

Marje Mülder*

Kommen meine Kassenbeiträge bei meinem chronisch kranken Kind an?

Gesetzliche Krankenversicherung im Konflikt zwischen Leistungsauftrag und Kostendeckelung

Do my health insurance contributions reach my chronically ill child?

Statutory health insurance in conflict between service mandate and cost capping

<https://doi.org/10.1515/zsr-2024-0021>

Zusammenfassung: In Deutschland leben ca. 2,2 Millionen chronisch erkrankte Kinder, die größtenteils über die Familienversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert sind. Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich überwiegend über die Beiträge ihrer Mitglieder. Diese Beiträge sollen nach der gesetzlichen Konzeption für die Aufgaben der Krankenversicherung verwendet werden, sie dürfen also vor allem für die Krankenversorgung der gesetzlich versicherten Personen verwendet werden. Der Aufsatz zeigt die juristischen Vorgaben der Beitragsverwendung auf und erkundet zugleich die Vergütungssystematik sowohl in der ambulanten als auch in der stationären ärztlichen Versorgung. Denn auch diese muss den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Da die Vergütungssystematik zum Teil auch Fehlanreize für eine andere Verwendung der Mittel setzt, zeigt der Aufsatz schließlich Wege zur Überprüfung der Beitragsverwendung durch die Versicherten auf.

Schlüsselwörter: Kassenbeiträge, chronisch erkrankte Kinder, Beitragsverwendung, Vergütung Krankenhausbehandlung, Prüfung Beitragsverwendung, Vergütung ärztliche Behandlung

Anmerkung: Der Text ist die erweiterte Fassung eines Vortrags der Autorin auf der Tagung „Empowerment durch Recht“ der KROKIDS-Stiftung am 28.2.2024 in Münster. Er gibt ausschließlich die persönliche Meinung der Autorin wieder.

***Kontaktperson:** Marje Mülder, Leiterin der Sozialverwaltung des Bezirks Oberpfalz, Ludwig-Thoma-Str. 14, 93051 Regensburg, E-Mail: SVLeitung@bezirk-oberpfalz.de

Abstract: There are approximately 2.2 million chronically ill children living in Germany, most of whom are covered by family insurance under the statutory health insurance. Statutory health insurance is largely financed by the contributions of its members. According to the legal concept, these contributions are to be used for the tasks of health insurance, i.e. they may primarily be used for the health care of persons. The article shows the legal requirements for the use of contributions and explores the remuneration system in both ambulatory and inpatient medical care as this must also comply with the requirements of statutory health insurance. As the remuneration system also creates false incentives for the misuse of funds in some cases, the article finally shows ways of reviewing the use of contributions by the insured.

Keywords: contribution to health insurance systems, chronically ill children, use of contributions, remuneration for hospital treatment, monitoring of use of contributions, remuneration for medical treatment

1 Präzisierung der Frage

Der Titel des Beitrags bedarf einer Präzisierung, da er in mehrfacher Hinsicht in die Irre führt (und dies auch soll). Er impliziert als geschlossene Frage zunächst eine klare Antwort: Ja oder nein – die Antwort liegt aber irgendwo dazwischen und lässt sich juristisch nur mit einem „es kommt darauf an“ beantworten. Der Titel impliziert zudem einen einfachen, direkten Weg zwischen der Zahlung des Kassenbeitrags einerseits und der Vergütung der entsprechenden Leistung andererseits. Er unterstellt weiterhin *den einen* Bedarf für die ca. 2,2 Millionen in Deutschland lebenden chronisch kranken Kinder (Neuhauser/Poethko-Müller 2014), also mit einer Krankheit, die länger als sechs Monate andauert (Fricke 2020: 799); dabei können die Bedarfe vielfältig und unterschiedlich sein: Es kann um eine gute, zielgerichtete stationäre Krankenbehandlung im Krankenhaus gehen; ebenso kann es aber um eine gute ambulante Versorgung durch Ärzte, Fachärztinnen oder andere Leistungserbringer gehen oder um die Versorgung mit erforderlichen Medikamenten. Das hängt auch damit zusammen, dass die Versorgung chronisch kranker Kinder mit verschiedenen Problemlagen verbunden sein kann: Beginnend bei einer teils schwierigen Diagnose angesichts inhomogener Krankheitsbilder über Medikamente, die für Kinder und Jugendliche nicht zugelassen sind, über die hohen Kosten und den hohen Zeitaufwand bis hin zur Frage der Genehmigung der Leistung durch die Krankenkasse sowie der Koordination von verschiedenen Leistungserbringern (vgl. Fricke 2020). Zu einer „guten Versorgung“ gehört in einem weiteren Sinne auch die Forschung zur Weiterentwicklung von Behandlungsmethoden bzw.

Medikamenten: Was nützt eine Creme oder Salbe, die zwar den Ausschlag der chronischen Hauterkrankung selbst gut behandelt, dafür aber die angrenzende Haut so anfällig macht, dass sich die Behandlungsbedürftigkeit nur verschiebt? Der Titel führt schließlich auch deshalb in die Irre, weil die Fragestellung aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann: Denkbar als solche ist die Qualität (und Weiterentwicklung) der Leistung selbst, denkbar ist aber auch die Betrachtung der Finanzierung der Leistungen. Der Beitrag soll sich diesem letzten, sehr technischen und hochkomplexen Bereich der Krankenversicherung widmen und Grundstrukturen und Reformbestrebungen aufzeigen. Er beschränkt sich dabei auf eine überwiegend juristische Analyse der Situation.

Um sich einer Antwort auf die Frage zu nähern, ergibt es Sinn, die Frage in ihre Bestandteile zu zerlegen: Der erste Schritt beschäftigt sich daher mit dem Begriffspaar „meine Kassenbeiträge“ und zeigt die juristischen Bedingungen der Beitrags-erhebung auf (2.). In einem zweiten Schritt geht es um das in die Frage hinein-zulesende „Leistungen für mein chronisch krankes Kind“: Dieser Teil fragt danach, welche Leistungen eigentlich ankommen sollen, also nach den grundsätzlichen Leistungen der Krankenversicherung und ordnet diese in die allgemeinen Struktur-merkmale und Systementscheidungen der Krankenversicherung ein (3.). Im letzten Schritt geht es dann um den Teil „ankommen bei“: Aufgezeigt werden hier die juris-tischen Vorgaben für die Beitragsverwendung sowie die Vergütungssystematik in den Bereichen ambulante ärztliche Behandlung sowie Krankenhausbehandlung. In Bezug auf diese Bereiche werden sowohl die Schwierigkeiten bei der Verteilung knapper Ressourcen als auch aktuelle Reformbestrebungen durch den Bundesge-setzgeber aufgezeigt und bewertet (4.). In einer abschließenden Zusammenführung wird dann der Bezug zum Tagungsthema „Empowerment durch Recht“ hergestellt und Handlungsmöglichkeiten bei Feststellung einer rechtswidrigen Beitragsver-wendung dargestellt (5.).

