

Wer entscheidet eigentlich?

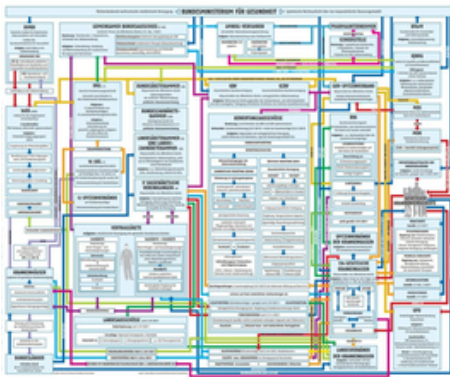
Die gemeinsame Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen

Kay Moritzen

© 2026 Kay Moritzen. Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung und Weitergabe nur mit Genehmigung des Autors.

27. September 2026

Ein Bild, das erstmal abschreckt



Am Ende dieses Vortrags ist dieses Bild kein Rätsel mehr — sondern die Summe von 14 Bausteinen, die wir nacheinander verstehen.

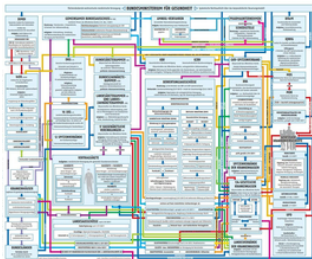
Quelle: https://www.reddit.com/r/de/comments/dtgsjk/aus_aktuellem_anlass_das_deutsche/ — Original: Grafik Marven Eismann/Frankfurter Rundschau, Quelle Zukunftskreis Gesundheit/PremiumCircle Deutschland

Zum Vergleich: dasselbe System, ein paar Jahre früher

Zweck dieser Abbildung

Wir zeigen dieses Bild nicht als Dekoration, sondern zur **inhaltlichen Auseinandersetzung**: Es bildet einen Rechtsstand **vor 2020** ab – erkennbar an drei seither überholten Details, die wir selbst identifiziert und geprüft haben:

- **DIMDI** (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) als eigenes Institut – 2020 im **BfArM** (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) aufgegangen
- **MDS** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) und **MDK** (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) statt **MD-Bund** und **MD** (Medizinischer Dienst) – Reform zum 1.1.2021
- **BVA** (Bundesversicherungsamt) beim **BMAS** (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) statt **BAS** (Bundesamt für Soziale Sicherung) beim **BMG** (Bundesministerium für Gesundheit) – ebenfalls 2020 reformiert



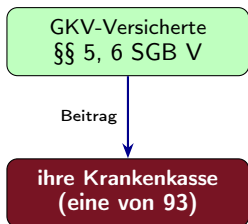
Fahrplan: 14 Stationen

- 1 Der Patient
- 2 Der Vertragsarzt und die Zulassung
- 3 GOÄ vs. EBM
- 4 KBV und Bewertungsausschuss
- 5 Gesamtvertrag und Gesamtvergütung
- 6 Das Schiedsstellen-Prinzip
- 7 Der G-BA
- 8 IQWiG und IQTIG
- 9 Die Krankenhaus-Spiegelwelt
- 10 AMNOG: die dritte Spiegelwelt
- 11 Gesundheitsfonds, BAS, Morbi-RSA
- 12 GKV-Spitzenverband und die Kasse
- 13 Die Kontrollebene: MD, UPD
- 14 Der Rahmen: BMG und Länder

Leitprinzip

Wir folgen nicht dem Diagramm — wir folgen dem Weg des Patienten und dem Weg des Geldes.

Die Abkürzungen in dieser Übersicht werden auf den jeweiligen Stationsfolien ausgeschrieben; ein vollständiges Verzeichnis steht zusätzlich im Anhang.

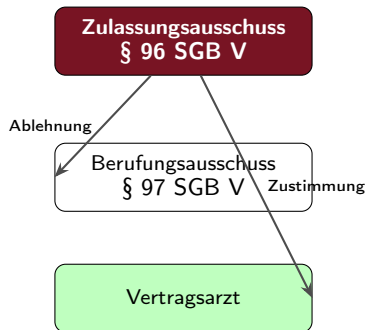


- Sabine ist gesetzlich krankenversichert (**GKV**) und geht zum Arzt
- Ihre Kasse zahlt — nicht sie selbst (Sachleistungsprinzip)
- **Welche** Kasse, spielt für die Leistung keine Rolle: Einheitskatalog

Nächste Frage

Wer darf diesen Arzt überhaupt bezahlen — jeder Arzt, oder nur bestimmte?

