs. 4 etabliert einen **Anspruch des Versicherten** auf ein **Versorgungsmanagement** (Managed Care), das den medizinischen Versorgungsprozess von der Prävention über die Krankenbehandlung bis hin zur Rehabilitation optimieren soll. Es soll zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche beitragen (S. 1), bildet also eine Art **„Park-and-Ride"-Konzept des medizinischen Versorgungsprozesses.** Dabei dürfen nur medizinisch notwendige Leistungen erbracht werden; das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1) ist zu beachten (BSG NZS 2016, 265). Hintergrund des Anspruchs, der durch eine Vielzahl von leistungserbringungsrechtlichen Regelungen begleitet wird (insbes. die besondere Versorgung, § 140), sind Kommunikations- und Koordinationsprobleme an den Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen. Diese führen zu einer Segmentierung von Behandlungsprozessen, die den ganzheitlichen Bedürfnissen von Patienten nicht gerecht werden, insbes. bei chronischen Erkrankungen und multimorbiden Verläufen (Schnapp/Wigge VertragsarztR-HdB/Knieps/Müller Rn. 2; jurisPK-SGB V/Plagemann Rn. 36 ff.). Eine bes. wichtige Schnittstelle bildet der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung (zur Problematik der Schnittstellenregulierung Huster VSSR 2018, 1). Die Verpflichtung zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a als Teil der KH-Behandlung (→ § 39 Rn. 24) bleibt unberührt, denn sie ist spezieller, erfasst aber anders als das Versorgungsmanagement nur die KHer als Verpflichtete (gegen ein Spezialitätsverhältnis und für ein einheitliches Versorgungs- und Entlassmanagement nach § 11 Abs. 4 iVm § 39 Abs. 1a Zawade Versorgungs- und Entlassmanagement, 120 ff.). Zu den aus § 11 Abs. 4 folgenden Pflichten gehört insbes., dass die Leistungserbringer bei einer Anschlussbehandlung für „einen zeitnahen Behandlungstermin beim Facharzt Sorge" tragen müssen (BT-Drs. 17/8005, 104 f.). Der Anspruch auf Versorgungs- und Entlassmanagement begründet aber keinen Anspruch auf eine medizinisch nicht erforderliche stationäre Leistung (BSG 17.11.2015 – B 1 KR 20/15 R Rn. 13 ff. mAnm Zawade SGb 2017, 215).

34 Nicht eindeutig geregelt ist, wer **Anspruchsverpflichteter** ist. S. 2 verpflichtet die KHer und alle anderen beteiligten Leistungserbringer zur Zusammenarbeit an den Schnittstellen, um eine bruchlose Anspruchsversorgung herzustellen. Daraus wird zum Teil geschlossen, dass die Leistungserbringer Adressaten des Anspruchs sind (BeckOK SozR/Joussen Rn. 14b; GKV-Komm-SGB V/Remmert/Schütz Rn. 98; jurisPK-SGB V/Plagemann Rn. 41). Richtig ist, dass Ansprüche gegen einen Leistungserbringer bei fehlerhaftem Versorgungsmanagement denkbar sind. Diese sind aber zivilrechtlicher Natur und folgen unmittelbar aus dem Behandlungsvertrag (vgl. OLG Hamburg NJOZ 2008, 1145 (1148) für § 7 SGB XI) und nicht aus Abs. 4. Gegen eine Anspruchsverpflichtung der Leistungserbringer

