

TOM WOLK

Normative
Schadensbestimmung
in der GKV

*Studien zum
Medizin- und Gesundheitsrecht*

18

Mohr Siebeck

Studien zum Medizin- und Gesundheitsrecht

Herausgegeben von
Steffen Augsberg, Karsten Gaede, Jens Prütting

18



Tom Wolk

Normative Schadensbestimmung in der GKV

Eine Kritik der streng formalen Betrachtung des
Bundessozialgerichts

Mohr Siebeck

Tom Wolk, geboren 1994; Studium der Rechtswissenschaften an der Bucerius Law School, Hamburg, und der University of Maryland, Baltimore (USA); 2019 Erste Juristische Prüfung; Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinrecht der Bucerius Law School Hamburg; 2024 Promotion; Rechtsreferendariat am Hanseatischen Oberlandesgericht.

Gedruckt mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht (DGfK), Berlin und der Johanna und Fritz Buch Gedächtnis-Stiftung, Hamburg

ISBN 978-3-16-164144-2 / eISBN 978-3-16-164145-9
DOI 10.1628/978-3-16-164145-9

ISSN 2699-6855 / eISSN 2699-6863
(Studien zum Medizin- und Gesundheitsrecht)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind über <https://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2025 Mohr Siebeck Tübingen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigung, Übersetzung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Gedruckt auf alterungsbeständiges Papier. Satz: epline, Bodelshausen.

Mohr Siebeck GmbH & Co. KG, Wilhelmstraße 18, 72074 Tübingen, Deutschland
www.mohrsiebeck.com, info@mohrsiebeck.com

Meiner Großmutter

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde im Herbsttrimester 2023 von der Bucerius Law School – Hochschule für Rechtswissenschaft – als Dissertation angenommen. Die mündliche Prüfung fand am 07. Mai 2024 statt. Rechtsprechung und Literatur konnten bis Oktober 2023 berücksichtigt werden. Für die Drucklegung wurde die Kommentarliteratur auf den Stand von September 2024 gebracht.

Mein aufrichtiger Dank gebührt zunächst meinem Doktorvater Prof. Dr. Jens Prütting, ohne den diese Arbeit nicht entstanden wäre und der mir in allen Lagen mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat. Ebenso herzlich danke ich Herrn Prof. Dr. Karsten Gaede für wertvolle Impulse und die zügige Erstattung des Zweitgutachtens.

Für die großzügige finanzielle Förderung dieser Arbeit bedanke ich mich bei der Gesellschaft zur Förderung der sozialrechtlichen Forschung e. V., der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e. V. sowie der Johanna und Fritz Buch Gedächtnis-Stiftung.

Darüber hinaus verdanke ich zahllose Anregungen und konstruktive Diskussionen meinen Kolleginnen und Kollegen am Institut für Medizinrecht und dem Lehrstuhl PR VII der Bucerius Law School, wobei ich insbesondere Herrn Alexander Heß und Herrn John Heidemann für ihre tatkräftige Unterstützung danke. Mein besonderer Dank gilt schließlich Frau Nadine Reiter, die mich auch an schweren Tagen dazu motiviert hat, an den Schreibtisch zurückzukehren.

Hamburg, im Dezember 2024

Tom Wolk

Inhaltsübersicht

Vorwort	VII
Inhaltsverzeichnis	XIII
Abkürzungsverzeichnis	XXI
<i>1. Kapitel: Problemstellung, Aufbau der Untersuchung und Forschungsbedarf</i>	1
<i>A. Problemaufriss</i>	1
<i>B. Gang und Ziele der Untersuchung</i>	9
<i>C. Begrenzungen des Forschungsgegenstandes</i>	10
<i>2. Kapitel: Grundlagen der Erbringung und Honorierung vertragsärztlicher Leistungen</i>	13
<i>A. Der Vertragsarzt als Leistungserbringer im System der GKV</i>	13
<i>I. Normative Grundlagen (vertrags-)ärztlicher Berufsausübung</i>	14
<i>II. Leistungs- und Leistungserbringungsrecht der GKV</i>	14
<i>III. Trennung von Behandlungs- und Abrechnungsverhältnis</i>	15
<i>B. Die Vergütung des Vertragsarztes durch die Kassenärztliche Vereinigung</i>	16
<i>I. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung als Finanzrahmen vertragsärztlicher Leistungen</i>	17
<i>II. Honorarverteilungsmaßstab und honorarwirksame Begrenzungsregelungen</i>	19
<i>III. Die Bewertung vertragsärztlicher Leistungen nach dem EBM-Ä</i> ...	20
<i>C. Die Überprüfung der vertragsärztlichen Abrechnung</i>	21
<i>I. Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung gem. §106d SGB V</i>	22
<i>II. Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. §§106 ff. SGB V</i>	29