Station 2: Der Vertragsarzt und die Zulassung



- Nicht jeder approbierte Arzt darf zulasten der GKV abrechnen
- Er braucht eine **Zulassung** — paritätisch aus Kassen- und Ärztevertretern besetzt
- Wer abgelehnt wird: Berufungsausschuss

Erstes Muster

Paritätisches Gremium, Konfliktinstanz eine Ebene höher — das sehen wir gleich noch oft.

Station 3: Die zentrale Weiche — GOÄ vs. EBM

GOÄ = Gebührenordnung für Ärzte **EBM** = Einheitlicher Bewertungsmaßstab

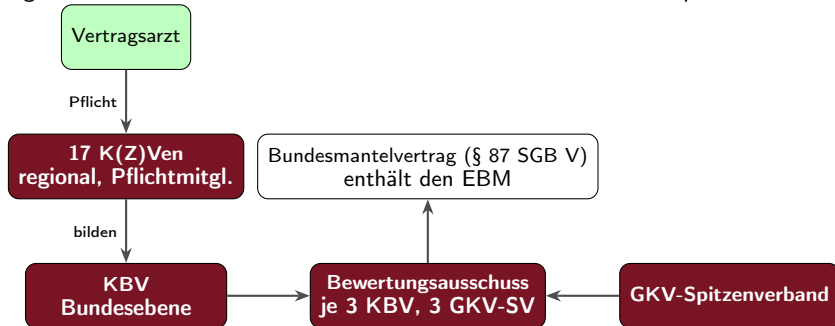
	GOÄ	EBM
gilt für	Privatpatienten, Selbstzahler	gesetzlich Versicherte
Rechtsform	staatliche Rechtsverordnung	verhandelter Vertragsinhalt
Berechnung	$\text{Punktzahl} \times \text{Punktwert} \times \text{Steigerungsfaktor (1,0–3,5)}$	$\text{Punktzahl} \times \text{Punktwert}$, budgetiert
wer legt fest	der Staat per Verordnung	eine Verhandlung

Der Trick

Beide rechnen „in Punkten“. Der Unterschied liegt nicht in der Mechanik — sondern darin, **wer den Punktwert festlegt**.

Station 4: KBV und Bewertungsausschuss

Warum diese Kette? Sabines Arzt hat allein keine Verhandlungsmacht gegenüber einer Krankenkasse mit Millionen Versicherten. Deshalb ist er **Pflichtmitglied** seiner KV – gemeinsam verhandeln alle Ärzte über die KBV mit dem GKV-Spitzenverband.



K(Z)Ven = Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen (17, regional) · **KBV** = Kassenärztliche Bundesvereinigung · **KZBV** = Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung · **DKG** = Deutsche Krankenhausgesellschaft

Muster: Einzelakteur → Pflichtmitgliedschaft → Bundesverband → Verhandlung mit der Gegenseite. Gilt gleich nochmal für Zahnärzte (KZBV) und Krankenhäuser (DKG).

Station 5: Gesamtvertrag und Gesamtvergütung

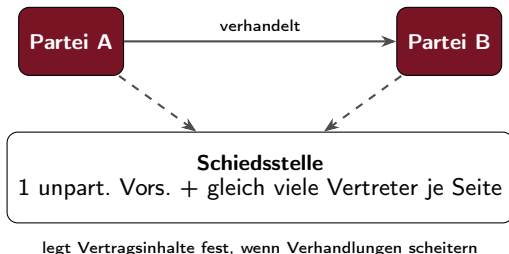
- Bundesmantelvertrag legt nur die **Struktur** fest
- Die **Höhe** verhandelt jede Kassenärztliche Vereinigung (**KV**) regional mit den Kassen: **Gesamtvertrag** (§§ 82, 83, 85 SGB V) — ein fester Topf je KV-Bezirk
- Die KV verteilt den Topf unter ihren Ärzten: **MGV** (morbiditätsbedingte Gesamtvergütung), **RLV** (Regelleistungsvolumen), **QZV** (Qualitätszusatzvolumen) — je Arztgruppe unterschiedlich gedeckelt

Zur Größenordnung: ärztliche Behandlung kostete die GKV 2025 rund **54 Mrd. €** — der zweitgrößte Ausgabenblock nach den Krankenhäusern (Vortrag 1).

Kontrastfolie: Selektivverträge

Einzelne Kassen dürfen auch direkt mit einzelnen Ärzten/Ärztenetzen verhandeln, am Kollektivsystem vorbei — §§ 63 ff., 73b, 140a SGB V („Besondere Versorgung“).

