

1. Kapitel: Historische Entwicklung

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung blickt auf eine lange Entwicklungsgeschichte zurück. Der G-BA und dessen Vorgängergremien sind in dieser fest verankert.

Obwohl es sich bei der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ um ein konstitutives Gestaltungsprinzip der Sozialversicherung handelt,³ stellt der Terminus bis zum heutigen Tage keinen Gesetzesbegriff dar.⁴ Hinter ihm verbirgt sich das Zusammenwirken der Verbände von Krankenkassen, Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 72 I 1 SGB V) der Versicherten durch Verträge und gemeinsam gebildete Ausschüsse die Leistungserbringung regeln.⁵

Die Entwicklung dieses äußerst komplexen Systems gegenseitiger rechtlicher Beziehungen zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten resultierte maßgeblich aus den Konflikten wegen der unterschiedlichen Interessenlagen von Ärzten und Krankenkassen, die sich als Folge der Einführung des Sachleistungsprinzips ergaben.

A. Konfliktlage zwischen Ärzten und Krankenkassen

I. Die Zeit vor 1883

Obwohl die erste Phase der Entwicklung der gemeinsamen Selbstverwaltung erst mit dem Beschluss des „Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ im Jahr 1883 beginnt, lässt sich das dadurch heraufbeschworene Konfliktpotential nur im Kontrast zu der vorherigen Rechtslage erklären.

In der Zeit vor 1883 existierten noch keine Formen gemeinsamer Selbstverwaltung. Die bestehenden Hilfs- und Pflichtkassen arbeiteten nach dem „Kostenerstattungsprinzip“, d.h. die Versicherten hatten die Kosten der ärztlichen Behandlung zunächst selbst zu tragen und erhielten diese später von der Krankenkasse zurück-erstattet.⁶ In direkter (privat-)rechtlicher Beziehung standen daher nur Arzt und Patient.⁷

Beide Parteien begegneten sich als freie Vertragspartner, die das Honorar für ärztliche Leistungen untereinander aushandelten. Maßgebend dafür war die Ver-

³ Vgl. Genzel, MedR 1997, 479 (482); informativ zum Gedanken der Selbstverwaltung Ratzel/Knüpfer, in: Ratzel/Luxenburger (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, § 5 Rdn. 23 ff.

⁴ Axer, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339.

⁵ Vgl. Axer, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (340 f.) m.w.N.

⁶ Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 17.

⁷ Zuck, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), Medizinrecht, § 4 Rdn. 1.

mögenslage des Patienten.⁸ Infolgedessen mussten die Ärzte ihre wirtschaftlichen Interessen regelmäßig nur gegenüber den Patienten vertreten, wodurch es nicht zu nennenswerten Interessenkonflikten mit den Krankenkassen kam. Die Notwendigkeit der Gründung gewerkschaftsähnlicher ärztlicher Interessenvereinigungen bestand nicht.⁹

II. Inkrafttreten des KVG

Die Lage änderte sich mit dem Beschluss des „*Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter*“ (= KVG) vom 15.06.1883,¹⁰ das am 01.12.1884 in Kraft trat.¹¹ Durch dieses Gesetz wurden die Rechtsbeziehungen zwischen Patienten bzw. Versicherten, Ärzten und Krankenkassen grundlegend umgestaltet.¹²

Als maßgeblich erwies sich vor allem die Ablösung des Kostenerstattungs- durch das „*Sachleistungsprinzip*“. Dadurch wurden die Krankenkassen verpflichtet, den Versicherten „freie ärztliche Behandlung“ als Naturalleistung zu gewähren.¹³ Bis zum heutigen Tage dient dieses Prinzip dem Zweck der Befreiung des einzelnen Versicherten von der Last, die Behandlungskosten vorstrecken zu müssen.¹⁴ Zum Zeitpunkt der Entstehung des KVG diente das Sachleistungsprinzip außerdem der „wohlfahrtstaatlichen Gesundheitsförderung“.¹⁵ Es ging auch darum, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es sich bei der Krankheit um einen Zustand handelte, der nicht nur behandelt, sondern auch geheilt werden konnte.¹⁶ Die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung war in der damaligen Zeit, auch aufgrund der geringeren therapeutischen Möglichkeiten, eher selten.¹⁷ Deswegen handelte es sich bei der Einführung des Sachleistungsprinzips um einen bedeutenden sozialen Fortschritt.