2 „Meine Beiträge“ – Beitragserhebung in der Krankenversicherung

In Deutschland sind insgesamt 74,5 Millionen Menschen gesetzlich versichert, davon 58,49 Millionen Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung und 16,02 Millionen beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie etwa Familien-mitglieder; diese letztgenannten Personen sind dementsprechend auch keine Mit-glieder, was Auswirkungen beispielsweise auf bestimmte Mitwirkungsrechte hat. Weitere 8,72 Millionen Menschen sind über die privaten Krankenversicherungen und/oder über die Beihilfe abgesichert (GKV-Spitzenverband 2024). Angesichts

dieser überragenden Bedeutung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf die Krankenversorgung in Deutschland wird im Folgenden nur auf diese eingegangen; die private Krankenversicherung unterliegt anderen Grundentscheidungen und Finanzierungsvoraussetzungen und auch die Vergütung der ambulanten und stationären ärztlichen Leistungen unterliegt hier einer anderen Systematik. Chronische Erkrankungen etwa würden sich dort im Tarif niederschlagen.

Die Gesetzlichen Krankenkassen finanzieren sich ganz wesentlich über die Beiträge ihrer Mitglieder. Mitglieder in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind die in § 5 Abs. 1 SGB V¹ genannten Pflichtversicherten (in der größten Gruppe die Angestellten und Beschäftigten nach Nr. 1) sowie die freiwillig Versicherten gem. § 9 SGB V. Versichert sind darüber hinaus auch mitversicherte Familienangehörige (Kinder und Ehegatt*innen). Der Beitrag für die Mitglieder der GKV beträgt einheitlich 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen nach §§ 226 ff. SGB V bis zur Beitragsbemessungsgrenze gem. § 223 Abs. 3 SGB V und wird von Arbeitgeber und Arbeitnehmer*in je zur Hälfte geleistet, §§ 241, 249 Abs. 1 SGB V². Der Beitrag ist unabhängig davon, ob und welche Krankheitsrisiken vorhanden sind, grundsätzlich unabhängig von Geschlecht und Alter oder auch Anzahl der Kinder, die beitragsfrei mitversichert werden (Rixen/Kluckert 2018: Rn. 9, 46).

Die Krankenkassen ziehen die Beiträge ein und leiten sie an den Gesundheitsfonds weiter. Dieser als Sondervermögen beim Bundesamt für Soziale Sicherung eingerichtete „Topf“ verteilt die Krankenkassenbeiträge dann um: Je nach Versicherungszuschnitt, also etwa nach Altersstruktur, Finanzstärke, Krankheitskostenrisiko oder auch nach der Angebots- und Nachfragestruktur in einer Region, erhalten die Krankenkassen einen Anteil aus dem Gesundheitsfonds ausgezahlt. Es entsteht ein besonderer Finanzausgleich, der sowohl die Risiken als auch die Einkommensverteilung zwischen den Krankenkassen ausgleicht (§§ 265 ff. SGB V).³ Dadurch sollen falsche Anreize aufseiten der Krankenkassen vermieden werden, bei denen etwa nur Versicherte mit „guten“ Risiken angeworben werden und z. B. Menschen mit chronischer Erkrankung Schwierigkeiten haben, eine Krankenkasse zu finden (BVerfGE 113, 167 (199)). Die Beitragsbelastung soll so gerecht aufgeteilt werden (BT-Drs. 12/3608, 112; BVerfGE 113, 167 (196); a. A. Gohla 2002: 145 ff.).

Reichen die zugewiesenen Mittel aus dem Gesundheitsfonds nicht zur Deckung der Ausgaben, so kann die betreffende Krankenkasse einen kassenindividuellen

1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

2 So zumindest für die Regelmitgliedschaft; andere Regeln gelten bei Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III, Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II und in weiteren Fällen, vgl. §§ 249 ff. SGB V.

3 Zu Reformvorschlägen dieses sog. Risikostrukturausgleichs, der zugleich die Arbeit der Krankenkassen effizienter gestalten soll, siehe jüngst Reif/Schubert/Wambach 2024.

Zusatzbeitrag erheben, § 242 SGB V. Aktuell erheben alle bundesweit tätigen Krankenkassen einen solchen Zusatzbeitrag, im Durchschnitt beträgt er 1,7 %. Auch diese Zusatzbeiträge der Krankenkassen werden über den Gesundheitsfonds verwaltet und von diesem in Form eines Einkommensausgleichs an die erhebenden Kassen verteilt (vgl. § 270a SGB V). Die Festsetzung der Höhe des Zusatzbeitrags kann ein Mitglied im Rahmen einer sog. Anfechtungsklage durch das zuständige Sozialgericht überprüfen lassen; nicht überprüfen lässt sich im Rahmen einer solchen Klage allerdings die wirtschaftliche Verwendung der Beiträge (LSG Thüringen 26.11.2013 – L 6 KR 433/12: Rn. 21; LSG Sachsen-Anhalt 8.11.2011 – L 10 KR 33/11 B ER: Rn. 30).

Waren die Beiträge ursprünglich als alleinige Finanzierungsquelle gedacht, so wurde ab 2004 ein Bundeszuschuss aus Steuermitteln in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt, um damit die finanzielle Belastung der Arbeitgeber und der Versicherten selbst zu begrenzen. Seit 2004 erhalten die Krankenkassen eine pauschale Abgeltung ihrer Aufwendungen für sog. versicherungsfremde Leistungen, die zunächst eine Milliarde Euro betrug und seitdem wechselnde Höhen hatte – seit 2017 beträgt dieser Zuschuss 14,5 Milliarden Euro (2009 7,2 Milliarden Euro, 2014 10,5 Milliarden Euro, § 221 SGB V (a. F.)). In den vergangenen drei Jahren erhielten die Krankenkassen zudem einen ergänzenden Zuschuss in Höhe von zunächst fünf, dann sieben und zuletzt zwei Milliarden Euro (vgl. § 221a Abs. 1, 4, 5 SGB V). Insgesamt hatten die Krankenkassen 2022 so Einnahmen in Höhe von 289,3 Milliarden Euro.

Die Beiträge, die an eine Krankenkasse entrichtet werden, stehen ihr wie gezeigt nicht 1:1 zur Verfügung. Stattdessen werden sie an den Gesundheitsfonds weitergeleitet, der die Beiträge an alle Kassen umverteilt. Die unterschiedlichen Risiken, die die Versicherten mitbringen, werden so solidarisch auf alle Krankenkassen verteilt.

3 „Leistungen an mein chronisch krankes Kind“ – Aufgaben und Leistungen der Krankenversicherung

Um zu beurteilen, wie diese Beiträge verwendet werden dürfen, sind in einem nächsten Schritt die Aufgaben und Leistungen der Krankenkassen in den Blick zu nehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es keinen einheitlichen Bedarf von chronisch erkrankten Kindern gibt, sondern sich dieser patient*innenindividuell unterscheiden kann. So gibt es Krankheitsbilder, die schon eine klare Diagnose erschweren, sodass Eltern in diesen Fällen oft zahlreiche Ärzt*innen aufsuchen, bevor die chronische Erkrankung eindeutig diagnostiziert wird; andere Erkrankungen erfordern eine regelmäßige Überwachung bestimmter Werte, wodurch eine intensive

Betreuung des Kindes erforderlich wird; für wiederum andere Krankheiten finden sich keine für Kinder zugelassenen Medikamente, sodass ein Off-Label-Use erforderlich wird (dazu Streng-Baunemann 2024). Dementsprechend sind auch die erforderlichen Leistungen abhängig von dem jeweiligen Krankheitsbild (Fricke 2020).