Station 6: Das Schiedsstellen-Prinzip

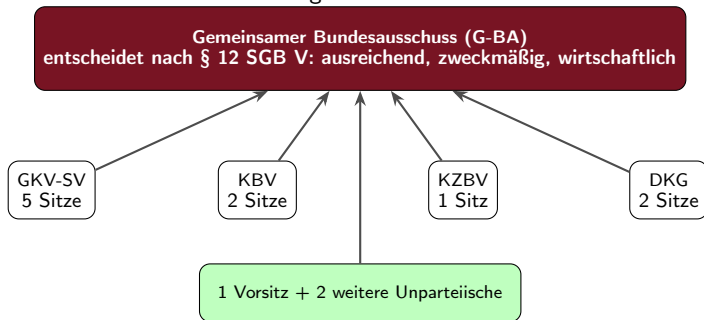


Fast überall im Organigramm

Schiedsamt vertragsärztl. Vers. (§ 89), Sektorenübergr. Schiedsgremium (§ 89a), Arzneimittel (§ 130a/b), Hilfsmittel, Heilmittel, Pflege — **immer dieselbe Formel**. Rechtsgrundlage fast überall das **SGB V**; bei Krankenhäusern zusätzlich das **KHG** (Krankenhausfinanzierungsgesetz). Dieses wiederkehrende Muster gilt bei jeder einzelnen Schiedsstelle gleich.

Station 7: Der G-BA

Warum braucht es eine zentrale Entscheidung? Ohne den G-BA müsste jede der 93 Kassen einzeln beurteilen, ob eine neue Methode wirkt und bezahlt wird — mit potenziell 93 unterschiedlichen Antworten auf dieselbe Frage. Der G-BA entscheidet stattdessen



einheitlich für alle.

13 Mitglieder, § 91 Abs. 2 SGB V. Genau die Organisationen, die wir schon kennen — plus die DKG, die wir gleich nachliefern.

Station 8: IQWiG und IQTIG

IQWiG

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

- §§ 139a, 139b SGB V
- **Nutzenbewertung:** wirkt eine neue Methode/ein neues Arzneimittel?
- vom G-BA beauftragt

IQTIG

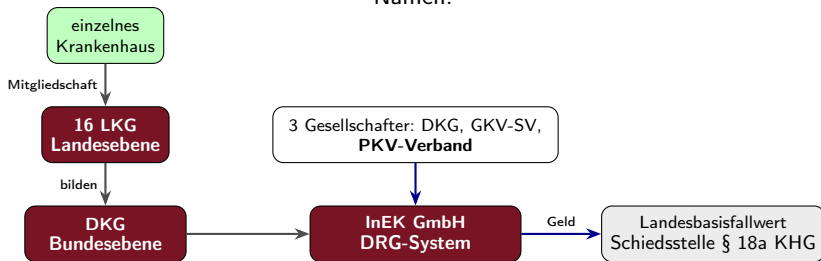
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- § 137a SGB V
- **Qualitätssicherung** der bestehenden Versorgung
- ebenfalls vom G-BA beauftragt

Beide: unabhängige Institute, nicht Teil des G-BA selbst, aber von ihm finanziert (Stiftungsrat mit Kassen-/Ärztevertretern).

Station 9: Die Krankenhaus-Spiegelwelt

Muss Sabine ins Krankenhaus, rechnet dieses nicht wie ihr Arzt einzelne Leistungen ab, sondern eine **Fallpauschale** — dieselbe Grundkette wie bei den Ärzten, nur mit anderen Namen.



Graue Pfeile links = **Mitgliedschaft** (wer vertritt wen), blaue Pfeile rechts = **Geld**. InEK ist als **einziger Ort im Organigramm** auch der PKV als echtem Gesellschafter zugänglich, nicht nur beratend.

LKG = Landeskrankenhausesellschaften · **InEK** = Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus · **DRG** = Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen) · **PKV** = private Krankenversicherung · **KHG** = Krankenhausfinanzierungsgesetz — **Zur Größenordnung:** Krankenausgaben der GKV 2025 rund **111 Mrd. €**, der größte einzelne Ausgabenblock (Vortrag 1).

Station 10: AMNOG — die dritte Spiegelwelt

AMNOG = Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Warum? Bis 2011 konnten Hersteller den Preis eines neuen Medikaments frei festlegen — die GKV musste zahlen, auch wenn der Nutzen fraglich war.

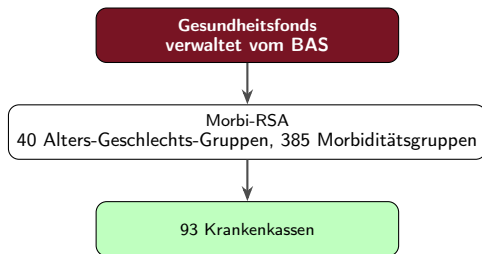


Beispiel (illustrativ, kein reales Präparat): Wirkstoff X startet zum freien Listenpreis von 1.200 €/Packung. Der G-BA stellt einen beträchtlichen Zusatznutzen fest.