Um ihrer aus dem Sachleistungsprinzip erwachsenden Verpflichtung zur Gewährung von Krankenbehandlung nachzukommen, schlossen die Krankenkassen

⁸ *Schneider*, Kassenarztrecht, Rdn. 16; *Zuck*, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), Medizinrecht, § 4 Rdn. 1; *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (342).

⁹ *Schneider*, Kassenarztrecht, Rdn. 17.

¹⁰ RGBl. S. 417.

¹¹ *Zuck*, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), Medizinrecht, § 4 Rdn. 4 ff.

¹² Die Änderungen erweisen sich bis heute als strukturbildend; vgl. *Schlegel*, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, § 1 Rdn. 19.

¹³ *Schiller*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, § 5 Rdn. 1; *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (342).

¹⁴ Vgl. *Muckel*, Sozialrecht, § 8 Rdn. 65; ausführlich zur historischen Entwicklung des Sachleistungsprinzips *Fischer*, SGB 2008, 461 ff.; zur Rechtslage in der heutigen Zeit vgl. unten 5. Kapitel.

¹⁵ *Fischer*, SGB 2008, 461 (462).

¹⁶ *Fischer*, SGB 2008, 461 (462) m.w.N.

¹⁷ Ausführlich *Hänlein/Tennstedt*, in: v. Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 2 Rdn. 5.

privatrechtliche Verträge mit einzelnen Ärzten ab.¹⁸ Vertragspartner wurden i.d.R. aber nur solche Ärzte, die sich den Bedingungen der Krankenkassen beugten.¹⁹ Das Sachleistungsprinzip bot den Krankenkassen daher wirtschaftliche Vorteile.²⁰

Die Ärzte mussten ihren Honoraranspruch nunmehr unmittelbar gegenüber den Krankenkassen geltend machen, wodurch die individuelle Abrede mit dem Patienten entfiel.²¹ Zwar erzielten sie ihr Haupteinkommen nach wie vor über die Behandlung von Privatpatienten, doch wurde mit der Kodifikation des KVG der Grundstein für die späteren Konflikte zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen gelegt.²²

Die Verschärfung der Konflikte zwischen Ärzten und Krankenkassen ergab sich in der Folgezeit daraus, dass die Zahl der Pflichtversicherten erheblich anstieg²³ und der Gesetzgeber den Krankenkassen durch die Neufassung des KVG im Jahre 1892 die Möglichkeit einräumte, die ärztliche Behandlung auf bestimmte Ärzte zu beschränken.²⁴ Dadurch wurde die gesamte Regelung des Arztsystems in das Belieben der Krankenkassen gestellt.²⁵ Die Krankenkassen bildeten zudem eigene Verbände.²⁶ Im Jahr 1894 entstand der „Zentralverband der Ortskrankenkassen im deutschen Reich“ und im Jahr 1897 der Verband „Deutscher Betriebskrankenkassen“.²⁷

Angesichts dieser Machtposition gerieten die Ärzte in eine immer stärkere wirtschaftliche und berufliche Abhängigkeit. Den Inhalt der mit den Krankenkassen abzuschließenden Verträge konnten sie kaum beeinflussen.²⁸

Die Reaktion der Ärzte auf die starke Stellung der Krankenkassen bestand in einer „gewerkschaftsähnlichen Solidarisierung“.²⁹ Am 13.09.1900 erfolgte die Gründung des sog. „Verbandes für die Ärzte in Deutschland zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“, der später nach seinem Gründer in „Hartmann-Bund“ umbenannt wurde.³⁰ Dieser dehnte sich binnen weniger Jahre auf das ge-

¹⁸ Dazu Schiller, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, § 5 Rdn. 1; Fuchs, in: Fuchs/Preis (Hrsg.), Sozialversicherungsrecht, § 3 I 2, S. 17; Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 25.

¹⁹ Krauskopf, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 22 Rdn. 2.

²⁰ Dazu Fischer, SGB 2008, 461 (462).

²¹ Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 22.

²² Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 23, 25.

²³ Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 27.

²⁴ Zuck, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), Medizinrecht, § 4 Rdn. 6; Krauskopf, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 22 Rdn. 2; weiterführend Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 27 f.; Axer, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (343); Becker/Kingreen, in: dies. (Hrsg.), SGB V, § 1 Rdn. 20.