Aufgabe der Krankenversicherung ist gem. § 1 S. 1 SGB V, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“. Dazu gehört auch die „Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten“ (§ 1 S. 2 SGB V). Leistungen der Krankenversicherung sind insbesondere „Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten, und bei Krankheit Krankenbehandlung“ (§ 21 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB I⁴): Das Leistungsrecht kennt weitere Leistungen, diese sind aber für die Fragestellung dieses Beitrags nicht relevant (vgl. § 21 Abs. 1 Nr. 3, 4 SGB I, §§ 11, 20 ff. SGB V).⁵ Zur Krankenbehandlung gehören dann insbesondere die ärztliche Behandlung, die Krankenhausbehandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 21 Abs. 1 Nr. 2 lit. a, c, d SGB I, §§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 S. 2 SGB V). Auch Präventionsleistungen können Leistungen der Krankenkassen sein (§§ 20 ff. SGB V).

Die Leistungen werden dabei nicht durch die Krankenkassen selbst erbracht, sondern durch Ärzte, Krankenhäuser, Apothekerinnen oder andere im Gesundheitswesen tätige Personen (sog. Leistungserbringer). So entsteht in der Leistungsbeziehung ein Dreieck: Versicherte zahlen ihre Beiträge an die Krankenkasse, der Leistungserbringer behandelt den Versicherten der Krankenkasse und die Krankenkasse zahlt die Vergütung an den Leistungserbringer (sog. sozialrechtliches Leistungsdreieck; dazu: Becker/Kingreen 2023). Dadurch besteht aber gerade kein unmittelbarer Zahlungsfluss zwischen Beitragszahlung einerseits und Ausgaben für Leistungen andererseits.

Die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen werden wesentlich über Verträge und Vereinbarungen gesteuert, die zugleich auch Vorgaben für die Leistungserbringung an die Versicherten enthalten. Hierdurch sind maßgebliche Bedingungen im Gesundheitssektor der Selbstverwaltung überlassen. Der Bundesgesetzgeber setzt dabei den allgemeinen gesetzlichen Rahmen, die Konkretisierung obliegt den einzelnen Trägern im Gesundheitssektor durch Verträge und Vereinbarungen über Vergütung und Leistungserbringung auf Bundes- und Landesebene sowie im Einzelverhältnis (dazu Brosius-Gersdorf 2022: Rn. 16 ff.; Szabados 2009: 28 ff.).

⁴ Erstes Buch Sozialgesetzbuch.

⁵ Die Förderung der Forschung ist hingegen nicht primäres Ziel der Krankenversicherung und wird daher im Folgenden auch nicht behandelt.

Allgemein vorgegeben ist, dass Leistungen, die von den Krankenkassen übernommen werden, *ausreichend*, *zweckmäßig* und *wirtschaftlich* sein müssen; sie dürfen dabei nicht über das Maß des Notwendigen hinausgehen, § 12 Abs. 1 S. 1 SGB V. Satz 2 stellt dann für alle Beteiligten im Leistungs-dreieck klar, dass Leistungen, die nicht diese Anforderungen erfüllen, weder verlangt noch vergütet werden dürfen. Damit ist an zentraler Stelle im SGB V schon darauf hingewiesen, dass es um eine gerechte Verteilung begrenzter Mittel geht. Es geht also nicht darum, dass jeder Versicherte die beste Versorgung, sondern eine ausreichende, aber eben auch notwendige Versorgung erhält. Verfassungsrechtlich ist dies nicht zu beanstanden (vgl. BVerfG 6.12.2005 – 1 BvR 347/98: Rn. 57 f.; BVerfG 28.2.2008 – 1 BvR 1778/05: Rn. 4; BSG 4.4.2006 – B 1 KR 12/04 R: Rn. 23; BSG 6.3.2012 – B 1 KR 10/11 R: Rn. 34).

Im Jahr 2022 haben die Krankenkassen insgesamt ca. 274,2 Milliarden Euro für Leistungen ausgegeben, wobei die größten Ausgabenpositionen der Krankenkassen auf die Krankenhausbehandlung, ambulante ärztliche Behandlungen sowie für Arzneimittel entfielen: Für die Krankenhausbehandlung haben die Krankenkassen 2022 ca. 88 Milliarden Euro ausgegeben, das entspricht 32,13 % der Ausgaben; für Arzneimittel 48,84 Milliarden Euro, also 17,81 %, und für ärztliche Behandlungen 46,14 Milliarden Euro, also 16,83 % (VDEK 2024). Für das Jahr 2023 lagen bei Druckfassung noch keine abschließenden Zahlen vor, schon jetzt ist aber absehbar, dass die Ausgaben weiter gestiegen und im Verhältnis ähnlich verteilt sind. Jeder dieser Bereiche hat seine eigenen Vergütungssystematiken, auf die ambulanten und stationären ärztlichen Behandlungen soll im Nachfolgenden näher eingegangen werden.

4 „Ankommen bei“ – Beitragsverwendung und Vergütungssystematiken in Bezug auf Leistungen der Krankenkassen

Den oben genannten Einnahmen in Höhe von 289,3 Milliarden Euro standen im Jahr 2022 Ausgaben in Höhe von 288,8 Milliarden Euro gegenüber, wovon 274,2 Milliarden Euro für Leistungen ausgegeben wurden (VDEK 2024). Für die Frage der Beitragsverwendung sind dabei zunächst die juristischen Vorgaben aufzuzeigen (4.1), zugleich sind aber auch die Besonderheiten der jeweiligen Vergütungs- bzw. Finanzierungssystematik zu berücksichtigen, die möglicherweise auch Fehlanreize setzen. Vergütungssysteme stehen dabei vor der besonderen Herausforderung, die begrenzten finanziellen Ressourcen der Krankenkassen gerecht zu verteilen, während sie die erbrachten Leistungen angemessen vergüten und zugleich die Besonderheiten bzw.

Bedürfnisse insbesondere von chronisch und psychisch Erkrankten (§§ 2b, 27 Abs. 1 S. 4 SGB V) berücksichtigen und Versicherte gut und notwendig versorgen müssen.

Im Folgenden werden die ambulante ärztliche Versorgung (4.2) und die Krankenhausbehandlung (4.3) besonders herausgegriffen. Beide Bereiche zählen zu den ausgabenstärksten, beide Bereiche sind für die Krankenbehandlung auch chronisch kranker Kinder entscheidend. In beiden Bereichen hat der Bundesgesetzgeber Reformen verabschiedet bzw. angekündigt, die es dann in Bezug auf die rechtmäßige Mittelverwendung zu bewerten gilt.

4.1 Gesetzliche Vorgaben für die Ausgaben der Krankenkassen

Gem. § 3 S. 1 SGB V werden die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen durch Beiträge finanziert. Diese Vorschrift hat einen weitgehend „symbolisch-appellativem und kaum juristisch-operablem Gehalt“ (Rixen/Kluckert 2018: Rn. 7): Aus ihr können also keine unmittelbaren Rechtsfolgen abgeleitet werden, dennoch stellt der Gesetzgeber damit eigentlich klar, wie die Beiträge verwendet werden sollen – sie dienen der Aufgabenverwendung der Krankenkassen, sind also insbesondere dazu vorgesehen, die Leistungen, die Ärzte und Krankenhäuser sowie andere Leistungserbringer im Rahmen der Krankenbehandlung für die Kassen erbringen, zu vergüten.