GKV-Spitzenverband und Hersteller verhandeln einen **Erstattungsbetrag** von 850 €/Packung — rückwirkend ab dem 7. Monat nach Markteinführung (§ 130b SGB V). Reale Erstattungsbeträge sind oft **vertraulich**, deshalb hier ein konstruiertes Beispiel.

Zahlen 2024: über **55 Mrd. €** GKV-Ausgaben für **alle** Arzneimittel (netto), davon knapp 54 % für patentgeschützte – bei nur rund 7 % der Packungen (TK-Factsheet, WIdO); 96 % der Verfahren enden in einer freien Verhandlungslösung, nur 4 % bei der Schiedsstelle. Dasselbe Prinzip gilt für Medizinprodukte/**DiGA** (Digitale Gesundheitsanwendungen) und Apotheken-Rabattverträge (§§ 129, 130a, 131).

Station 11: Gesundheitsfonds, BAS, Morbi-RSA



BAS = Bundesamt für Soziale Sicherung

(bereits in der Auseinandersetzungs-Folie vorgestellt) · **Morbi-RSA** =
morbidityorientierter Risikostrukturausgleich

Beiträge und Bundeszuschuss fließen hier zusammen und werden risikoadjustiert
zurückverteilt — Details dazu in Vortrag 1 („GKV und Umlageverfahren“).

Der Bundeszuschuss beträgt nach § 221 Abs. 1 SGB V jährlich 14,5 Mrd. € pauschal für versicherungsfremde
Leistungen (z. B. beitragsfreie Familienversicherung). Quelle: Felix, DAK-Gutachten 09/2024, S. 30 (Auftraggeber:
eine Krankenkasse).

Wer prüft die Kassen? § 274 SGB V

Das Organigramm ordnet dem BAS beim Gesundheitsfonds eine „Rechtsaufsicht nach § 274 SGB V“ zu – das ist **ungenau**: § 274 ist keine Aufsicht *über den Fonds*, sondern eine **wiederkehrende Betriebsprüfung der Kassen selbst**.

- **Mindestens alle 5 Jahre** prüft das **BAS** (bundesunmittelbare Kassen) bzw. die zuständige **Landesbehörde** (landesunmittelbare Kassen, MD) die **Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung**
- Das **BMG** prüft im selben Rhythmus den **GKV-Spitzenverband** und die **KBV/KZBV** direkt
- Prüfungsmaßstab: **Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit** des gesamten Geschäftsbetriebs

Quelle: § 274 SGB V (gesetze-im-internet.de); bundesamtsozialesicherung.de (Kostenregelung § 274)

Station 12: GKV-Spitzenverband und die einzelne Kasse

- Jede der 93 Kassen: **Vorstand** + **Verwaltungsrat** (paritatisch AG/AN, aus Sozialwahlen)
- Gemeinsam bilden sie den **GKV-Spitzenverband** (§ 217a SGB V)

Wiedererkennung

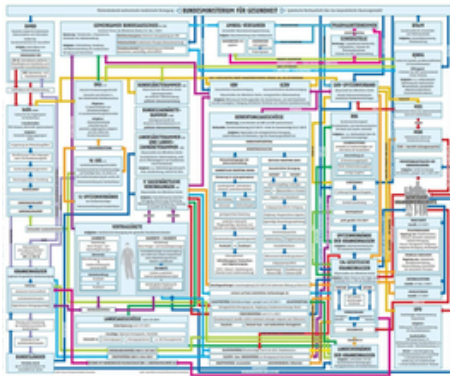
Das ist die Institution, die wir in praktisch **jeder** vorherigen Station schon als Verhandlungspartner gesehen haben — jetzt kennen wir auch, woraus sie besteht.