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

unmittelbar aus Abs. 4 spricht die Systematik des SGB V, das das Verhältnis der KKen zu den Versicherten und zu den Leistungserbringern regelt, die Rechtsbeziehung zwischen Versicherten und Leistungserbringern aber nicht erfasst (KRW/Waltermann § 11 Rn. 4). Das belegt insbes. die Überschrift des Dritten Kapitels („Leistungen der Krankenversicherung"). Vielmehr besteht eine **Gewährleistungsverpflichtung** der KKen gegenüber den Versicherten, die man auch aus der Unterstützungsverpflichtung in S. 3 ableiten könnte (so wohl auch LSG BW 27.1.2012 – L 4 R 1296/11 Rn. 25; dazu, dass es sich bei den Unterstützungs- und Beratungsleistungen um Kernaufgaben der KKen handelt, die nicht auf Dritte übertragen werden dürfen, BSG 8.10.2019 – B 1 A 3/19 R Rn. 16; zur Zurechnung von Beratungsfehlern eines KH zur Pflegekasse im Rahmen eines Herstellungsanspruchs BSG 17.6.2021 – B 3 P 5/19 R Rn. 23 ff.). Allerdings wird sich der Gewährleistungsanspruch auf das Versorgungsmanagement nur ausnahmsweise zu einem Leistungsanspruch auf eine konkrete Maßnahme verdichten lassen. Für **Leistungserbringer** enthält Abs. 4 **keine Anspruchsgrundlage** (LSG BW 27.1.2012 – L 4 R 1296/11 Rn. 30). Ein Anspruch folgt vielmehr aus § 39 Abs. 1a (→ § 39 Rn. 27).

In das Versorgungsmanagement sind nach S. 4 auch die Pflegeeinrichtungen **35** einzubeziehen. Bes. hervorgehoben wird auch die Zusammenarbeit mit Pflegeberatern (§ 7a SGB XI, s. BT-Drs. 16/7439, 95 f.): Diese sollen die Aufgaben eines **Case-Managers** übernehmen, der die Qualität und Effizienz der Aufgabenabwicklung durch Abstimmung mit allen Beteiligten (Ärzte, Pflegende, sozialer Dienst, KK und Angehörige) und damit die Kontinuität der Versorgung, Beratung und Begleitung sicherstellen soll. Die Beteiligung der Versicherten an einem Versorgungsmanagement ist nach S. 5 freiwillig. Insbes. dürfen Behandlungsdaten nur mit ihrer Einwilligung übermittelt werden.

beck-shop.de

S. 6 enthält eine Sonderregelung für **Verträge der besonderen Versorgung** **36** (§ 140a). Regelmäßig ist davon auszugehen, dass diese bereits Regelungen enthalten, die den Vorgaben der S. 1–5 entsprechen. Ist das nicht der Fall, sind diese in Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung oder mit Leistungserbringern nach dem SGB XI zu vereinbaren. Auf die Verträge nach den §§ 112 und 115 wird nicht mehr gesondert verwiesen, weil das Entlassmanagement nach einer Krankenhausbehandlung zu dem Anspruch auf die stationäre Behandlung selbst gehört (BT-Drs. 17/6906, 53).

D. Zusatzangebote von Krankenkassen, Abs. 6

Abs. 6 enthält eine Rechtsgrundlage für satzungsmäßige Zusatzangebote durch **37** die KKen und dispensiert insoweit vom allg. sozialrechtlichen Gesetzesvorbehalt (§ 31 SGB I). Ziel soll es sein, die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der KKen zu stärken (BT-Drs. 17/6906, 53). Die Zusatzangebote sind auch vor dem Hintergrund der geänderten Finanzierungsvorschriften zu sehen: Zusätzliche Leistungen sind entweder durch Einsparungen oder durch Zusatzbeiträge, die von den Versicherten allein getragen werden, **zu finanzieren.** Deshalb sind sie auch in der **Rechnungslegung gesondert auszuweisen** (S. 3). Die **Zusatzangebote** müssen in **satzungsmäßigen Bestimmungen** geregelt werden, in denen Art, Dauer und Umfang der Leistungen festgelegt sind (S. 2). Insoweit gelten Vorgaben für den **Zugang der Versicherten** und für die **inhaltliche Ausgestaltung** der Zusatzangebote. Abs. 6 soll zudem **drittschützend** sein und eine mögliche

Rechtsgrundlage für Unterlassungsansprüche von PKV-Unternehmen darstellen (BSG 30.7.2019 – B 1 KR 34/18 R Rn. 16).