Das Bundesverfassungsgericht geht dabei von einer strengen Zweckbindung der Versicherungsbeiträge aus, die es kompetenz- und grundrechtlich begründet (zum Nachfolgenden siehe BVerfGE 113, 167 (204 ff.)): Diese Geldmittel dürfen allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung genutzt werden. Begründet wird dies mit der Zwangsmitgliedschaft ihrer Mitglieder. Nur durch die Verwendung der Beiträge der Mitglieder für die Leistungen an dieselben legitimiert sich die Zwangsmitgliedschaft, mit der ein Eingriff in das Grundrecht auf allgemeine Handlungsfreiheit einhergehe. Die entsprechenden Vorschriften des Grundgesetzes – zu denen Vorschriften über die Gesetzgebungskompetenz (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG), über die Verwaltungsorganisation (Art. 87 Abs. 2 GG) und Vorschriften zur Tragung von Zuschüssen an die Sozialversicherung (Art. 120 Abs. 1 GG) zählen – bilden ein in sich geschlossenes verfassungsrechtliches Regelungssystem für die Sozialversicherung und deren Finanzierung (BVerfGE 113, 167 (200, 202); BSG 18.5.2021 – B 1 A 2/20 R: Rn. 51). Darin enthalten ist die Systementscheidung für die Sozialversicherung mittels verselbstständigter Verwaltungseinheiten (Axe 2017: 606). Erforderlich ist dafür die organisatorische und finanzielle Selbstständigkeit (BSG 18.5.2021 – B 1 A 2/20 R: Rn. 52). Hieraus folgt dann – verkürzt gesagt –, dass die für die Sozialversicherung erhobenen Mittel nur für die Aufgaben der Sozialversicherung verwendet werden dürfen.

Allerdings: Die Abgrenzung zwischen den Aufgaben der Sozialversicherung und den Aufgaben der Gesamtgesellschaft ist verfassungsrechtlich nicht im Einzelfall vorgegeben, sondern politischer Natur und damit vom Gesetzgeber zu entscheiden (BSG 18.5.2021 – B 1 A 2/20 R: Rn. 55; BSG 29.1.1998 – B 12 KR 35/95 R: Rn. 29, 31). Der Gesetzgeber kann also über die Aufgabenzuweisung der Sozialversicherung bestimmen – er hat sich dann aber auch innerhalb des Sozialversicherungssystems zu bewegen (BSG 18.5.2021 – B 1 A 2/20 R: Rn. 53 ff.).

4.2 Vergütungssystematik bei ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen

Die ambulante ärztliche Versorgung gehört zu den drei größten Ausgabenpositionen der Krankenkassen: Ungefähr ein Sechstel der Ausgaben der Krankenkassen wird für die ärztliche Krankenbehandlung verwendet. In diesem Bereich dürfen nur solche Ärzte ihre Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (§ 95 Abs. 1 S. 1, Abs. 3 S. 1 SGB V). Ihre Interessen werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wahrgenommen, in denen jeder Vertragsarzt Mitglied ist, § 75 SGB V.

Die Vergütung in diesem Bereich erfolgt in einem zweistufigen Verfahren: In einem ersten Schritt vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durch Verträge die Höhe der Gesamtvergütung. Kriterien für die Bemessung der Gesamtvergütung können die Vereinbarung eines Festbetrags, die Vergütung nach Einzelleistungen, nach einer Kopf- oder Fallpauschale oder die Kombination dieser oder anderer Systeme sein (§ 85 Abs. 2 S. 2 SGB V).

Diesen Betrag zahlen die Krankenkassen dann an die Kassenärztlichen Vereinigungen aus. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wiederum verteilen diese Gesamtvergütung an die zum Vertragsarztsystem zugelassenen Ärzte auf Basis ihrer Abrechnungen. Grundlage dieser Abrechnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (§ 87 Abs. 2 SGB V). Dieser Bewertungsmaßstab definiert den Inhalt der abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen, gegliedert in hausärztliche, fachärztliche und gemeinsam abrechnungsfähige Leistungen, einschließlich der Sachkosten.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang die durch die Gesamtvergütung entstehende Budgetierung. Sie hat vor allem Steuerungsgründe: Vermieden werden soll eine unkontrollierte Kostensteigerung. Daher orientiert sich die Gesamtvergütung an der Vergütung des vorangegangenen Jahres und schreibt dieses im Aushandlungsprozess fort. Dabei spielen insbesondere Veränderungen der Zahl der Versicherten und ihrer sog. Morbiditätsstruktur, also die auf eine bestimmte Bevöl-

kerungsgruppe bezogene Krankheitshäufigkeit, eine Rolle. Diese Begrenzung durch die Budgetierung kann aber zugleich zu Versorgungsengpässen führen, wenn das entsprechende Budget bereits aufgebraucht ist (Greß et al. 2022: 80–81). Damit werden die Beiträge der Versicherten zwar für die Leistungen verwendet, es besteht aber die Gefahr, dass dies nicht immer bedarfsgerecht erfolgt und damit gesetzliche Vorgaben nicht immer eingehalten werden. Zudem bedeuten Patient*innen mit einem hohen Behandlungsbedarf wie beispielsweise Kinder mit bestimmten chronischen Erkrankungen aus ärztlicher Sicht ein ökonomisches Risiko, weil die Fallpauschalen nur den durchschnittlichen Behandlungsbedarf abdecken (Greß et al. 2022: 80).

Ungefähr 70 % der ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach diesem System vergütet. Die anderen 30 % der Leistungen werden im Rahmen der sog. extrabudgetären Gesamtvergütung vergütet. Darunter fallen beispielsweise präventive Leistungen und auch Leistungen der akuten Notfallversorgung (Holzkämpfer 2018: 248).

Die Budgetierung wird schon seit Längerem von verschiedenen Seiten kritisiert. Zumindest für die Hausärzte hatte Bundesgesundheitsminister Lauterbach Anfang Januar 2024 angekündigt, die Budgetierung von Leistungen zu beenden (krit. Allgemein: Bundesrechnungshof 2023; Wenner 2009 m. w. N.). Ein entsprechender Gesetzesentwurf solle schnell auf den Weg gebracht werden. Bei Schriftfassung dieses Beitrags lag der Entwurf aber noch nicht vor, eine rechtliche Bewertung kann damit kaum gelingen. Allerdings kann schon an dieser Stelle auf die verfassungsrechtlich problematische Differenzierung zwischen Hausärzten und Fachärzten hingewiesen werden. So könnte in der Aufhebung der Budgetierung eine Ungleichbehandlung von Haus- und Fachärzten liegen, schließlich wären die Leistungen der einen (Fachärzte) weiterhin budgetiert, während dies bei den Leistungen der Hausärzte nicht der Fall wäre. Eine Ungleichbehandlung gem. Art. 3 Abs. 1 GG ist immer dann anzunehmen, wenn wesentlich Gleiches ungleich und wesentlich Ungleiches gleichbehandelt wird (siehe z. B. BVerfG 8.12.2021 – 2 BvL 1/13: Rn. 50 ff. m. w. N.). Sowohl Haus- als auch Fachärzte nehmen an der ärztlichen Versorgung im Krankenversicherungssystem teil. Indem die Leistungen der einen nach diesem Plan keiner Budgetierung mehr unterliegen sollen, dies für die Leistungen der zugelassenen Fachärzte aber weiterhin der Fall sein soll, werden beide Arztgruppen unterschiedlich behandelt. Allerdings ist nicht jede Ungleichbehandlung verfassungswidrig, sondern nur dann, wenn sie sich nicht rechtfertigen lässt. Dabei ergeben sich für den Gesetzgeber je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmal unterschiedliche Grenzen; diese reichen von einem bloßen Willkürverbot – es gibt also irgendeinen sachlichen Grund für die Differenzierung – bis zu einer strengen Bindung an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz (st. Rspr. BVerfGE 113, 167 (214 m. w. N.)). Für die Rechtfertigung kommt es also ganz