- **Medizinischer Dienst (MD, auf Bundesebene MD-Bund):** eigene Körperschaften, eigener Verwaltungsrat (23 Mitglieder je Ebene, §§ 279, 282 SGB V) — organisatorisch getrennt von den Kassen, um Interessenkonflikte zu vermeiden
(bereits in der Auseinandersetzungs-Folie zu Beginn vorgestellt, dort noch unter den alten Namen MDK/MDS)
- **Patientenvertretung** (§ 140f SGB V): Mitberatungsrecht überall, wo es um Versicherteninteressen geht
- **UPD** (Unabhängige Patientenberatung Deutschland): unabhängige Beratungsstelle für den einzelnen Bürger

Station 14: Der Rahmen — BMG und die 16 Länder

- **BMG** (Bundesministerium für Gesundheit, bereits in der Auseinandersetzungs-Folie vorgestellt): Rechtsaufsicht über praktisch jede genannte Institution — prüft **Rechtmäßigkeit**, nicht Zweckmäßigkeit
- **16 Länder**: Krankenhausplanung, Bedarfsplanung (Landesausschüsse, § 90 SGB V) — der föderale Teil

Jetzt das komplette Bild



Kein Chaos mehr — 14 Bausteine, die wir gerade einzeln erklärt haben.

Quelle: https://www.reddit.com/r/de/comments/dtgsjk/aus_aktuellem_anlass_das_deutsche/ — Original: Grafik Marven Eismann/Frankfurter Rundschau, Quelle Zukunftskreis Gesundheit/PremiumCircle Deutschland

Der eine Satz

Der Staat setzt den Rahmen (Wirtschaftlichkeitsgebot, Rechtsaufsicht) — die **Selbstverwaltung** füllt ihn aus. Und für fast jede Verhandlung gibt es eine **Schiedsstelle**, falls man sich nicht einigt.

Nächste Einheit: Woher kommt eigentlich der Preis eines Medikaments?
Ein tieferer Blick auf AMNOG und die Apotheken-Handelsspanne.

Anhang: Abkürzungen (1/2)

AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz	DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherheit	DRG	Diagnosis Related Groups (Fallgruppen)
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	GKV	gesetzliche Krankenversicherung
BVA	Bundesversicherungsamt (Vorläufer des BAS)	GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendungen	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
		IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Anhang: Abkürzungen (2/2)

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz	Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
K(Z)Ven	Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen	PKV	private Krankenversicherung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	QZV	Qualitätszusatzvolumen
LKG	Landeskrankenhausgesellschaften	RLV	Regelleistungsvolumen
MD, MD-Bund	Medizinischer Dienst (Land/Bund)	SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	UPD	Unabhängige Patientenberatung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes		

MDK/MDS: alte Bezeichnung, vor 2021 – s. Auseinandersetzungs-Folie.

Anhang: Die Schiedsstellen im Organigramm – Überblick

10 Schiedsstellen-Boxen stehen im Original-Organigramm (nachgezählt, nicht neun wie zunächst berichtet). Nomenklatur **S- $\langle \S \rangle$** : keine offizielle Nummerierung existiert.

Code	Gesetz	Eigenname	Besetzung
S-18aKHG	§ 18a KHG	Landes- /Bundesschiedsstelle	gl. Zahl + 3 unp.
S-89	§ 89 SGB V	Schiedsamt (6 Varianten)	gl. Zahl + 3 unp.
S-89a-Land	§ 89a SGB V	Sektorenübergr. Schiedsgr. (Land)	2+2+2 + 2 unp. =8
S-89a-Bund	§ 89a SGB V	Sektorenübergr. Schiedsgr. (Bund)	2+2+2 + 2 unp. =8
S-114	§ 114 SGB V	Landesschiedsstelle	gl. Zahl + 3 unp.
S-125-6	§ 125 Abs. 6 SGB V	Schiedsstelle Heilmittel	4+4 + 3 unp.
S-129-8	§ 129 Abs. 8 SGB V	Schiedsstelle Apotheken	5+5 + 3 unp. =13
S-130b	§ 130b SGB V	Schiedsstelle Erstattungs- betr.	2+2 + 3 unp. =7
S-132I	§ 132I SGB V	Schiedsstelle Intensivpfle- ge	6+2+2+2 + 2 unp. =14
S-134a	§ 134a Abs. 4 SGB V	Schiedsstelle Hebammen- hilfe	3+3 + 3 unp. =9

Korrektur 28.09.2026: Frühere Fassung nannte 9 statt 10 (S-114, Land/Bund-Trennung bei S-89a übersehen).

Zur Quellenlage: zwei verschiedene Listen, nicht eine

Anordnung: Das „BMG-Gutachten“ hat eine **eigene** Liste (Abschnitt C.3, S. 43 ff.) der Schiedsstellen:

- **Im Gutachten, nicht im Organigramm:** § 75 Abs. 3c (Basistarif-Schiedsstelle), § 111b (Vorsorge-/Reha-Einrichtungen), **die Schiedsstelle des G-BA selbst**
- **Im Organigramm, im Gutachten nur als Historie behandelt, nicht im eigenen Katalog:** § 89, § 89a
- **Im Organigramm, im Gutachten gar nicht erwähnt:** § 125 Abs. 6, § 132l – vermutlich neuer als das Gutachten (2017)
- **In beiden:** § 18a KHG, § 114, § 129, § 130b, § 134a

Was das Gutachten trotzdem zuverlässig belegt

Den Begriff „Begriffswirrwarr“ (S. 242), § 89 als „Urform“ (seit 1913), und das wiederkehrende Muster „gleiche Zahl“ bzw. „fest beziffert“ + Unparteiische.