III.	Feststellung eines sonstigen Schadens (Schadensregress) nach § 48 BMV-Ä	39
IV.	Zusammenfassung der Ergebnisse	45
3. Kapitel: Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur normativen Schadensbestimmung („Streng formale Betrachtungsweise“)		
		47
A.	<i>Rechtsprechungsentwicklung</i>	48
I.	Von der Ausgangsentscheidung des 6. Senats vom 04.05.1994	48
II.	... über die Ausdehnung der Rechtsprechung sowohl vertikal als auch horizontal	51
III.	... hin zum heute umfassenden Geltungsanspruch	67
B.	<i>Kernaussagen: Die zwei Dimensionen der Rechtsprechung</i>	69
I.	Umfassender Ausschluss	69
II.	... bewirkt normativen Schaden	112
III.	Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Kernaussagen der Rechtsprechung	148
4. Kapitel: Verfassungsrechtliche und rechtssystematische Kritik		
		151
A.	<i>Verfassungsrechtliche Betrachtung</i>	152
I.	Die Rechtsprechung des BSG als Eingriff in die vertragsärztliche Berufsfreiheit	153
II.	Verfassungsrechtliche Rechtfertigung	163
III.	Ergebnisse der verfassungsrechtlichen Untersuchung	219
B.	<i>Rechtssystematische Betrachtung</i>	220
I.	Der Konnex zwischen Rechtskonformität und Leistungsvergütung	221
II.	Gesetzliche Steuerungskonzepte im Recht der GKV	227
III.	Ergebnisse der rechtssystematischen Untersuchung	246
5. Kapitel: Eigener Lösungsansatz zur Abkehr von der streng formalen Betrachtung und dessen Folgen		
		249
A.	<i>Das Konzept der gemäßigt formalen Betrachtung</i>	250
I.	Theoretische Vorüberlegungen	250
II.	Anwendung des Konzepts auf verschiedene Regelungsgegenstände der GKV	253

III.	Zusammenfassung der Kernaussagen	268
B.	<i>Zu erwartende Auswirkungen des Vorschlags</i>	269
I.	Krankenversicherungsrechtliche und tatsächliche Folgen	269
II.	Konsequenzen für den vertragsärztlichen Abrechnungsbetrag	271
6.	Kapitel: Ausblick und Zusammenfassung der Ergebnisse	275
A.	<i>Zukünftiger Regelungsbedarf</i>	275
B.	<i>Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse in Thesen</i>	276
	Literaturverzeichnis	281
	Sachregister	297

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	VII
Inhaltsübersicht	IX
Abkürzungsverzeichnis	XXI
<i>1. Kapitel: Problemstellung, Aufbau der Untersuchung und Forschungsbedarf</i>	1
<i>A. Problemaufriss</i>	1
<i>B. Gang und Ziele der Untersuchung</i>	9
<i>C. Begrenzungen des Forschungsgegenstandes</i>	10
<i>2. Kapitel: Grundlagen der Erbringung und Honorierung vertragsärztlicher Leistungen</i>	13
<i>A. Der Vertragsarzt als Leistungserbringer im System der GKV</i>	13
<i>I. Normative Grundlagen (vertrags-)ärztlicher Berufsausübung</i>	14
<i>II. Leistungs- und Leistungserbringungsrecht der GKV</i>	14
<i>III. Trennung von Behandlungs- und Abrechnungsverhältnis</i>	15
<i>B. Die Vergütung des Vertragsarztes durch die Kassenärztliche Vereinigung</i>	16
<i>I. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung als Finanzrahmen vertragsärztlicher Leistungen</i>	17
<i>II. Honorarverteilungsmaßstab und honorarwirksame Begrenzungsregelungen</i>	19
<i>III. Die Bewertung vertragsärztlicher Leistungen nach dem EBM-Ä</i> ...	20
<i>C. Die Überprüfung der vertragsärztlichen Abrechnung</i>	21
<i>I. Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung gem. §106d SGB V</i>	22
<i>1. Prüfungsumfang</i>	23
<i>2. Rechtsfolgen und Verfahrensanforderungen</i>	24

	a) Schadensschätzung aufgrund unrichtiger Abrechnungssammelerklärung	25
	b) Kritik und Begrenzungen der Rechtsprechung	26
II.	Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. §§ 106 ff. SGB V	29
	1. Prüfungsumfang	29
	a) Überprüfung ärztlicher Leistungen, §§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 i. V. m. 106a SGB V	31
	b) Überprüfung ärztlich verordneter Leistungen, §§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 i. V. m. 106b SGB V	31
	c) Der Arztkostenregress als Hauptanwendungsfall des Verordnungsregresses	32
	2. Rechtsfolgen und Verfahrensanforderungen	33
	a) Begrenzung auf den unwirtschaftlichen Mehraufwand	34
	b) Neubewertung durch § 106b Abs. 2a SGB V?	37
III.	Feststellung eines sonstigen Schadens (Schadensregress) nach § 48 BMV-Ä	39
	1. Prüfungsumfang	40
	2. Rechtsfolgen und Verfahrensanforderungen	42
IV.	Zusammenfassung der Ergebnisse	45