wesentlich auf den anzuwendenden Maßstab an. Dieser kann nicht abstrakt und allgemein bestimmt werden, sondern ist von verschiedenen Faktoren abhängig: Sind beispielsweise Freiheitsgrundrechte betroffen oder wird nach Merkmalen differenziert, die der Einzelne nicht oder wenig beeinflussen kann, so sind die Anforderungen an die Rechtfertigung strenger (eingängig dazu m. w. N.: Mülder/Weitensteiner 2019). Insbesondere im Bereich der Krankenversicherung betont das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung „die hohe Bedeutung der Funktionsfähigkeit und der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung für das gemeine Wohl“ einerseits und andererseits den diesbezüglich gegebenen weitgehenden Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers (BVerfGE 113, 167 (215)). Die Anforderungen an eine Rechtfertigung sind im Bereich der Krankenversicherung wegen ihrer besonderen Bedeutung also weniger streng.

In diesem Sinne könnte die Entbudgetierung der Vergütungen für Hausärzte also beispielsweise mit dem Ziel gerechtfertigt werden, die hausärztliche Versorgung weiter zu stärken und die ärztliche Versorgung hierauf zu zentrieren. Indem die hausärztliche anders als die fachärztliche Vergütung keiner Budgetierung unterliegt, könnte damit zugleich das Verhalten der Versicherten gesteuert werden. Beides sind legitime Ziele des Gesetzgebers. Da der Gesetzgeber hier einen weiten Einschätzungsspielraum hat, obliegt es ihm, zu entscheiden, welche ärztlichen Leistungen der Budgetierung zugeführt werden, und auch die Beurteilung der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit obliegt weit überwiegend ihm. Das Bundesverfassungsgericht zieht sich bei seiner Kontrollintensität hier zurück und überprüft nur, ob die äußeren Grenzen der Verhältnismäßigkeit gewahrt wurden. Eine exakte juristische Analyse kann jedoch erst bei Vorliegen des Gesetzesentwurfs vorgenommen werden. Insoweit bleiben die gesetzgeberischen Pläne abzuwarten.

Die Entbudgetierung im Bereich der hausärztlichen Versorgung kann zu einer besseren Versorgung chronisch kranker Kinder führen: indem bei einem Hausarzt eine strukturierte Behandlung ermöglicht wird und dieser Leistungen ohne Beachtung einer Budgetierung verschreiben kann. Damit kann eine Konzentrierung und Koordinierung der verschiedenen Leistungen beim Hausarzt erfolgen, Eltern können so ggf. entlastet und die Versorgung gestärkt werden.

4.3 Finanzierungssystematik von Krankenhausleistungen

Der mit Abstand größte Ausgabenbereich der Krankenkassen betrifft die Krankenbehandlung im Krankenhaus; gut ein Drittel aller Ausgaben entfällt auf diesen Bereich. Die Krankenhausbehandlung selbst ist eine komplexe Sach- und Dienstleistung, die insbesondere die ärztliche Behandlung, pflegerische Leistungen, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung

umfasst (vgl. § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V). Hierzu gehören auch Methoden, die lediglich das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten (§ 39 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 SGB V), sowie das Entlassmanagement, also die Unterstützung der Patient*innen beim Wechsel in die Anschlussversorgung (§ 39 Abs. 1a SGB V). Teil dieser Kosten sind dabei auch die Verwaltung der Krankenhäuser sowie die Vorhaltung entsprechender Plätze, wenn diese gerade nicht benötigt werden. Wegen der Kostenintensität soll die Krankenhausbehandlung aber nur nachrangig in den wirklich notwendigen, nicht durch andere Maßnahmen behandelbaren Fällen genutzt werden (BSG 7.11.2006 – B 1 KR 32/04 R: Rn. 43). Dies dient der Steuerung begrenzter Ressourcen.

Dabei erfolgt die Vergütung dieser Behandlungen in der Regel über die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung; daneben gilt es aber auch Investitionen⁶, die etwa durch die Erweiterung eines Krankenhauses, durch dessen Sanierung oder durch die Anschaffung neuer Geräte entstehen, zu finanzieren. Diese sollen durch Investitionsförderprogramme der einzelnen Bundesländer oder durch Eigenmittel finanziert werden. Denn Krankenhäuser – und ich spreche hier nur von Krankenhäusern, die an der allgemeinen Gesundheitsversorgung teilnehmen, nicht etwa von Universitätskliniken oder den Krankenhäusern der Unfallversicherung – werden dual finanziert. Das bedeutet, dass sie sowohl von den Krankenkassen Zahlungen in Form von Vergütungen für ihre Leistungen, also die Krankenbehandlung, erhalten (dazu 4.3.1 und 4.3.2) als auch von den Bundesländern im Rahmen der Investitionsförderung (vgl. § 4 KHG⁷; auch § 3 KHEntgG⁸; dazu 4.3.3).

4.3.1 Vergütung der Leistungen der Krankenbehandlung

Die Finanzierung für die Krankenbehandlung erfolgt in der Regel über sog. Fallpauschalen, § 17b KHG, § 9 KHEntgG. Diese werden auf Bundesebene zwischen dem

6 Eine ausführliche Definition findet sich in § 2 Nr. 2 KHG. Danach sind Investitionskosten „a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter); zu den Investitionskosten gehören *nicht* die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung sowie die in § 376 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Ausstattungs- und Betriebskosten für die Telematikinfrastruktur“.

7 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz) v. 10.4.1991, zuletzt geändert durch Gesetz v. 22.3.2024.

8 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz) v. 23.4.2002, zuletzt geändert durch Gesetz v. 22.3.2024.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgehandelt und vereinbart (§ 17b Abs. 2 S. 1 KHG). Sie sollen leistungsorientiert sein, sich also nach dem erbrachten Leistungsumfang richten, und sind zugleich pauschalierend, sie decken also die durchschnittlichen Fallkosten abhängig von Komplexität und Komorbiditäten ab, und nicht die tatsächlichen, individuellen Kosten – damit geht es auch um eine Querfinanzierung der Behandlungen. Nach der aktuellen Vereinbarung gibt es ca. 1300 verschiedene Fallpauschalen, die bundesweit gültig sind.⁹ Diese bewerten jede Behandlung nach dem medizinischen Aufwand, den Material- und Personalkosten sowie der Liegezeit der Patient*innen. Hieraus ergibt sich ein Faktor, der schließlich mit dem sog. Landesbasisfallwert (§ 10 KHEntgG) multipliziert wird.