Das Grundmuster – und wo es abweicht

Grundmuster: Vertreter beider (oder dreier) Seiten – entweder „in gleicher Zahl“ (S-18aKHG, S-89, S-114) oder **fest beziffert** (S-89a, S-125-6, S-129-8, S-130b, S-132l, S-134a) – plus **unparteiischer Vorsitz**. In **8 von 10** kommen zwei weitere Unparteiische hinzu (insgesamt 3).

Abweichung 1: S-89a (sektorenübergreifend, Land *und* Bund)

Nur **2 Unparteiische** (Vorsitz + 1 weiteres Mitglied) bei drei Seiten mit je 2 Vertretern (Ärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser) = 8 Mitglieder; Entscheidung mit **2/3-Mehrheit**. Gilt für **beide** Ebenen gleichermaßen.

Abweichung 2: S-132l (Intensivpflege)

Auch nur **2 Unparteiische** – dafür erhalten diese beiden je **drei Stimmen**, um das Zahlenübergewicht der zwölf Interessenvertreter auszugleichen.

Das entspricht der Kritik des Felix-Gutachtens: keine einheitliche Konzeption, sondern historisch gewachsene Einzelfalllösungen für strukturell gleichartige Konflikte.

S-114: Die Landesschiedsstelle – eine zweite neben S-18aKHG

- **Rechtsgrundlage:** § 114 SGB V. **Andere Aufgabe als S-18aKHG:** nicht der Landesbasisfallwert, sondern (a) Bestimmung des Prüfers für Qualitäts-/Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 113), (b) Festsetzung des Inhalts der Versorgungsverträge nach §§ 112, 115
- **Besetzung:** Vertreter der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser **in gleicher Zahl** + 1 unparteiischer Vorsitz + 2 weitere Unparteiische
- **Konkrete Zahl ist Ländersache** (§ 114 Abs. 5): Sachsen 5+5, Baden-Württemberg 6+6, Nordrhein-Westfalen 8+8 – **16 verschiedene Landesverordnungen**
- Bestellung des Prüfers: Frist **2 Monate**; bei Uneinigkeit über Vorsitz/Unparteiische: Verfahren analog § 89 Abs. 6 (Listenverfahren, ggf. Losentscheid)

Quelle: gesetze-im-internet.de/sgb_5/___114.html; Felix-Gutachten S. 48 f.; Landesschiedsstellenverordnungen Sachsen, Baden-Württemberg, NRW

S-89a: eine Box, zwei Ebenen

Das Original zeigt **zwei getrennte** S-89a-Boxen – eine auf Landes-, eine auf Bundesebene:

- **S-89a-Land:** gebildet aus Kassenärztlichen Vereinigungen + Landesverbänden der Krankenkassen/Ersatzkassen + Landeskrankenhausgesellschaften
- **S-89a-Bund:** gebildet aus KBV + GKV-Spitzenverband + DKG
- **Beide identisch besetzt:** je 2 Vertreter der drei Seiten + Vorsitz + 1 weiteres unparteiisches Mitglied = 8; Entscheidung mit **2/3-Mehrheit**, Amtsdauer 4 Jahre (§ 89a Abs. 4, 5 SGB V)
- Zuständig, wenn ambulante und stationäre Versorgung **zusammen** betroffen sind – Land für regionale, Bund für bundesweite Verträge

Quelle: [lxgesetze.de/sgb-v/89a](https://www.lxgesetze.de/sgb-v/89a)

- **Rechtsgrundlage:** § 134a Abs. 4 SGB V, eingeführt 2006 – vorher einseitige Festsetzung per Rechtsverordnung des BMG, Betroffene nur anzuhören
- **Besetzung:** 3 Vertreter GKV-Spitzenverband + 3 Vertreter Hebammenverbände (DHV, BfHD, Netzwerk der Geburtshäuser) + 1 unparteiischer Vorsitz + 2 weitere Unparteiische = **9 Mitglieder**
- Amtsdauer 4 Jahre; Vorsitz-Bestimmung ggf. per Los

Warum diese Schiedsstelle beispielhaft steht

Am besten dokumentiert – zeigt exemplarisch, warum das Aufstockungsmodell (Erweiterung bestehender Gremien um weitere Parteien) laut Felix-Gutachten grundsätzliche Probleme aufwirft: Dritte ohne Einfluss auf die Wahl der unparteiischen Mitglieder.