38 Abs. 6 ist keine Rechtsgrundlage für Wahltarife. Es müssen daher **alle Versicherten** einer KK **Zugang zu den Zusatzangeboten** haben. Abs. 6 ermächtigt folglich insbes. nicht dazu, Satzungsleistungen an weitere Voraussetzungen, etwa eine ungekündigte Mitgliedschaft (BSG 28.5.2019 – B 1 A 1/18 R Rn. 12 mAnm Knispel NZS 2019, 742) zu knüpfen; bei Leistungen der künstlichen Befruchtung (§ 27a) soll es aber offenbar zulässig sein, zusätzliche Leistungen davon abhängig zu machen, dass beide Partner bei der KK versichert sind (BSG 17.12.2019 – B 1 KR 7/19 R Rn. 18 f.).

39 Die Befugnis der KKen zur **inhaltlichen Ausgestaltung der Zusatzangebote** ist **mehrfach begrenzt: Erstens** dürfen die KKen zusätzliche Leistungen nur in den in S. 1 abschließend genannten **Leistungsbereichen** anbieten (BT-Drs. 17/6906, 53). Daher dürfen nur apothekenpflichtige und nicht frei verkäufliche Arzneimittel in den Leistungsanspruch einbezogen werden (BT-Drs. 17/8005, 105). Nicht erfasst ist zudem der Zahnersatz, weil „die bewährte Systematik von Festbeträgen und Festzuschüssen […] durch die Ausweitung von Satzungsleistungen nicht gefährdet" werden soll (BT-Drs. 17/6906, 53). Die Rspr. hat zudem Satzungsbestimmungen, die den Kreis der Anspruchsberechtigten ausgedehnt haben (BSG NJW 2015, 1903: nichteheliche Partner als Anspruchsberechtigte nach § 27a, s. auch v. d. Tann NJW 2015, 1850 (1851)) oder „wesentlich neue, anders als im Gesetz vorgeformte Leistungen" (BSG 17.12.2019 – B 1 KR 7/19 R Rn. 18) vorsahen (BSG 31.5.2016 – B 1 A 2/15 R Rn. 16 ff.: Abschluss einer kostenlosen privaten Auslandskrankenversicherung für die Versicherten einer KK; HessLSG NZS 2016, 618 (619 f.): Kryokonservierung im Kontext einer Maßnahme der künstlichen Befruchtung nach § 27a; LSG RhPf 2.6.2016 – L 5 KR 66/15 KL Rn. 17: Jährliche Blutuntersuchungen nach § 23 für alle Versicherten, die sich vegetarisch oder vegan ernähren; SächsLSG-Anhalt NZS 2014, 665 (666 f.): Kostenerstattung für den Aufenthalt einer Begleitperson im Elternzimmer als Nebenleistung bei Schwangerschaft und Mutterschaft) für nicht genehmigungsfähig erachtet. Zulässig ist aber eine Satzungsregelung, die statt der gesetzlichen Teil- eine Vollkostenerstattung für Leistungen in einem der in S. 1 genannten Leistungsbereiche vorsieht (BSG 17.12.2019 – B 1 KR 7/19 R Rn. 18). **Zweitens** muss **„fachlich gebotene Qualität"** (S. 1) gewahrt werden. Insofern sind die allg. geltenden Bestimmungen über die Qualitätssicherung als Richtschnur zu nehmen. Insbes. dürfen nach S. 1 **vom G-BA ausgeschlossene Leistungen** nicht angeboten werden. Zu beachten ist auch das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12, BT-Drs. 17/6906, 53), das aber nur dann verletzt wird, wenn die angebotenen Leistungen unwirksam sind. Über die gesetzl. und kollektivvertraglichen Vorgaben hinaus geht die Verpflichtung der KKen, in der Satzung auch Regelungen zur Einhaltung einer „ausreichenden Qualität der Leistungserbringer" (S. 2) zu treffen. Hintergrund ist der Umstand, dass für die Zusatzleistungen auch **Leistungserbringer** einbezogen werden dürfen, die **nicht zugelassen sind.** Was damit genau gemeint ist, bleibt im Dunkeln. Denkbar ist die Einbeziehung von an sich zulassungsfähigen Leistungserbringern durch spezielle, für Zusatzangebote geltende Versorgungsverträge, aber auch die Einbindung sonst nicht zulassungsfähiger Berufsgruppen (etwa Heilpraktiker). Jedenfalls können nur einzelne, konkretisierte Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer von der Satzungsbefugnis erfasst sein (LSG BW 9.11.2018 – L 4 KR 2597/17 Rn. 26). **Drittens** ist die Gewährung **homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel und Leistungen**