²⁵ Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 27.

²⁶ Axer, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (343).

²⁷ Zuck, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), Medizinrecht, § 4 Rdn. 8.

²⁸ Axer, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (343).

²⁹ Hänlein, Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, S. 307.

³⁰ Zuck, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), Medizinrecht, § 4 Rdn. 9; Axer, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (344); weiterführend Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 31.

samte Reichsgebiet und den überwiegenden Teil der Ärzteschaft aus.³¹ Ziel dieser Vereinigung war es, die wirtschaftliche Lage der Ärzte im ganzen Reich zu verbessern.³²

Das Verhältnis von Ärzten und Krankenkassen war in der Folgezeit von heftigen Auseinandersetzungen geprägt, die an Schärfe ständig zunahmen.³³

III. Kodifikation der RVO

Die Spannungen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen verschärften sich mit der Kodifikation der Krankenversicherung als Bestandteil der Reichsversicherungsordnung (= RVO³⁴) im Jahre 1911, welche am 01.01.1914 in Kraft treten sollte.³⁵

Obwohl der Versichertenkreis auf mehr als die Hälfte des Volkes ausgedehnt werden sollte, wurde keine Regelung bezüglich der rechtlichen Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen getroffen.³⁶ Daraufhin beschlossen die Ärzte auf einem außerordentlichen deutschen Ärztetag am 26.10.1913 einen allgemeinen Streik ab dem Tag des Inkrafttretens der RVO.³⁷

B. Vorgängergremien des Gemeinsamen Bundesausschusses

I. Zentralausschuss

Um einen Zusammenbruch der ärztlichen Versorgung wegen des flächendeckend zu erwartenden Ärztestreiks zu verhindern, vermittelte die Reichsregierung zwischen Ärzten und Krankenkassen. Letztlich konnte man sich am 23.12.1913 auf einen freiwillig geschlossenen Vertrag – das sog. „*Berliner Abkommen*“³⁸ – eini-

³¹ Vgl. *Schneider*, Kassenarztrecht, Rdn. 31.

³² *Zuck*, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), *Medizinrecht*, § 4 Rdn. 9; *Wenner*, *Das Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform*, § 2 Rdn. 2; zu den Forderungen des Hartmann-Bundes im Einzelnen siehe auch *Hess/Venter*, *Das Gesetz über Kassenarztrecht*, S. 21 ff.; *Peters*, *Die Geschichte der sozialen Versicherung*, S. 60.

³³ *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), *FS 50 Jahre BSG*, S. 339 (343).

³⁴ RGBI. S. 509; weiterführend *Fuchs*, in: Fuchs/Preis (Hrsg.), *Sozialversicherungsrecht*, § 3 VI., S. 22 ff.

³⁵ *Peters*, *Die Geschichte der sozialen Versicherung*, S. 75 ff. (77); *Hänlein*, *Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht*, S. 307 f.; *Muckel*, *Sozialrecht*, § 1 Rdn. 7.

³⁶ *Schneider*, *Kassenarztrecht*, Rdn. 35.

³⁷ *Schneider*, *Kassenarztrecht*, Rdn. 37; siehe auch *Hess/Venter*, *Das Gesetz über Kassenarztrecht*, S. 22.

³⁸ Abgedruckt in *PrHMBI*. 1914 Nr. 5 S. 85 ff.

gen.³⁹ Dabei handelte es sich um ein Verfahrensabkommen zur Regelung des streitigen Rechtsverhältnisses zwischen Ärzten und Krankenkassen.⁴⁰ Eine wesentliche Neuerung bestand in der Schaffung verschiedener, von Vertretern der Ärzte und Krankenkassen paritätisch besetzter (Selbst-)Verwaltungsgremien. Dadurch wurden die Weichen für gemeinsame Entscheidungen von Ärzten und Krankenkassen gestellt⁴¹ und der Grundstein der gemeinsamen Selbstverwaltung gelegt.⁴²

Zur Beilegung von Streitigkeiten aus der Anwendung des Berliner Abkommens wurde der sog. „*Zentralausschuss*“ gebildet. Dieser hatte über grundsätzliche Streitfragen bei der Durchführung des Abkommens zu entscheiden.⁴³ Ihm saß der Staatssekretär des Inneren vor. Hinzu kamen zwei Beisitzer, welche jeweils vom preußischen Minister für Handel und Gewerbe sowie dem preußischen Minister des Innern ernannt wurden.⁴⁴ Außerdem existierte der sog. „*Vertragsausschuss*“, dem die Vorbereitung der zwischen Ärzten und Krankenkassen zu schließenden Dienstverträge oblag.⁴⁵