	<i>3. Kapitel: Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur normativen Schadensbestimmung („Streng formale Betrachtungsweise“)</i>	47
A.	<i>Rechtsprechungsentwicklung</i>	48
I.	Von der Ausgangsentscheidung des 6. Senats vom 04.05.1994	48
II.	... über die Ausdehnung der Rechtsprechung sowohl vertikal als auch horizontal	51
	1. Vertikale Ausdehnung – Verdichtung der rechtlichen Anknüpfungspunkte	51
	a) Nichtanrechnung ersparter Aufwendungen und Erstreckung auf den Verordnungsbereich	52
	b) „Abrechnungsbeschränkungen des Vergütungsrechts“	54
	c) Einbeziehung des leistungsrechtlichen Kostenerstattungsanspruchs	56
	d) Ausnahme für Verstöße gegen Ordnungsvorschriften	57
	e) Grundsätze des Gestaltungsmissbrauchs	59
	2. Horizontale Ausdehnung – Erfassung weiterer Leistungsbereiche	62
	a) Leistungserbringer der stationären Versorgung, insbesondere Krankenhäuser	63
	b) Apotheker und sonstige nichtärztliche Leistungserbringer ...	66

III.	... hin zum heute umfassenden Geltungsanspruch	67
B.	<i>Kernaussagen: Die zwei Dimensionen der Rechtsprechung</i>	69
I.	Umfassender Ausschluss	69
	1. Verlust des ursprünglichen Vergütungsanspruchs	70
	a) Abstrakte Bestimmung der vergütungsrelevanten Rechtsverstöße	70
	aa) Formale oder inhaltliche Vergütungsvoraussetzungen ...	71
	bb) Keine reine Ordnungsfunktion	72
	cc) Basismängel der Leistungserbringung	73
	(1) Qualität und Wirtschaftlichkeit als Leitfaktoren der Leistungssteuerung	75
	(a) Der Qualitätsbegriff	77
	(b) Der Wirtschaftlichkeitsbegriff	78
	(c) Das Verhältnis der Begriffe zueinander	80
	(2) Ausgewählte Fallgruppen von Vergütungsausschlüssen	81
	(a) Apparative und fachliche Voraussetzungen nach §135 Abs.2 S.1 SGB V	82
	(b) Einhaltung der Fachgebiets- und Ermächtigungsgrenzen	83
	(c) Abrechnungsbeschränkungen des Vergütungsrechts	87
	(d) Verstöße gegen Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	92
	(e) Keine ordnungsgemäße Aufklärung	99
	(3) Weitere Faktoren neben Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung	103
	(a) Vorgaben zur Leistungsüberprüfung, insbesondere Dokumentationsanforderungen ...	104
	(b) Einbeziehung wettbewerbsschützender Vorgaben?	106
	dd) Vorschriften mit verminderter Steuerungswirkung als dritte Normkategorie?	108
	b) Erkenntnisse zur Eingrenzung des vergütungsrelevanten Normkreises	110
	2. Ausschluss sonstiger Ausgleichsansprüche	111
II.	... bewirkt normativen Schaden	112
	1. Bestimmung und Eingrenzung des normativen Schadensbegriffs	113
	a) Begriffliche Anleihen im bürgerlichen Schadensrecht	113
	b) Das Problem der Vorteilsausgleichung im Zivilrecht	115
	c) Der Zweck des Ersatzanspruchs und die zivilrechtlichen Schadensersatzzwecke	117
	d) Zwischenfazit zur Vorteilsanrechnung	119

2. Materieller Ansatz: Werthaltigkeit der ärztlichen Leistungen . . .	120
a) Anknüpfungspunkte für den Wert der erbrachten Leistungen	120
aa) Anrechnung ersparter Aufwendungen	120
bb) Anrechnung der Befreiung von der Verbindlichkeit aus dem Versicherungsverhältnis	123
cc) Anrechnung der Arbeitsleistung als solcher?	125
b) Anrechnungsausschlussgründe	126
aa) Keine Anrechnung wegen Kenntnis der Nichtschuld	126
bb) Keine Anrechnung aufgrund aufgedrängter Bereicherung?	128
(1) Rechtmäßigkeit der Versorgung	128
(2) Entfallen von Behandlungsbedarf und Behandlungsanspruch	129
(3) Verhältnis von Leistungs- und Leistungserbringungsrecht	134
c) Zwischenfazit zur Vorteilsanrechnung	138
3. Formeller Ansatz: fehlender Vergütungsanspruch aufgrund Rechtsverstoßes	140
a) Spezial- und Generalprävention als Leitgedanken der Rechtsprechung	141
b) Keine Berücksichtigung der Vermögens- und Risikoverteilung	145
4. Zwischenfazit zum normativen Schadensbegriff	147
III. Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Kernaussagen der Rechtsprechung	148
<i>4. Kapitel: Verfassungsrechtliche und rechtssystematische Kritik</i>	<i>151</i>
<i>A. Verfassungsrechtliche Betrachtung</i>	<i>152</i>
<i>I. Die Rechtsprechung des BSG als Eingriff in die vertragsärztliche Berufsfreiheit</i>	<i>153</i>
1. Schutzbereich von Art. 12 Abs. 1 GG	153
a) Herleitung und Umfang des vertragsärztlichen Vergütungsanspruchs	154
b) Schutzbereichsabschwächung aufgrund Teilhabe am System der GKV?	156
2. Eingriff in den Schutzbereich durch umfassende Vergütungsversagung	158
a) Verkürzung grundrechtlich geschützter Positionen	158
b) Schutzbereichsrelevante Differenzierung nach ursprünglicher Anspruchsentstehung und nachträglichem Untergang?	161
<i>II. Verfassungsrechtliche Rechtfertigung</i>	<i>163</i>