Dieser Landesbasisfallwert wird jährlich auf Landesebene zwischen der Landeskrankhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung prospektiv für das kommende Jahr vereinbart, § 10 Abs. 1 S. 1, Abs. 10 S. 1 KHEntgG. Gem. § 10 Abs. 3 KHEntgG sind bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes insbesondere, also nicht abschließend, unter anderem der durch die Vertragsparteien vorgegebene Veränderungsbedarf, der nicht schon anders berücksichtigt wurde, sowie voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen zu berücksichtigen (S. 1 Nr. 1 und Nr. 2). Abs. 3 macht zudem Vorgaben zu absenkenden (Nr. 6) bzw. erhöhenden (Nr. 7) Faktoren. Diese Faktoren lassen sich weit überwiegend nur schätzen (Bohle 2019: Rn. 24). Aus diesen berechnet sich dann die Vergütung für die jeweilige Behandlung.

Dieses System kann Anreize dafür schaffen, möglichst viele Behandlungen durchzuführen sowie die Krankenhausbehandlung kürzer zu halten als in der Fallpauschale berücksichtigt (Grefß et al. 2022: 87). Sieht die Fallpauschale beispielsweise einen durchschnittlichen Behandlungszeitraum von 20 Tagen vor, erfolgt die tatsächliche Behandlung aber nur an 10 Tagen, so bleibt die Vergütung genauso hoch, wie wenn die Behandlung tatsächlich 30 Tage beträgt. Hierdurch ist es für das Krankenhaus finanziell besser, die Behandlung in einem kürzeren Zeitraum durchzuführen, auch weil so längere Behandlungszeiträume querfinanziert werden können.

⁹ Siehe dazu Fallpauschalenvereinbarung und -katalog 2024, abrufbar unter <https://www.aok.de/gp/verwaltung/drg-entgeltsystem/fallpauschalenvereinbarung-und-katalog>, 7.4.2024.

4.3.2 Weitere Bestandteile der Vergütung

Neben dieser auf Fallpauschalen basierten Abrechnung besteht die Möglichkeit von Zusatzentgelten, wenn die Vergütung praktisch nicht möglich oder unsachgerecht wäre, etwa wegen einer besonderen Spezialisierung, wegen der Komplexität des Falles oder bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Seit 2020 erhalten Krankenhäuser außerdem ein individuelles Pflegebudget, das nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert wird. Es wird auf der Grundlage der geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung sowie der krankenhausindividuellen Kosten vereinbart (§ 6a KHEntgG).

4.3.3 Finanzierung von Investitionskosten

Über die zuvor genannten Positionen dürfen Krankenhäuser nur ihre Betriebskosten abrechnen. Investitionskosten, also Kosten für Neubauten oder neue Geräte, sind so nicht zu finanzieren. Hierzu sind die Bundesländer angehalten, Förderprogramme aufzustellen, vgl. § 4 KHG. Erreicht werden soll so eine regional angepasste Krankenhausversorgung. Möglichkeiten hierzu sind entweder Einmalförderungen auf Antrag für größere Investitionen oder aber pauschale Fördermittel etwa für kurzfristige Anlagegüter oder kleinere bauliche Maßnahmen.¹⁰ In den vergangenen knapp 20 Jahren sind die tatsächlichen Investitionskosten kontinuierlich angestiegen, während die Investitionsförderung der Länder kontinuierlich zurückgegangen ist. Betrag dieser Wert 1993 3,9 Milliarden Euro, so waren es 2021 3,2 Milliarden Euro. Einen Tiefstand hatten die Förderungen 2012 erreicht. Damals betrugen sie etwa 2,6 Milliarden Euro. Zwischen den Bundesländern besteht aber ein starker Unterschied. So variierte die Investitionsförderquote zwischen 1,6 % und 4,2 % (Bundesrechnungshof 2020: 22). Im Bundesdurchschnitt betrug sie 3,3 % (Bundesrechnungshof 2020: 23). Dabei lag sie in Baden-Württemberg am höchsten, in Sachsen-Anhalt am niedrigsten; den höchsten Betrag förderte Nordrhein-Westfalen mit 780 Millionen Euro, den niedrigsten das Saarland mit 28,6 Millionen Euro (Bundesrechnungshof 2020: 22–23). Der Bundesrechnungshof kritisierte 2020, dass sich die Höhe der bereitgestellten Fördermittel meist nicht am objektiv festgestellten Förderbedarf orientiert, sondern an der Haushaltslage (Bundesrechnungshof 2020: 23).

Damit müssen die Krankenhäuser ihre Investitionen auf andere Art und Weise finanzieren – der Verdacht der Querfinanzierung über die Fallpauschalen liegt,

¹⁰ Die Förderarten unterscheiden sich stark zwischen den Bundesländern: So setzen manche Bundesländer allein auf eine Pauschalförderung, während andere auf eine Kombination, allerdings mit differierenden Anteilen setzen, Bundesrechnungshof 2020: 24.

gerade bei begrenzten Eigenmitteln¹¹, also nahe. Die Forderung an die Bundesländer, ihrer Investitionsverantwortung nachzukommen, wird dementsprechend auch schon länger erhoben (siehe z. B. Bundesrechnungshof 2020).

Zumindest kurzfristige Lösungen hat der Bund angeboten: Er hat unter anderem mit dem Krankenhauszukunftsfonds insgesamt 3 Milliarden Euro Förderung zur Verfügung gestellt – dieser wiederum ist Teil des Europäischen Wiederaufbauminstruments Next Generation EU. Gefördert werden damit Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und in den Ausbau der digitalen Infrastruktur. Mit dem Krankenhausstrukturfonds gibt es außerdem einen weiteren Förderfonds, mit dem Versorgungsstrukturen verbessert werden können (Bundesamt für Soziale Sicherung 2024). Die Fördersumme beträgt 500 Millionen Euro jährlich.

Kommen wir aber zurück zur Ausgangsfrage dieses Beitrags: Krankenhäuser werden dual finanziert über Investitionskostenförderung der Bundesländer sowie über die Vergütung der Krankenkassen für die Krankenbehandlung. Diese Vergütung setzt sich zusammen aus Fallpauschalen und einem Anteil für die Pflege aufgrund des Pflegebudgets sowie möglicher Zusatzentgelte. Da die Investitionsförderungen der Länder zum einen zurückgegangen sind, zum anderen aber auch nicht bedarfsdeckend sind, liegt der Verdacht der Querfinanzierung nahe. Die Kassenbeiträge kommen damit in Bezug auf die Krankenbehandlung eines chronisch kranken Kindes zwar grundsätzlich bei Ihrem chronisch erkrankten Kind an, dies aber nicht eins zu eins: Neben einem Anteil für Verwaltungskosten bei Krankenkassen und Krankenhäusern wird ein Teil auch für die Investitionskosten verwendet. Dieser Vorwurf kann zwar nicht so pauschal erhoben werden: Er gilt sicherlich nicht für jedes Krankenhaus; in einzelnen Bundesländern und/oder Krankenhäusern wird dies aber sicherlich der Fall sein. Diese Querfinanzierung von Investitionen aber widerspräche den juristischen Vorgaben zur Verwendung der Krankenkassenbeiträge.