Das Berliner Abkommen sah zwar nach wie vor den Abschluss von Einzelverträgen zwischen den Beteiligten vor,⁴⁶ zum Vertragsinhalt konnten jedoch nur solche Bestimmungen werden, die vom Vertragsausschuss als angemessen festgesetzt worden waren.⁴⁷

Kam eine Einigung im Vertragsausschuss nicht zustande oder kam es zu Streitigkeiten über bereits geschlossene Verträge, entschied das sog. „*Schiedsamt*“, dessen Spruch sich sowohl Ärzte, als auch Krankenkassen unterwerfen mussten.⁴⁸ Das Gremium setzte sich aus dem Vorsitzenden des damaligen Oberversicherungsamtes, zwei von diesem ernannten Unparteiischen und jeweils drei Beisitzern von Ärzten und Krankenkassen zusammen.⁴⁹

³⁹ Vgl. *Schneider*, Kassenarztrecht, Rdn. 37; *Krauskopf*, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 22 Rdn. 4.

⁴⁰ ausführlich *Schneider*, Kassenarztrecht, Rdn. 38 ff.; *Hänlein/Tennstedt*, in: v. Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 2 Rdn. 14; *Becker/Kingreen*, in: dies. (Hrsg.), SGB V, § 1 Rdn. 20.

⁴¹ Vgl. *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (346).

⁴² Vgl. *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (344): „Geburtsstunde der gemeinsamen Selbstverwaltung“.

⁴³ Vgl. *Peters*, Die Geschichte der sozialen Versicherung, S. 87.

⁴⁴ *Hess/Venter*, Das Gesetz über Kassenarztrecht, S. 24.

⁴⁵ Zum Ganzen *Schneider*, Kassenarztrecht, Rdn. 39 f.; *Krauskopf*, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 22 Rdn. 4; *Hess*, in: Wenzel (Hrsg.), Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, Kap. 2 Rdn. 6; informativ auch *Hess/Venter*, Das Gesetz über Kassenarztrecht, S. 23.

⁴⁶ *Schneider*, Kassenarztrecht, Rdn. 39; *Hess/Venter*, Das Gesetz über Kassenarztrecht, S. 23.

⁴⁷ *Peters*, Die Geschichte der sozialen Versicherung, S. 87; weiterführend auch *Hänlein/Tennstedt*, in: v. Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 2 Rdn. 14.

⁴⁸ *Schneider*, Kassenarztrecht, Rdn. 40; *Hess/Venter*, Das Gesetz über Kassenarztrecht, S. 23.

⁴⁹ *Hess/Venter*, Das Gesetz über Kassenarztrecht, S. 23.

II. Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen

In der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg verhärteten sich die Fronten zwischen Ärzten und Krankenkassen erneut.⁵⁰ Nachdem klar wurde, dass beide Parteien kein Interesse an einer Fortführung des zum 31.12.1923 auslaufenden Berliner Abkommens zeigten, griff die Reichsregierung ein und verließ der ursprünglich (privat-) vertraglichen Regelung durch die „*Verordnung über Ärzte und Krankenkassen*“⁵¹ vom 30.10.1923 Gesetzeskraft.⁵² Somit wurden die Rechtsbeziehungen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen erstmals gesetzlich geregelt.⁵³ § 1 dieser Verordnung sah die Gründung des „*Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen*“ vor, der an die Stelle des Zentralausschusses trat.⁵⁴ Die Vorschriften über dieses Gremium wurden bereits 1924 in die Neufassung der RVO (§§ 368a – f RVO) aufgenommen.⁵⁵

Der als Selbstverwaltungsorgan konzipierte Ausschuss bestand aus insgesamt 13 Mitgliedern.⁵⁶ Jeweils fünf Mitglieder waren Vertreter der Ärzteverbände bzw. Krankenkassen. Darüber hinaus gehörten dem Gremium drei unparteiische, vom Reichsarbeitsminister nach Anhörung der Spitzenverbände zu ernennende, Mitglieder an.⁵⁷ Der Reichsausschuss handelte als *engerer* und *weiterer Ausschuss*. Der engere Ausschuss setzte sich aus Vertretern von Ärzten und Krankenkassen zusammen, zum weiteren Ausschuss gehörten außerdem die unparteiischen Mitglieder. Die Art der Besetzung richtete sich nach der Geschäftsordnung des Reichsausschusses, die vorsah, dass Fragen von grundsätzlicher Bedeutung allein dem weiteren Ausschuss vorbehalten waren.⁵⁸