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

ausgeschlossen (Einfügung von Abs. 6 S. 4 durch das BStabG → § 1 Rn. 92); verwiesen werden Versicherte nun insofern auf eine private Absicherung (vgl. auch § 194 Abs. 1a). Der Ausschluss ist Ergebnis langjähriger Diskussionen, die auch zur Streichung des § 2 Abs. 1 S. 2 führten. Grund ist die Überzeugung, dass für die Wirksamkeit entsprechender Leistungen „keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz nach den anerkannten internationalen wissenschaftlichen Standards der evidenzbasierten Medizin vorliegt" (so BT-Drs. 21/6130, S. 92; vgl. dazu auch Kießling/Gebhardt/Gebhardt, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2025, 93 ff.).

Soweit die KKen **vertragliche Absprachen** mit Leistungserbringern zur Durchführung der Zusatzangebote schließen wollen oder müssen (nicht zuletzt auch zur Sicherung der gebotenen Qualität, → Rn. 39), fehlt eine ausdrückliche Ermächtigung (aA GKV-Komm-SGB V/Remmert/Schütz Rn. 130: folgt unmittelbar aus Abs. 6). Diese kann nur aus den jeweiligen Vertragsschlusskompetenzen folgen. Auf welcher Rechtsgrundlage allerdings Verträge mit sonst nicht zulassungsfähigen Leistungserbringern getroffen werden sollen (insbes. Heilpraktiker, → Rn. 39), bleibt unklar. Für das **Handeln gegenüber den Leistungserbringern** gilt Wettbewerbsrecht, uU auch Vergaberecht, da die KKen zum Abschluss derartiger Verträge nicht verpflichtet sind bzw. zwischen mehreren Leistungserbringern auswählen können (vgl. § 69 Abs. 2 und näher → § 69 Rn. 9, 44 ff., 52 ff.). **40**

Sozialpolitisch sind **Zusatzangebote** problematisch. Zwar ist es naheliegend, den durch die Zusatzbeiträge (§ 242) gesteuerten Preiswettbewerb um einen Leistungs- und Qualitätswettbewerb zu ergänzen. Zusatzangebote begünstigen aber Selektionsprozesse, die einem solidarisch angelegten Versicherungssystem fremd sind. Es besteht daher die Gefahr, dass die KKen mit Zusatzangeboten gezielt um für sie attraktive Versicherte werben. Das widerspricht dem Grundgedanken des GKV-Wettbewerbs, der darauf angelegt sein sollte, die Versorgungsqualität im Rahmen eines einheitlichen Leistungskatalogs und damit für alle Versicherten zu verbessern (Becker/Schweitzer Wettbewerb im Gesundheitswesen, B 77 f.). **41**

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Zweiter Abschnitt. Gemeinsame Vorschriften

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) **[1]Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. [2]Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.**