1. Der Maßstab des BVerfG bei der Überprüfung von Fachgerichtsentscheidungen	163
2. Hinreichende Ermächtigungsgrundlage für umfassende Vergütungsausschlüsse	164
3. Umfang und Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung	167
a) Sachmäßigkeit- und Willkürkontrolle	168
b) Gewaltenteilung und Wille des Gesetzgebers	169
aa) Ansätze gesetzlicher Leistungssteuerung am Beispiel der Großgeräteplanung	171
bb) Folgerungen für die Bewertung der Rechtsfortbildung	173
c) Grundrechte als Grenzen der Rechtsfortbildung	175
aa) Gesetzliche Leistungssteuerung durch Qualitätsvorgaben und Mindestmengen	176
bb) Zwischenergebnis	177
d) Fazit zur Zulässigkeit der Rechtsfortbildung	178
4. Materielle Verfassungsmäßigkeit	179
a) Legitime Eingriffszwecke	179
aa) Bewahrung der Funktionsfähigkeit der GKV	179
(1) Sicherung der Funktionsfähigkeit des vertragsärztlichen Versorgungssystems	179
(2) Sicherung der Funktionsfähigkeit und finanziellen Stabilität der GKV	182
(3) Rekonturierung der Funktionsfähigkeit der GKV und ihrer Teilsysteme	187
(a) Die Versorgungsfunktion der GKV als grundrechtliche Notwendigkeit	188
(b) Qualität und Wirtschaftlichkeit als Adjutanten der Versorgungsfunktion	190
(c) Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag der KVen	192
(d) Wettbewerbsschutz	195
(e) Ordnungsgemäßheit der Leistungserbringung und Systemrelativierung	196
bb) Bewahrung der Einheit der Rechtsordnung	197
cc) Zwischenfazit zu den Eingriffszwecken	201
b) Geeignetheit	201
c) Erforderlichkeit	205
aa) Mildere Mittel	205
(1) Partieller Erhalt des Primäranspruchs durch Vergütungsabschlüsse	205
(2) Gewährung von Sekundäransprüchen und Abzug von „Sowiesokosten“	206
(3) Einführung eines Verschuldenserfordernisses	206

(4) Sonstige, insbesondere vergütungsunabhängige Sanktionsmechanismen	208
bb) Die Bedingung gleicher Eignung	208
d) Angemessenheit	210
aa) Die Belange der Vertragsärzte	210
bb) Die Belange der Versichertengemeinschaft	214
cc) Abschließende Abwägung	216
III. Ergebnisse der verfassungsrechtlichen Untersuchung	219
B. <i>Rechtssystematische Betrachtung</i>	220
I. Der Konnex zwischen Rechtskonformität und Leistungsvergütung	221
1. Leistungsstörungen im bürgerlichen Dienst- und Behandlungsvertragsrecht	221
a) Schadensersatz bei verschuldeter Verletzung von Pflichten aus dem Behandlungsvertrag	221
b) Verwirkung des Vergütungsanspruches wegen Lohnunwürdigkeit gem. § 654 BGB	223
2. Die Rechtsfortbildung des BSG als krankenversicherungsrechtlich notwendige Modifikation?	226
II. Gesetzliche Steuerungskonzepte im Recht der GKV	227
1. Disziplinarvorschriften	228
a) Umfassende Erweiterung der vertraglichen Sanktionsbefugnisse	228
b) Das Verhältnis von Vergütungsausschlüssen und sonstigen Sanktionsmaßnahmen	228
aa) Verschuldenserfordernis	231
bb) Mangelnde Durchschlagkraft der Disziplinarsanktionen?	231
2. Spezialgesetzliche Vergütungssanktionen	233
a) Vertragsärztliche Honorarberichtigungstatbestände	233
aa) Verstöße gegen Vorgaben ohne Leistungsbezug	233
(1) Vergütungskürzung wegen fehlenden Nachweises über die Erfüllung der ärztlichen Fortbildungspflicht nach § 95d Abs. 3 S. 3 SGB V	234
(2) Vergütungskürzung wegen Unterschreitung des Mindestsprechstundenumfangs nach § 19a Abs. 4 S. 4 Ärzte-ZV i. V. m. § 95 Abs. 3 S. 4 SGB V	237
(3) Vergütungskürzungen nach §§ 291b Abs. 5 S. 1, 341 Abs. 6 S. 2 SGB V	238
bb) Verstöße gegen Vorgaben mit Leistungsbezug	239
b) Vergütungssanktionen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	241
aa) Mindestmengenregelung nach § 136b Abs. 5 S. 2 SGB V ..	241
bb) Nichteinhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V	243