4.3.4 Aktuell Krankenhausreformen

Die aktuelle Krankenhausreform soll unter anderem das System der Fallpauschalen reformieren, zudem soll die Qualität der Leistungen transparenter gemacht werden: Dazu soll die Anzahl der Fallpauschalen reduziert werden und daneben Vorhaltepauschalen gesetzt werden. Hierdurch soll die Existenz von Krankenhäusern gerade auch dann gesichert werden, wenn Krankenhäuser in einem Bereich

¹¹ Diese müssen zudem für Investitionen, die ohnehin nicht unter die Förderung fallen, durch Eigenmittel finanziert werden.

vergleichsweise wenig Behandlungen haben, die Versorgung aber aufgrund regionaler Besonderheiten notwendigerweise aufrechtzuerhalten ist. Die Qualität der Leistungen soll dadurch gestärkt werden, während die Quantität von Behandlungen eine weniger starke Rolle spielen soll (BT-Drs. 20/11854, 1, 112 ff.). Im Rahmen des Vermittlungsausschusses zu einem Teil der Krankenhausreform versprach Gesundheitsminister Karl Lauterbach den Krankenhäusern außerdem 50 Milliarden Euro, ohne dass aber Details hierzu schon bekannt sind (ZDF 2024).

Mit dem die Krankenhausreform flankierenden Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz)¹² soll eine „laienverständliche [...] und barrierefreie [...] Übersicht zur Qualität der Krankenhausbehandlung, um qualitätsorientierte Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten zu fördern“, geschaffen werden (BT-Drs. 20/8408: 13). Dazu werden ab Mai 2024 bestimmte, in § 135d Abs. 3 SGB V näher definierte Daten über die einzelnen Krankenhäuser in einem zentralen Verzeichnis veröffentlicht. Hierzu zählt unter anderem die Fallzahl der jeweils erbrachten Leistungen, aber auch die Personalausstattung des jeweiligen Krankenhauses im Verhältnis zum Leistungsumfang und auch das Vorhandensein bestimmter Gütesiegel (Nr. 1, Nr. 3, Nr. 4). Politisch stark umstritten ist die in diesem Gesetz enthaltene Veröffentlichung der sogenannten Versorgungsstufe (Nr. 2), mit der die Sorge um die Existenz regionaler Krankenhäuser einhergeht. Kritisiert wird zudem der mit dem Gesetz verbundene bürokratische Aufwand.

Für die für diesen Beitrag im Raum stehende Frage eröffnet das Krankenhaustransparenzgesetz aber die Möglichkeit, dass sich Eltern von chronisch erkrankten Kindern über die Spezialisierung von Krankenhäusern selbstbestimmt informieren können und so die Leistung erhalten können, die für ihr Kind notwendig ist. Damit soll zugleich durch einen stärkeren Wettbewerb die Qualität der Krankenhausleistungen gestärkt werden (BT-Drs. 20/8408: 18). Eltern chronisch kranker Kinder können sich durch das Verzeichnis einen Überblick über die Leistungen der jeweiligen Krankenhäuser verschaffen, sie können hierdurch mögliche Spezialisierungen erkennen und so gezielt Krankenhäuser aufsuchen, die auf die Erkrankung ihrer Kinder spezialisiert sind. Damit geht eine Stärkung der Patient*innenversorgung einher.

12 Gesetz v. 22.3.2024, BGBl. I 2024, Nr. 105 v. 27.3.2024.

4.3.5 Zusammenfassung

Die Beiträge von Versicherten werden über ein komplexes Umverteilungssystem zur Vergütung von Leistungen zur Krankenversorgung verwendet. Gesetzlich ist vorgesehen, dass die Beiträge nur für die Leistungen und Aufgaben der Krankenversicherung verwendet werden. Allerdings kommen gerade im Bereich der Investitionsförderung von Krankenhäusern die Bundesländer ihren Verpflichtungen hierzu nicht vollumfänglich nach. Der Verdacht liegt daher nahe, dass die Vergütungen, die die Krankenhäuser erhalten, auch zur Querfinanzierung von Investitionen genutzt werden. Zudem schaffen die Vergütungssysteme, insbesondere das Fallpauschalensystem im Krankenhausbereich, auch Anreize dafür, Patient*innen möglichst kurz zu behandeln, damit mehr von der Pauschale beim Krankenhaus verbleibt.

5 Empowerment – Juristische Kontrollmöglichkeiten bei rechtswidriger Beitragsverwendung

Was kann nun getan werden, wenn Hinweise darauf bestehen, dass Kassenbeiträge nicht zweckmäßig verwendet werden? Das hängt davon ab, worum es konkret geht: Erhält Ihr Kind eine Leistung, die notwendig und wirtschaftlich wäre und grundsätzlich auch vom Leistungsumfang der Krankenversicherung umfasst ist, nicht, dann können Sie gegen den ablehnenden Bescheid der Krankenkasse erst Widerspruch, und, wenn dieser keinen Erfolg hat, Klage einreichen. Auch Krankenhäuser, die keine oder nicht vollständig die beantragten Investitionen erhalten, können hiergegen gerichtlich vorgehen. Bei politisch nicht beschlossenen Investitionsförderungen besteht hingegen keine Rechtsschutzmöglichkeit.

Bestehen aber Hinweise darauf, dass Kassenbeiträge statt für die Krankenbehandlung unzweckmäßig verwendet werden, etwa für Investitionen der Krankenhäuser, dann können Versicherte dies nur mittelbar überprüfen lassen. Grundsätzlich kann ein Versicherter die Ausgaben der Krankenkassen nämlich nicht überprüfen lassen; ein solcher Anspruch lässt sich weder aus dem Sozialprozessrecht noch aus den Grundrechten ableiten (BVerfG 18.4.1984 – 1 BvL 43/81: Rn. 34 ff. (juris)).

Mittelbar besteht die Möglichkeit, sich an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu wenden. Hinter diesen verbergen sich organisatorische Einheiten, die die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen inkl. ihrer Bundesvereinigungen einzurichten haben (§§ 81a, 197a SGB V). Diese haben Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammen-

hang mit den Aufgaben der jeweiligen Institution hindeuten. Besteht also der Verdacht, ein Krankenhaus verwende Kassenbeiträge unrechtmäßig für Investitionen, so sind diese Einheiten gehalten, diesen Verdacht zu prüfen. An diese Einheiten kann sich grundsätzlich jede Person wenden. Aber Obacht: Es genügt nicht ein Hinweis allein, dieser muss glaubhaft und hinreichend substantiiert sein.

Zudem besteht über die Sozialwahlen die Möglichkeit, Mitgliedschaftsrechte auszuüben und sich aktiv in die Selbstverwaltung einzubringen (dazu Kingreen 2019). Zwar verfügen die Krankenkassen statt einer Vertreterversammlung über einen Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3a S. 1 SGB IV), in den Selbstvertretungsorganen sind aber dennoch Versicherte vertreten (§§ 44 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 3 SGB IV; Kingreen 2019: 143). Die Wahl ist zudem als Friedenswahl konzipiert (§ 46 Abs. 2 SGB IV; zur Verfassungsmäßigkeit BSG 15.11.1973 – 3 RK 57/72; a. A. Kingreen 2019: 146 ff.). Der Verwaltungsrat, in den sich Versicherte also wählen lassen können, kann gem. § 197 Abs. 2 SGB V sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Hierüber kann er seine Kontrollbefugnisse ausüben und zugleich überprüfen, inwieweit die Krankenkasse wiederum ihre Kontrollbefugnisse gegenüber Ärzten und Krankenkassen bzw. deren Selbstverwaltungsorganen ausübt.