(2) **Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.**

(3) **Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverlet-**

zung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

Schrifttum: Arnade, Kostendruck und Standard, 2010; Bockholdt, Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung – ein „Totschlagsargument"?, FS Schlegel, 2024, 377; Goetze, Arzthaftungsrecht und kassenärztliches Wirtschaftlichkeitsgebot, 1989; Greiner/Benedix, Struktur und Systematik des Wirtschaftlichkeitsgebots im SGB V, SGb 2013, 1; Heberlein, Richtlinien des G-BA als Behandlungsstandard, GuP 2019, 49; Herzog, Zwischen Budget und Haftung, GesR 2007, 8; Huster, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, DVBl 2010, 1069; Isensee, Verwaltung des Mangels im Gesundheitswesen – verfassungsrechtliche Maßstäbe der Kontingentierung, FS Heinze, 2005, 417; Katzenmeier, Kostendruck und Standard medizinischer Versorgung, FS Müller, 2009, 237; Kemmler, Rechtliche Vorgaben für die Rationierung medizinischer Leistungen im System der gesetzl. Krankenversicherung, NZS 2014, 521; Kern, Das Spannungsverhältnis von Haftungsrecht und Kassenarztrecht, MedR 2004, 300; Kullmann, Übereinstimmungen und Unterschiede im medizinischen, haftungsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Begriff des medizinischen Standards, VersR 1997, 529; Makowsky, Zivilrechtlicher Behandlungsstandard und (sozialrechtliches) Wirtschaftlichkeitsgebot, VersR 2019, 983; Michalski, Verfassungsrechtliche Schranken einer Rationierung im vertragsärztlichen Versorgungssystem, VersR 1996, 265; Münkler, Kosten-Nutzen-Bewertungen in der gesetzl. Krankenversicherung, 2015; Oduncu, Kosten-Nutzen-Bewertung im Rahmen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) unter besonderer Berücksichtigung der Onkologie, MedR 2012, 710; Prütting, Das zivilrechtliche Arztrecht im Spiegel fachübergreifender Betrachtung, MedR 2018, 291; Prütting, Rechtsgebietsübergreifende Normenkollisionen, 2020; Schmidt/Schantz, Vorstandshaftung in der GKV, NZS 2014, 5; Streng-Baunemann, Strafrechtliche Grenzen der Rationierung medizinischer Leistungen, 2016; Steffen, Die Arzthaftung im Spannungsfeld zu den Anspruchsbegrenzungen des Sozialrechts, FS Geiß, 2000, 487; Wenner, Rationierung, Priorisierung, Budgetierung: verfassungsrechtliche Vorgaben für die Begrenzung und Steuerung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, GesR 2009, 169.

DIE FACHBUCHHANDLUNG

A. Überblick

1 Die Vorschrift erklärt das Wirtschaftlichkeitsgebot als für alle Leistungsbereiche (BSG 1.7.2014 – B 1 KR 62/12 R Rn. 18), nicht jedoch iRd § 13 Abs. 3a (BSG 26.5.2020 – B 1 KR 9/18 R Rn. 19; aA v. Koppenfels-Spies NZS 2016, 601 (604)), geltendes **Grundprinzip der GKV** (§ 2 Abs. 1 S. 1 und Abs. 4) im Leistungsrecht für verbindlich (Abs. 1 S. 1) und stellt in Abs. 1 S. 2 klar, dass das Gesetz von einem einheitl. Wirtschaftlichkeitsbegriff im Leistungs- und Leistungserbringerrecht (dort § 70 Abs. 1 S. 2) ausgeht. Zugleich und verstärkt durch die Regelung zur Rechtsaufsicht in Abs. 3 wird die gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten für ein effizientes Gesundheitssystem betont. Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird v. BSG als komplexer, alle in Abs. 1 S. 1 genannten Elemente umfassender (BSG 29.5.1962 – 6 RKa 24/59; 7.12.1966 – 6 RKa 6/64) Oberbegriff verstanden.

B. Funktion und systematische Stellung

I. Verfassungsrechtliche Einordnung

2 Das Wirtschaftlichkeitsgebot fand sich erstmals in der Notverordnung zur Behebung finanzieller, wirtschaftl. und sozialer Notstände v. 26.7.1930 (RGBl. 1930