3. Vergütungserhaltungstatbestände nach § 129 Abs. 4 S. 2 SGB V ..	243
4. Fazit zu den gesetzlichen Steuerungskonzepten	246
III. Ergebnisse der rechtssystematischen Untersuchung	246

5. Kapitel: Eigener Lösungsansatz zur Abkehr von der streng formalen Betrachtung und dessen Folgen

A. <i>Das Konzept der gemäßigt formalen Betrachtung</i>	250
I. Theoretische Vorüberlegungen	250
1. Zurückweisung des Erfordernisses umfassender Normkonformität	250
2. Die Erfüllung des Leistungsanspruchs als Voraussetzung einer kompensationspflichtigen Wertschöpfung	251
3. Die Leistungsnähe einer Vorschrift als Risikoindikator eines Leistungsfehlschlags	252
4. Originäre und derivative Abrechnungsvoraussetzungen	253
II. Anwendung des Konzepts auf verschiedene Regelungsgegenstände der GKV	253
1. Originäre Abrechnungsvoraussetzungen	254
a) Versicherten- und Vertragsarztstatus	254
b) Eintritt des Versicherungsfalls	256
c) Beachtung der grundlegenden Leistungsanforderungen	256
aa) Tatsächliche, vollständige und persönliche Erbringung indizierter Leistungen	256
bb) Unter Einhaltung des äußeren Leistungsrahmens der GKV	258
cc) Unter Einhaltung der Mindestvorgaben zur Versorgungsqualität	258
2. Derivative Abrechnungsvoraussetzungen	259
a) Fallgruppen leistungsferner Vorgaben	259
aa) Zulassungs- und Statusmängel	259
(1) Gestaltungsmissbrauch	260
(2) Formal fehlende Genehmigung bei materiell erfüllten Erteilungsvoraussetzungen	261
bb) Vorschriften mit primär wettbewerbsschützender Zielrichtung	262
(1) Fachfremde Leistungen	262
(2) Unzulässige Kooperationen	263
cc) Fehler bei der Ausstellung vertragsärztlicher Verordnungen	263
dd) Qualitätsbezogene Mängel jenseits von Mindestanforderungen	264
b) Rechtsfolgen der Verletzung leistungsferner Vorschriften	265

aa)	Geltendmachung materieller Schäden durch leistungsferne Rechtsverstöße	266
bb)	Sanktionierung durch sachnähere Regelungsbereiche	267
III.	Zusammenfassung der Kernaussagen	268
B.	<i>Zu erwartende Auswirkungen des Vorschlags</i>	269
I.	Krankenversicherungsrechtliche und tatsächliche Folgen	269
II.	Konsequenzen für den vertragsärztlichen Abrechnungsbetrug	271
6.	Kapitel: Ausblick und Zusammenfassung der Ergebnisse	275
A.	<i>Zukünftiger Regelungsbedarf</i>	275
B.	<i>Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse in Thesen</i>	276
	Literaturverzeichnis	281
	Sachregister	297

Abkürzungsverzeichnis

a. A.	andere Ansicht
abw. M.	abweichende Meinung
a. E.	am Ende
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
a. F.	alte Fassung
AOP	ambulante Operation
AM-RL	Arzneimittelrichtlinie
AMVV	Arzneimittelverschreibungsverordnung
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BÄO	Bundesärzteordnung
BewA	Bewertungsausschuss Ärzte
Bf.	Beschwerdeführer
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHSt	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BMV-Ä	Bundemantelvertrag Ärzte
BMV-Z	Bundemantelvertrag Zahnärzte
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungen des Bundessozialgerichts
BSG GS	Großer Senat des Bundessozialgerichts
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BVerwGE	Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
Dt. Ärztebl.	Deutsches Ärzteblatt
EBM-Ä	Einheitlicher Bewertungsmaßstab Ärzte
EKV-Ä	Ersatzkassenvertrag Ärzte
Fn.	Fußnote
FS	Festschrift
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GoA	Geschäftsführung ohne Auftrag

GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
Hdb.	Handbuch
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
i. d. F.	in der Fassung
i. e. S./i. w. S.	im engeren Sinne/im weiteren Sinne
i. S. d./i. S. e.	im Sinne des/im Sinne eines
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
K(Z)V	Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung
LSG	Landessozialgericht
MBO-Ä	Musterberufsordnung Ärzte
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
n. F.	neue Fassung
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
QS NET	Qualitätssicherung Nierenersatztherapie
RG	Reichsgericht
RGZ	Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen
RL	Richtlinie
Rn.	Randnummer
RV	Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V
RVO	Reichsversicherungsordnung
SG	Sozialgericht
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
st. Rspr.	ständige Rechtsprechung
VG	Verwaltungsgericht