Vergleichbares gilt schließlich für die Beteiligung der Interessenvertretungen von Patient*innen gem. § 140 f SGB V: Diese sind in Fragen, die die Versorgung betreffen, nach Maßgabe der dem § 149 f SGB V folgenden Vorschriften zu beteiligen. Zu den Interessenvertretungen gehören auch solche der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen. Diese können, sollte es Hinweise darauf geben, dass nicht nur in Einzelfällen, sondern systematische Versorgungsdefizite durch die Fehlverwendung von Kassenbeiträgen bestehen, im Rahmen ihrer Beteiligungsrechte auf diese Versorgungslücken hinweisen und so versuchen, diese Lücken zu schließen. Über beide Instrumente wird die Patient*innenvertretung gestärkt und so können Bedarfe in die Versorgungsplanung eingebracht werden. Dies funktioniert insbesondere auch über eine Vernetzung von Eltern chronisch kranker Kinder.

6 Zur Ausgangsfrage

Gehen wir aber zurück zur Ausgangsfrage: Kommen meine Kassenbeiträge bei meinem chronisch kranken Kind an?

Pauschal lässt sich diese Frage nicht beantworten: Angesichts der Ausgestaltung der Krankenversicherung kann davon ausgegangen werden, dass die Beiträge grundsätzlich auch für die Krankenbehandlung Ihres chronisch kranken Kindes verwendet werden. Je nach dem mit der Erkrankung zusammenhängenden Bedarf kann davon ausgegangen werden, dass tatsächlich nicht nur Ihre Beiträge, sondern

auch die Beiträge anderer Versicherter dafür genutzt werden. Denn die Gesetzliche Krankenversicherung ist so ausgestaltet, dass die Leistungen zur notwendigen Krankenbehandlung der Höhe nach grundsätzlich nicht begrenzt sind.

Allerdings setzt das Vergütungssystem sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Anreize dafür, die Vergütung aus den Beiträgen der Krankenkassen nicht immer allein zweckgebunden zu verwenden. In beiden Bereichen strebt das Bundesgesundheitsministerium derzeit Reformen an, die diese Anreize zum einen verringern, zum anderen gerade die Leistungen von Krankenhäusern für Patient*innen transparenter werden lassen. Sollten konkrete Hinweise darauf bestehen, dass die Kassenbeiträge nicht zweckgemäß verwendet werden, so kann der Versicherte selbst diese nicht unmittelbar geltend machen. Es besteht aber die Möglichkeit, diese an bestimmte Stellen zu melden bzw. im Rahmen der Selbstverwaltung entsprechende Kontrollbefugnisse auszuüben.

Literatur

- Axer, Peter (2017): „Etatisierung der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung?“, *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*: 601–608.
- Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten (2023): „Einführung“, in: Sozialgesetzbuch: dtv-Textausgabe, München: C. H. Beck.
- Bohle, Thomas (2019): „Krankenhausrecht“, in: Martin Stellpflug; Ronny Hildebrandt; Max Middendorf (Hg.): *Gesundheitsrecht Kompendium*. Heidelberg: C. F. Müller.
- Brosius-Gersdorf, Frauke (2022): „§ 8 Leistungserbringungsrecht in der Sozialversicherung“, in: Franz Ruland; Ulrich Becker; Peter Axer (Hg.): *Sozialrechtshandbuch*. Baden-Baden: Nomos.
- Bundesamt für Soziale Sicherung (2024): „Der Krankenhauszukunftsfonds“. Download unter: https://www.krankenhauszukunftsfonds.de/DE/Krankenhauszukunftsfonds/krankenhauszukunftsfonds_node.html (Zugriff am 6. Juli 2024).
- Bundesrechnungshof (2020): Bericht v. 10.9.2020 an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, hier: Finanzierung von Investitionen, Gz.: IX 1 – 2019 – 0919. Download unter: https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2020/krankenhausfinanzierung-gkv-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Zugriff am 6. Juli 2024).
- Bundesrechnungshof (2023): Bericht v. 13.11.2023 nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung, Gz.: IX 1 – 2021 – 0578/IX 1 – 0001456. Download unter: https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2023/extrabudgetaere-verguetung-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Zugriff am 6. Juli 2024).
- Fricke, Christian (2020): „Lebensbewältigung für Kinder mit chronischer Erkrankung: notwendige Angebote im Gesundheitssystem“, *Bundesgesundheitsblatt* 63: 799–805.
- GKV-Spitzenverband (2024): Zahlen und Fakten. Download unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp (Zugriff am 7. April 2024).

- Gohla, Dagmar (2002): *Der Risikostrukturausgleich auf dem Prüfstand des Grundgesetzes*. Baden-Baden: Nomos.
- Greß, Stefan; Schnee, Melanie; Jesberger, Christian (2022): *Gesundheitsökonomie*. Baden-Baden: Nomos.
- Holzkapfer, Hilko (2018): *Kompendium Gesundheitsökonomie*. Herne: Kiehl.
- Kingreen, Thorsten (2019): „Die Qual der Wahl: Sozialwahlen in der Sozialversicherung“, in: Susanne Baer; Oliver Lepsius; Christoph Schönberger; Christian Waldhoff; Christian Walter (Hg.): *Jahrbuch des öffentlichen Rechts der Gegenwart*Tübingen: Mohr, 139–159.
- Müller, Marje; Weitensteiner, Julia (2019): „Der allgemeine Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG)“, *JURA*: 51–62.
- Neuhauser, Hannelore; Poethko-Müller, Christina (2014): „Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)“, *Das Bundesgesundheitsblatt* 57: 779–788.
- Reif, Simon; Schubert, Sabrina; Wambach, Achim (2024): „Reformvorschlag für einen nachhaltigen Risikostrukturausgleich“, *ZEW policy brief* Nr. 24-03. Mannheim.
- Rixen, Stephan; Kluckert, Sebastian (2018): „§ 37 Grundlagen des GKV-Finanzierungsrechts, insbesondere das Beitragsrecht“, in: Helge Sodan (Hg.): *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*. München: C. H. Beck.
- Streng-Baunemann, Anne Franziska (2024): „Nicht etablierte, innovative Behandlungsmethoden: der rechtliche Anspruch auf Behandlung und Finanzierung“, *Zeitschrift für Sozialreform*, i. E.
- Szabados, Tibor (2009): *Krankenhäuser als Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Berlin: Springer.
- VDEK 2024: „Daten zum Gesundheitswesen, Leistungsausgaben“. Download unter: https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html (Zugriff am 6. Juli 2024).
- Wenner, Ulrich (2009): „Rationierung, Priorisierung, Budgetierung: verfassungsrechtliche Vorgaben für die Begrenzung und Steuerung von Leistungen der Gesundheitsversorgung“, *Gesundheitsrecht*: 169–181.
- ZDF (2024): „Weg frei für Transparenzgesetz in Kliniken“. Download unter: <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/deutschland/lauterbach-krankenhaus-reform-kliniken-transparenzgesetz-100.html> (Zugriff am 6. Juli 2024).