⁵⁰ Zuck, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), *Medizinrecht*, § 4 Rdn. 13; *Schneider*, *Kassenarztrecht*, Rdn. 43; *Hänlein/Tennstedt*, in: v. Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), *SRH*, § 2 Rdn. 20 ff. (26).

⁵¹ RGBl. I S. 1051.

⁵² Zuck, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), *Medizinrecht*, § 4 Rdn. 13; *Schneider*, *Kassenarztrecht*, Rdn. 44;

⁵³ Dazu *Schneider*, *Kassenarztrecht*, Rdn. 44; *Krauskopf*, in: Laufs/Kern (Hrsg.), *Handbuch des Arztrechts*, § 22 Rdn. 5 f.; *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), *FS 50 Jahre BSG*, S. 339 (346).

⁵⁴ *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, § 7 Rdn. 2; *Krauskopf*, in: Laufs/Kern (Hrsg.), *Handbuch des Arztrechts*, § 22 Rdn. 5; *Schneider*, *Kassenarztrecht*, Rdn. 44; *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), *FS 50 Jahre BSG*, S. 339 (346).

⁵⁵ *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, § 7 Rdn. 4.

⁵⁶ *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, § 7 Rdn. 2 f.; *Peters*, *Die Geschichte der sozialen Versicherung*, S. 88.

⁵⁷ *Schneider*, *Kassenarztrecht*, Rdn. 44; *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, § 7 Rdn. 2; *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), *Festschrift 50 Jahre BSG*, S. 339 (346).

⁵⁸ *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, § 7 Rdn. 2.

Die Hauptaufgabe des Reichsausschusses bestand gem. § 368a I RVO in der Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen.⁵⁹ Dazu zählten Fragen der Zulassung von Ärzten, der allgemeine Inhalt der Arztverträge, die ärztliche Vergütung sowie Sicherungen gegen übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe.⁶⁰ Der maßgebliche Unterschied zum vorher bestehenden Zentralausschuss bestand darin, dass der neue Reichsausschuss nicht nur über das bestehende Recht wachen sollte, sondern dass ihm mittels des neuen Instruments der Richtlinien gerade auch die Rechtsfortbildung oblag.⁶¹ Entsprechend der Neufassung des § 368i RVO vom 14.01.1932 stellten die Richtlinien Bestimmungen mit Gesetzeskraft dar.⁶²

Eine nachhaltige Stärkung der gemeinsamen Selbstverwaltung⁶³ erfolgte jedoch vor allem durch die endgültige Aufgabe des Einzelvertragssystems zwischen Ärzten und Krankenkassen zugunsten von Kollektivverträgen mit der 4. Notverordnung vom 08.12.1931.⁶⁴

Die Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen wurden von diesem Zeitpunkt an durch Mantel- und Gesamtverträge geregelt, wodurch die Grundlagen eines öffentlich-rechtlichen Kassenarztsystems gelegt worden waren.⁶⁵

III. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Nach Kriegsende brach der seit 1933 zentralisierte Aufbau des Kassenarztrechts zusammen.⁶⁶ Der Wiederaufbau des Gesundheitssystems erfolgte nach dem 2. Weltkrieg zunächst regional in den vier Besatzungszonen.⁶⁷ Dies führte zu einer nicht unerheblichen Rechtszersplitterung, die nur durch die Fortgeltung der RVO

⁵⁹ Axer, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre BSG, S. 339 (346).

⁶⁰ Schimmelpfeng-Schütte, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, § 7 Rdn. 3; Hess/Venter, Das Gesetz über Kassenarztrecht, S. 28.

⁶¹ Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 44; informativ Hänlein/Tennstedt, in: v. Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 2 Rdn. 26.

⁶² Schimmelpfeng-Schütte, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, § 7 Rdn. 5; Krauskopf, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 22 Rdn. 5; Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 68; informativ Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil 2, S. 433 ff.