1. Kapitel

Problemstellung, Aufbau der Untersuchung und Forschungsbedarf

A. Problemaufriss

Sozialrechtler müssen Fatalisten sein. Diesen Eindruck kann zumindest gewinnen, wer sich länger mit der einschlägigen Fachliteratur auseinandersetzt. Anders ist schwer verständlich, warum eine in ihren Folgen für das deutsche Gesundheitssystem derart weitreichende Rechtsprechung wie jene des Bundessozialgerichts zum Fortfall des GKV-Vergütungsanspruchs bei Normverstoß im sozialrechtlichen Schrifttum so wenig Resonanz erfahren hat. Denn während die „streng formale Betrachtungsweise“¹ – ausweislich der Anzahl dazu erschienener Publikationen² – in der strafrechtlichen Literatur zu einiger Berühmtheit gelangt ist, scheint sie gemessen an der Zahl der im sozial- und medizinrechtlichen Bereich zu verortenden Beiträge nurmehr ein Randdasein zu fristen, das ihrer zentralen Bedeutung – so viel sei vorweggenommen – nicht gerecht wird. Angesichts der sonst mit Kritik am BSG keineswegs sparsamen

¹ So die im Anschluss an BGH, Beschl. v. 28.09.1994 – 4 StR 280/94, NStZ 1995, 85 (86) in der Literatur überwiegend verwendete Terminologie, die auch diese Arbeit zugrunde legt. Vereinzelt wird die Rechtsprechung zudem als „strikt sozialversicherungsrechtlich-formale Betrachtungsweise“ (*Krüger*, PharmR 2013, 46 [48]), „Formenstrenge des Erstattungsrechts“ (*Taschke*, MPR 2012, 189 [191]) oder „formalstrenge Betrachtungsweise“ (*Herffs*, Der Abrechnungsbetrag des Vertragsarztes, S. 119) bezeichnet.

² Aus der Fülle der strafrechtlichen Literatur herausgegriffen seien zur Veranschaulichung nur die Monografien von *Schneider*, Vertragsarztuntreue, 2019; *Heintz-Koch*, Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrag, 2017; *Kaltenhäuser*, Die konkludente Täuschung bei Privat- und Kassenliquidation, 2017; *Badorff*, Abrechnungsbetrag von ambulanten Pflegediensten und Vertragsärzten, 2016; *Braun*, Autonomie versus Akzessorietät des Strafrechts am Beispiel des ärztlichen Abrechnungsbetrugs, 2016; *Popadiuk*, Der Abrechnungsbetrag im GOÄ-Liquidationsbereich, 2016; *Wostry*, Schadensbeziehung und bilanzielle Berechnung des Vermögensschadens bei dem Tatbestand des Betruges, 2016; *Kübl*, Wirtschaftlichkeitsgebot und Vertragsarzt im Strafrecht, 2014; *Sievert*, Möglichkeiten der Abrechnungsmanipulation im Krankenhaus, 2011; *Freitag*, Ärztlicher und zahnärztlicher Abrechnungsbetrag im deutschen Gesundheitswesen, 2009; *Luig*, Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrag und Schadensbestimmung, 2009; *Hancock*, Abrechnungsbetrag durch Vertragsärzte, 2006; *Hellmann/Herffs*, Der ärztliche Abrechnungsbetrag, 2006; *Herffs*, Der Abrechnungsbetrag des Vertragsarztes, 2002.

Stimmen³ könnte man diesen Umstand als stillschweigende Zustimmung zu dessen Judikatur deuten. Ein solcher Befund ließe indes außer Acht, dass neben ausdrücklicher Kritik⁴ nur selten Zustimmung⁵ zu vernehmen ist. Wo sie doch geäußert wird, ist sie häufig beiläufiger Natur und führt über eine oberflächliche Betrachtung der Problematik kaum hinaus. Das mag in Teilen der Tatsache geschuldet sein, dass die zugrundeliegende Materie auch für Juristen in hohem Maß unzugänglich ist:⁶ Die gerade im Bereich der Leistungsabrechnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehenden Unsicherheiten beruhen weitgehend auf dessen Komplexität.⁷ Während der für vertragsärztliche Leistungen maßgebliche Einheitliche Bewertungsmaßstab Ärzte (EBM-Ä) mit zahllosen Abrechnungspositionen und -ausschlüssen aufwartet,⁸ handelt es sich bei dem der gesetzlichen Krankenversicherung gewidmeten Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht nur um das längste, sondern zugleich um das sich am schnellsten ändernde deutsche Gesetz.⁹ Hinzu kommt die Vielzahl der sich in diesem System bewegenden Leistungserbringer – Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte, ermächtigte Krankenhausärzte, Apotheker, Heil- und Hilfsmittelerbringer, ambulante Pflegedienstleister u. v. m. –, die aus zumeist historischen Gründen in eigenen Rechtsbeziehungen zu den Kostenträgern stehen und so zur weiteren Zersplitterung der Materie beitragen.

³ Siehe aus jüngerer Zeit etwa *Schütz*, GuP 2019, 81 (87): „Pianistenstreit reloaded“; *Schiffederdecker*, NZS 2018, 698: „BSG im Gott-Modus“ oder *Penner/Büscher/Niemer/Reimer*, GuP 2017, 15: „Freirechtsschule“. Im Überblick *Felix*, NZS 2019, 646.