- **S-130b** (§ 130b SGB V, Erstattungsbetrag/AMNOG): 1 unpart. Vorsitz + 2 weitere Unparteiische + 2 Pharmaunternehmen + 2 GKV-Spitzenverband = 7 Mitglieder. Bereits ausführlich in Station 10 behandelt.
- **S-129-8** (§ 129 Abs. 8 SGB V, Apotheken-Rahmenvertrag): 1 unpart. Vorsitz + 2 weitere Unparteiische + **5** Vertreter Krankenkassen + **5** Vertreter Apotheker (Deutscher Apothekerverband) = **13 Mitglieder**, aktuelle Amtsperiode bis 31.12.2028

- **S-18aKHG** (§ 18a KHG): Krankenkassen und Krankenhäuser in gleicher Zahl + 3 Unparteiische – Landesbasisfallwert, bereits in Station 9 gezeigt
- **S-89** (§ 89 SGB V): das „Schiedsamt“ – die **Urform** aller Schiedseinrichtungen im Kassenrecht, seit 1913 (Berliner Abkommen), gesetzlich seit 1923. Ärzte/Krankenkassen in gleicher Zahl + 3 Unparteiische. Tatsächlich **6 Varianten**: Land/Bund je für Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker

- **S-125-6** (§ 125 Abs. 6 SGB V, Heilmittel): 1 unpart. Vorsitz + 2 weitere Unparteiische + **4** Vertreter Krankenkassen + **4** Vertreter Heilmittelerbringer, je Leistungsbereich (Physio, Ergo, Logopädie...) getrennt besetzt
- **S-132I** (§ 132I SGB V, außerklinische Intensivpflege): **6** Krankenkassen + je **2** (vollstationäre Pflegeeinrichtungen, weitere Leistungserbringer, Pflegedienste) + nur **2** Unparteiische, dafür mit **je 3 Stimmen** = 14 Mitglieder

Nicht im Organigramm, aber real (Gutachten-Katalog)

§ 132a (häusliche Krankenpflege, Krankenkassen/Pflegedienste gleiche Zahl + 3 unp.), § 75 Abs. 3c (Basistarif), § 111b (Vorsorge/Reha), sowie die **Schiedsstelle des G-BA selbst.**

Nachtrag: eine weitere, jüngere Schiedsstelle – S-134 (DiGA)

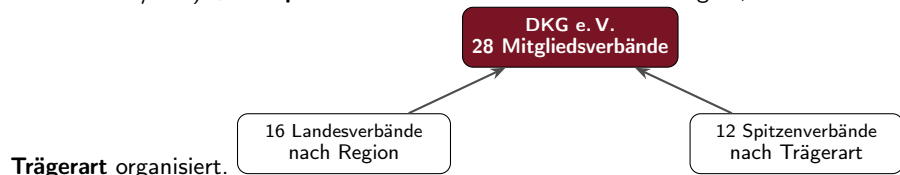
- **S-134** (§ 134 Abs. 3 SGB V): Schiedsstelle für **Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)** – kam mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (Dezember 2019) hinzu und fehlt deshalb sowohl im Organigramm als auch im Gutachten von 2017
- Sie setzt Vergütungsbeträge fest, wenn binnen **neun Monaten** nach Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis keine Vereinbarung zustande kommt (Festsetzung binnen drei Monaten), und die Rahmenvereinbarung, wenn diese scheitert
- Kosten eines Verfahrens: Hersteller und GKV-Spitzenverband je zur Hälfte

Und § 134a? Und wie viele sind es insgesamt?

Das Organigramm ordnet § 134a den Herstellern von Medizinprodukten zu; tatsächlich **Hebammenhilfe** (S-134a). **Gesamtzahl:** 10 im Organigramm (erste Anhang-Folie) + mindestens 4 weitere real, nicht im Diagramm (§ 132a, § 75 Abs. 3c, § 111b, G-BA-eigene) + S-134 hier – eine feste Gesamtzahl geben wir deshalb bewusst nicht an.

Anhang: Die 12 Spitzenverbände der Krankenhausträger

Die **DKG** (Station 9) hat **28 Mitgliedsverbände**: **16 Landesverbände** (regional, eine je Bundesland/-teil) + **12 Spitzenverbände** – letztere nicht nach Region, sondern nach



Beispiele (nicht vollständig, 3 von 12 namentlich verifiziert):

- **VUD** – Verband der Universitätsklinika Deutschlands
- **BDPK** – Bundesverband Deutscher Privatkliniken
- **KKVD** – Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (Fachverband im Caritasverband)

Warum zwei Achsen?