⁶³ Axer, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (349); Peters, Die Geschichte der sozialen Versicherung, S. 88.

⁶⁴ RGBI. I, S. 699; dazu Hess, in: Wenzel (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, Kap. 2 Rdn. 7; Hänlein/Tennstedt, in: v. Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 2 Rdn. 26; Wenner, Das Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, § 2 Rdn. 3; ausführlich Hess/Venter, Das Gesetz über Kassenarztrecht, S. 32 ff.; Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 80 ff.; Hänlein, Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, S. 307 f.

⁶⁵ Vgl. Krauskopf, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 22 Rdn. 6 f.; Axer, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (348).

⁶⁶ Schneider, Kassenarztrecht, Rdn. 93.

⁶⁷ Hess, in: Wenzel (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, Kap. 2 Rdn. 9; ausführlich Rehkopf, in: Schulini (Hrsg.), HS-KV, § 2 Rdn. 79 ff.

als gemeinsame Grundlage gemindert wurde.⁶⁸ Allerdings gab es speziell in der britisch besetzten Zone Bestrebungen, an die Einrichtung des Reichtsausschusses anzuknüpfen.⁶⁹

Eine erste bundeseinheitliche Regelung wurde durch das „*Gesetz über Kassenarztrecht*“ (= GKAR⁷⁰) vom 17.08.1955 geschaffen.⁷¹ Das GKAR beinhaltete in den §§ 368o, 368p RVO die Rechtsgrundlagen für den „*Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen*“ sowie den „*Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen*“.⁷² Entsprechend § 368o RVO waren die beiden Bundesausschüsse zum damaligen Zeitpunkt mit jeweils 15 Mitgliedern besetzt. Zu den drei Unparteiischen, von denen einer den Vorsitz führte, kamen jeweils sechs Vertreter der (Zahn-)Ärzte bzw. Krankenkassen.

Gem. § 368p RVO hatten die Bundesausschüsse die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken zu beschließen.⁷³ Entgegen der Rechtslage während des Bestehens des Reichtsausschusses maß der Gesetzgeber diesen jedoch keine normative Verbindlichkeit mehr zu.⁷⁴

Durch das am 20.12.1988 vom Bundestag verabschiedete Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen⁷⁵ wurden die Vorschriften der RVO als Fünftes Buch in die §§ 91 ff. des neuen SGB V eingefügt. Mit dem GKV-Reformgesetz 2000⁷⁶ vom 22.12.1999 erfolgte die Schaffung des „*Krankenhausausschusses*“ (§ 137c II SGB V a.F.) und des „*Koordinierungsausschusses*“ (§ 137e SGB V a.F.).

Der *Krankenhausausschuss* setzte sich paritätisch aus Vertretern der deutschen Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesärztekammer zusammen. Hinzu kamen drei Unparteiische, die auch den Vorsitzenden stellten. Diesem Gremium oblag die Überprüfung von Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen.⁷⁷ Damit entsprach seine

⁶⁸ Zuck, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), *Medizinrecht*, § 4 Rdn. 19.

⁶⁹ *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, § 7 Rdn. 8.

⁷⁰ BGBl. I S. 513.

⁷¹ Zuck, in: Quaas/Zuck (Hrsg.), *Medizinrecht*, § 4 Rdn. 23; *Krauskopf*, in: Laufs/Kern (Hrsg.), *Handbuch des Arztrechts*, § 22 Rdn. 9; informativ *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), *FS 50 Jahre BSG*, S. 339 (349 ff.); *Wenner*, *Das Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform*, § 2 Rdn. 4 f.

⁷² *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, § 7 Rdn. 9 ff.

⁷³ Dazu ausführlich *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, § 7 Rdn. 11 f.; *Hess*, in: Wenzel (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, Kap. 2 Rdn. 10 ff.

⁷⁴ Hierzu ausführlich BSGE 38, 35 (37 f.); *Hänlein*, *Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht*, S. 464 ff.

⁷⁵ BGBl. I S. 2477.

⁷⁶ BGBl. I S. 2626.

⁷⁷ Zum Ganzen *Hess*, in: Rieger/Dahm/Steinhilper (Hrsg.), *HK-AKM*, 2045 Rdn. 8; *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, 1. Auflage, § 6 Rdn. 27 ff.