⁴ *Detting/Altschwager*, Retaxation auf Null in der GKV, passim; *von Dewitz*, in: Beck-OK SozR, Stand: 01.06.2024, § 129 SGB V Rn. 21a: „unverhältnismäßige Benachteiligung des Apothekers zugunsten der GKV“; *Butzer*, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 124 Rn. 18: „harte strRspr“; *Felix*, ZMGR 2022, 69 (75); *dies.*, SGB 2017, 259 (260 ff.); *Strehle*, Der Urologe 2019, 893 (895); *Wesser*, A&R 2014, 11 (14 ff.); *dies.*, A&R 2011, 19 (20 f.).

⁵ *Weiß*, Leistungserbringung durch Apotheken in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 129 SGB V, S. 239; *ders.*, VSSAR 2019, 37 (48); *Sievert*, Möglichkeiten der Abrechnungsmanipulation im Krankenhaus, S. 188 f.; *Luig*, Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrug und Schadensbestimmung, S. 126; *Wiegand*, medstra 2022, 343 (350); *Wenner*, NZS 2002, 1 (7).

⁶ Insofern attestiert *Isensee*, NZS 2004, 393 (394) und VSSR 1995, 321 (326), selbst dem BVerfG eine atypische Zurückhaltung im Umgang mit sozialrechtlichen Regelungsgegenständen.

⁷ Die enorme Regelungsfülle beschreibt *Reuther*, Die Vergütung des Vertragsarztes, S. 27, treffend, wenn er formuliert, dass sich „[...] das vertragsärztliche Vergütungssystem zu einem schier undurchdringlichen Geflecht von gesetzlichen und untergesetzlichen Vergütungsbestimmungen“ entwickelt hat. Diesen Befund teilt jüngst *Steinmeyer*, MedR 2022, 822 (829), der im „SGB V in seiner derzeitigen Fassung ein Beispiel einer fast schon krassen Überregulierung“ erkennt. Einen Überblick zu ähnlich lautender Kritik aus dem Schrifttum bietet *Steinhilper*, GesR 2009, 337 (338) m. w. N.

⁸ In diesem Sinne zählte *Steinhilper*, GesR 2009, 337 (340), bereits 2009 mehr als 1.400 Gebührenpositionen und mehr als 16.000 Gebührenausschlüsse.

⁹ *Scholz*, in: Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht 2021, 97; allgemein *Hartmannsgruber*, in: Ratzel/Luxenburger, Hdb. Medizinrecht, Kap. 8 Rn. 146: „im Vertragsarztrecht alle relevanten Vorschriften ständig geändert“.

Dieser nur schwer zu greifenden normativen Vielfalt hat das BSG sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor einen im Ausgangspunkt einfachen Grundsatz gegenübergestellt: Wer bei der Leistungserbringung gegen Vorgaben des SGB V oder anderer einschlägiger Gesetze und untergesetzlicher Bestimmungen¹⁰ verstößt, verliert seinen Vergütungsanspruch gegen die Kostenträger für diese Leistungen.¹¹ Sollte die Vergütung bereits ausbezahlt worden sein, kann sie unter Rückgriff auf das Institut des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs¹² zurückgefordert werden, und zwar selbst dann, wenn der mit der Behandlung bezweckte Leistungserfolg eingetreten ist und die Kassen somit von ihrer Leistungspflicht gegenüber den Versicherten freigeworden sind.¹³ Das streng Formale dieser Rechtsprechung liegt daher darin,¹⁴ dass aus dem Normverstoß unmittelbar auf den Wegfall des Vergütungsanspruchs geschlossen wird, ohne etwa den (Rest-)Wert der erbrachten Behandlungsleistungen zu berücksichtigen. Entgegen anderslautenden Beteuerungen¹⁵ wird hierbei bisher nur selten nach der originären Vergütungsrelevanz der entsprechenden Normen gefragt, also danach, ob sie einen Sachbezug zur Leistungsabrechnung aufweisen.¹⁶ Die Notwendigkeit eines entsprechenden Vorgehens wird durch die Sozialgerichte vielmehr mit dem abstrakten Terminus der Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung begründet, die ohne die Rechtsfolge des umfanglichen Vergütungsausschlusses gefährdet würde, da die verletzten Rechtsbestimmungen sonst ihre Steuerungsfunktion einbüßten.¹⁷ Um dieses Ergebnis abzusichern, werden dem jeweiligen Leistungserbringer schließlich auch alle anderen, sonst in Betracht kommenden Ausgleichsansprüche pauschal aberkannt.¹⁸

¹⁰ Die mit Abstand größte Bedeutung kommt hier den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf der Grundlage von § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 1–15 SGB V zu. Siehe speziell zu den Qualitätssicherungsrichtlinien Kap. 3 B. I. 1. a) cc) (d), S. 92 ff.

¹¹ Im Überblick *Flasbarth*, KrV 2015, 148 (149 f.); eingängig *Felix*, SGB 2017, 259 (266): „Was verboten ist, wird auch nicht vergütet“.