Ein Universitätsklinikum in Bayern ist gleichzeitig Mitglied der **Landeskrankenhausesellschaft Bayern** (Region) **und** über den VUD indirekt bei der DKG vertreten (Trägerart) – die DKG bündelt beide Perspektiven.

Anhang: Wahltarife – warum es sie gibt

Seit dem **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz** (ab 1.4.2007, § 53 SGB V) dürfen bzw. müssen Kassen **Wahltarife** anbieten – ein Instrument, damit sich die 93 Kassen trotz **Einheitskatalog** (Vortrag 2, Station 1) voneinander unterscheiden können. Teilnahme ist für Versicherte **immer freiwillig**.

Pflicht-Tarife (Abs. 3, 6)

Die Kasse **muss** anbieten:

- Tarife zu besonderen Versorgungsformen (§§ 63, 73b, 137f, 140a – „Besondere Versorgung“, s. Station 5)
- Krankengeld-Wahltarif

Kann-Tarife (Abs. 1, 2, 4, 5, 7)

Die Kasse **darf** anbieten:

- Selbstbehalt (Abs. 1)
- Prämie bei Nichtinanspruchnahme (Abs. 2)
- besondere Therapierichtungen, Kostenerstattung

Erkennungsregel im Gesetzestext: „Die Krankenkasse hat...“ = Pflicht; „Die Krankenkasse kann...“ = Kann.

Quelle: § 53 SGB V (gesetze-im-internet.de); sozialversicherung-kompetent.de

Selbstbehalt-Tarif (§ 53 Abs. 1): Sabine übernimmt im Kalenderjahr einen Teil ihrer Behandlungskosten selbst – dafür zahlt die Kasse ihr eine Prämie.

Gesetzliche Obergrenze

Die Prämie darf höchstens **ein Zwölftel** der im Kalenderjahr gezahlten Beiträge betragen (§ 53 Abs. 4 S. 2 – unabhängig vom gewählten Selbstbehalt).

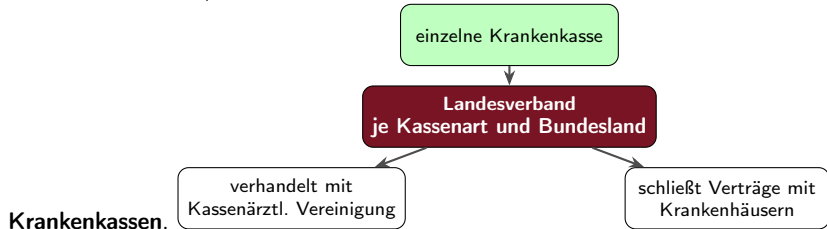
- Ausgenommen von der Anrechnung auf den Selbstbehalt: Vorsorge, Impfungen, Kinderuntersuchungen, Zahnprophylaxe – diese „zählen nicht mit“
- **Bindungsfrist:** in der Regel **3 Jahre** (§ 53 Abs. 8) – Sonderkündigungsrecht, wenn die Beiträge komplett von Dritten übernommen werden

Einordnung: Das ist das gesetzliche Gegenstück zum PKV-Selbstbehalt (Vortrag 1) – nur begrenzter, weil die Prämie gedeckelt ist und die Bindung lang ist.

Quelle: § 53 SGB V; energie-bkk.de (Mustersatzung, Bindungsfristregelung)

Anhang: Die Landesverbände der Krankenkassen

Zwischen der einzelnen Kasse und dem **GKV-Spitzenverband** (Station 12) liegt regional noch eine Ebene, die bisher nur am Rand vorkam: die **Landesverbände der**



- **Warum diese Ebene?** Gesamtverträge (Station 5) und Krankenhaus-Vergleichsverträge werden **regional** verhandelt – dafür braucht es einen regionalen Bündelungspunkt unterhalb des bundesweiten Spitzenverbands
- Organisiert je **Kassenart** (AOK, Ersatzkassen, BKK, IKK ...) und je **Bundesland** – dieselbe Struktur, die im Landesausschuss (02e) schon als „9 Kassenvertreter“ auftauchte
- Sie bilden zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die **Landesausschuss- und Landesschiedsstellen-Grundlage** (S-114, Schiedsstellen-Anhang)

Einordnung: Diese Ebene erklärt, warum in früheren Stationen häufig „Landesverbände der Krankenkassen“ als Mitbildner genannt wurden (S-114, Landesausschuss, S-18aKHG), ohne dass