Aufgabenstellung derjenigen, die der Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen von je her im ambulanten Bereich wahrnahm. Die Tatsache, dass die Gründung des Gremiums vergleichsweise spät erfolgte, begründet sich aus der vom Vertragsarztrecht abweichenden Entwicklungsgeschichte des Krankenhausrechts. Ursprünglich enthielt das SGB V eine geringere Dichte an Regelungen über das Krankenhauswesen, welche durch das KHG und die BPflV ergänzt wurden.⁷⁸

Dem Koordinierungsausschuss gehörten die Vorsitzenden der verschiedenen Bundesausschüsse an.⁷⁹ Er hatte die Funktion, die Tätigkeit der für die vertragsärztliche Versorgung zuständigen Bundesausschüsse und des neu gebildeten Ausschusses Krankenhaus zu koordinieren. Damit sollten die sektoralen Lenkungsinstrumente dieser Gremien ihrerseits durch ein sektorenübergreifendes Gremium gelenkt werden.⁸⁰

C. Gemeinsamer Bundesausschuss

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003⁸¹ schuf der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).⁸² Die bisher bestehenden Bundesausschüsse wurden durch ihn ersetzt.⁸³ Dadurch werden zentrale Entscheidungen im Gesundheitswesen inzwischen durch ein zentrales Selbstverwaltungsorgan getroffen.

Von der Errichtung des G-BA erwartete der Gesetzgeber nicht nur eine Stärkung des sektorenübergreifenden Bezugs bei Versorgungsentscheidungen auf Bundesebene und eine Straffung der Entscheidungsabläufe, sondern auch einen effektiveren Einsatz von Personal und sächlichen Mitteln der den bisherigen Ausschüssen zuarbeitenden Geschäftsführung.⁸⁴

Nach der ursprünglichen Konzeption des § 91 I 1 a. F. SGB V setzte sich das Gremium aus der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen zusammen.⁸⁵

⁷⁸ Vgl. *Francke*, in: Wannagat (Begr.), SGB V, § 137c Rdn. 5; *Hess/Venter*, Handbuch der Krankenversicherung, Teil II, S. 422.

⁷⁹ Ausführlich *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 1. Auflage, § 6 Rdn. 27 ff.

⁸⁰ *Francke*, in: Wannagat (Begr.), SGB V, § 137e Rdn. 11.

⁸¹ BGBl. I S. 2190.

⁸² Dazu *Schimmelpfeng-Schütte* in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, § 7 Rdn. 19.

⁸³ BT-Drs. 15/1525, S. 106; *Schimmelpfeng-Schütte*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, § 7 Rdn. 19; *Orlowski/Wasem*, Gesundheitsreform 2004, S. 133.

⁸⁴ BT-Drs. 15/1525, S. 106; *Orlowski/Wasem*, Gesundheitsreform 2004, S. 133.

⁸⁵ Vgl. hierzu *Seeringer*, Der Gemeinsame Bundesausschuss nach dem SGB V, S. 31 ff. Außerdem verfügten die zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeb-

Der G-BA entschied in sechs verschiedenen Besetzungen, welche aber rechtlich als „ein“ Ausschuss anzusehen waren.⁸⁶ Dadurch lebten die Vorgängergremien in gewisser Weise unter dem Dach des neu geschaffenen Ausschusses fort.⁸⁷

D. Änderungen infolge des GKV-WSG 2007

Durch das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (= GKV-WSG⁸⁸) vom 26.03.2007 wurde der G-BA in organisatorischer Hinsicht weiterentwickelt.⁸⁹

Entgegen der früheren Rechtslage setzt sich das Gremium gem. § 91 I 1 SGB V n. F. nunmehr aus den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (§ 77 IV SGB V n. F.), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (§ 108a SGB V n. F.) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 217a SGB V n. F.) zusammen. Zudem wurde durch § 91 II 1 SGB V n. F. die bisherige Differenzierung in verschiedene Beschlussgremien zugunsten eines einzelnen Beschlussgremiums in fester Besetzung aufgegeben.⁹⁰

§ 91 II 4 SGB V n. F. sieht darüber hinaus vor, dass die unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums ihre Tätigkeit im Regelfall hauptamtlich ausüben. Sie sollen die Arbeit des Beschlussgremiums maßgeblich steuern und die Kontinuität der Beratung und Beschlussfassung gewährleisten. Dies dient der Professionalisierung und Stärkung der Stringenz der Aufgabenwahrnehmung durch den G-BA.⁹¹ Darüber hinaus übernehmen die Unparteiischen nach § 91 II 7 SGB V den Vorsitz über die Unterausschüsse des G-BA. Dies dient nach Auffassung des Gesetzgebers deren engerer Verzahnung mit dem Beschlussgremium und fördert den Informationstransfer zwischen den Gremien.⁹²

E. Fazit

Das Berliner Abkommen stellt die Geburtsstunde der gemeinsamen Selbstverwaltung auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Zwar handelte es sich dabei noch um eine privatvertragliche Regelung zwischen den Parteien, doch

lichen Organisationen schon nach der damaligen Fassung des § 140f II 1 SGB V über ein Mitspracherecht.

⁸⁶ Hess, in: Rieger/Dahm/Steinhilper (Hrsg.), HK-AKM, 2045 Rdn. 11.

⁸⁷ Orlowski/Wasem, Gesundheitsreform 2007, S. 151 ff. (152).

⁸⁸ BGBl. I S. 378.

⁸⁹ Richter, DStR 2007, 810 (815); Sodan, NJW 2007, 1313 (1316); ausführlich Hess, in: Rieger/Dahm/Steinhilper (Hrsg.), HK-AKM, 2045 Rdn. 13; Roters, in: Leitherer (Hrsg.), Kasseler Kommentar, SGB V, § 91 Rdn. 9 ff.

⁹⁰ Sodan, NJW 2007, 1313 (1316); Orlowski/Wasem, Gesundheitsreform 2007, S. 152.

⁹¹ BT-Drs. 16/4247, S. 58 f.

⁹² BT-Drs. 16/4247, S. 59.

konnte es trotzdem einen angemessenen Interessenausgleich zwischen Ärzten und Krankenkassen gewährleisten.

In der Folgezeit stärkte der damalige Reichsgesetzgeber die durch das Abkommen neu entstandenen Strukturen, weil er erkannt hatte, dass es so einerseits möglich war die ärztliche Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen, andererseits aber auch Spannungen zwischen den einzelnen Interessengruppen zu vermeiden oder zu entschärfen.⁹³

Beginnend bei den damaligen Bundesausschüssen bis hin zum derzeit bestehenden Gemeinsamen Bundesausschuss hat auch der Bundesgesetzgeber die Selbstverwaltung gezielt weiterentwickelt und gestärkt.⁹⁴ Deren Zielsetzung besteht hauptsächlich darin, die Eigenverantwortung der Beteiligten zu stärken, deren Sachkompetenz zu nutzen, Interessenkonflikte auszutragen und effektiv zu lösen und letztlich auch den Staat in der Verwaltung zu entlasten.⁹⁵ Die Funktion der gemeinsamen Selbstverwaltung liegt von je her im Ausgleich der gegenläufigen Interessen von Krankenkassen und Leistungserbringern, mit dem Ziel, eine effektive und stabile gesetzliche Krankenversicherung zu gewährleisten.⁹⁶ In jüngerer Zeit wird das Erfordernis einer stärkeren Beteiligung der Versicherten in den Selbstverwaltungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert.⁹⁷ Teilweise wird sogar gefordert, spezielle Versichertenvertreter als „dritte Kraft“ neben den Vertretern von Krankenkassen und Leistungserbringern in den G-BA zu integrieren.⁹⁸

⁹³ Vgl. *Schneider*, Kassenarztrecht, Rdn. 43 ff.

⁹⁴ *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (349 f.) m.w.N.

⁹⁵ *Genzel*, MedR 1997, 479 (482).

⁹⁶ Vgl. *Axer*, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), FS 50 Jahre BSG, S. 339 (341 f.).

⁹⁷ Vgl. dazu unten 2. Kapitel, B. I. 4. oder 10. Kapitel, C. III. 1. b. aa.

⁹⁸ So jedenfalls *Schimmelpfeng-Schütte*, MedR 2006, 21 (25); *dies.*, RPG 2005, 83 (87); vgl. auch unten 2. Kapitel, B. I. 4. e.

Der Gemeinsame Bundesausschuss
Normsetzung durch Richtlinien sowie Integration neuer
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den
Leistungskatalog der GKV
Zimmermann, C.
2012, XX, 326 S., Hardcover
ISBN: 978-3-642-22751-6