¹² Für eine vorrangige Heranziehung von § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i. V. m. § 812 Abs. 1 S. 1 BGB *Weiß*, Leistungserbringung durch Apotheken in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 129 SGB V, S. 226, der allerdings zugleich einräumt, dass sich hieraus keine praktischen Unterschiede ergeben.

¹³ Siehe etwa BSG, Urt. v. 17.03.2005 – B 3 KR 2/05 R, BSGE 94, 213 (220) Rn. 26, wonach dem Leistungserbringer „auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und [...] für den Versicherten geeignet und nützlich sind“.

¹⁴ Krit. zum konkreten Anknüpfungspunkt und zur Wendung allgemein *Schubbr*, NJW 2014, 3173: „eher irreführend als fruchtbar“.

¹⁵ *Hauck*, KrV 2017, 177 (184).

¹⁶ So aber LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 13.08.2002 – L 3 KA 161/02 ER, MedR 2002, 540 (546) und *Felix*, SGB 2017, 259 (261 ff.), denen zufolge nicht jegliche Missachtung rechtlicher Vorgaben zum Honorarverlust führen könne.

¹⁷ Grundlegend BSG, Urt. v. 04.05.1994 – 6 RKA 40/93, BSGE 74, 154 (158). Eine Ausnahme soll nach Auffassung des BSG lediglich für „bloße Ordnungsvorschriften“ gelten, siehe dazu noch Kap. 3 A. II. 1. d), S. 57 ff. und Kap. 3 B. I. 1. a) bb), S. 72 ff.

¹⁸ Vgl. etwa BSG, Urt. v. 26.01.2000 – B 6 KA 59/98 R, juris Rn. 24 ff.

Unmittelbare Konsequenz dieser vom BSG aufgestellten und seither in ständiger Rechtsprechung fortgeschriebenen Regel sind zunächst umfangreiche Honorarrückforderungen der Kostenträger. Da oftmals mehrere Quartale vergehen, bis ein fehlerhaftes Verhalten aufgedeckt wird, erreichen die geltend gemachten Forderungen ohne weiteres sechs- bis siebenstellige Beträge,¹⁹ deren Begleichung gerade Arztpraxen, die hohe laufende Kosten haben, in eine existenzbedrohende finanzielle Notlage bringen kann.²⁰ Hinzu kommt, dass den Leistungserbringern gegen die Erstattungsverlangen nur eingeschränkte Abwehrmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die sich im Kern auf den Vortrag verengen, die beanstandeten Leistungen seien doch zulässig oder wirtschaftlich gewesen; mangelndes Verschulden und Vertrauensschutz können demgegenüber nur in sehr engen Grenzen eingewendet werden.²¹

Neben dieser latenten Regressgefahr („Regressfalle“),²² die von jungen Medizinerinnen vielfach als Niederlassungshemmnis empfunden wird²³ und deren Eindämmung der Gesetzgeber daher wiederholt als Ziel punktueller Anpassungen benannt hat,²⁴ birgt die Rechtsprechung für die betroffenen Leistungserbringer mittelbar noch weitere Risiken, die über das Vergütungsrecht der GKV hinausreichen und deren ganze Tragweite nicht auf den ersten Blick ersichtlich ist. So stellt sich jenseits der vor den Sozialgerichten geführten Regressprozesse zusehends die Frage nach einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit der Leistungserbringer wegen Abrechnungsbetrugs.²⁵ Die

¹⁹ Siehe jüngst LSG Bayern, Urt. v. 17.03.2021 – L 12 KA 126/16, MedR 2022, 852: Rückforderung von rund 2,5 Millionen Euro, davon 440.000 Euro für Leistungen ungenehmigter Assistenten über einen Zeitraum von 14 Quartalen; zum oftmals fehlenden Versicherungsschutz *Strehle*, *Der Urologe* 2019, 893 (895).

²⁰ Angesichts potenziell hoher Regresssummen bei unzulässigen Verordnungen mahnen *Wenner/Wiegand*, *KrV* 2015, 140 (143), zu einer Geltendmachung mit Augenmaß, um das Verhältnis von Ärzten und Kassen nicht zu belasten; erforderlich sei ein „Regressmanagement“. Die den Ärzten mitunter eingeräumte Möglichkeit, die Forderung zu stunden oder in Raten zu begleichen, dürfte hierzu kaum substantiell beitragen.

²¹ Siehe dazu noch Kap. 2 C. I. 2. b), S. 26 ff.

²² Resignierend *Pelzer/Klein*, in: Fuhrmann/Klein/Fleischfresser, *Arzneimittelrecht*, §46 Rn. 51, denen zufolge im Rahmen der GKV ständig das „Damoklesschwert der Regressierung“ über jedem Verordner hänge.

²³ In der von der Universität Trier durchgeführten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) herausgegebenen Erhebung „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“ wurden drohende Regresse neben einem hohen Maß von medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie von annähernd der Hälfte der Befragten als Grund genannt, keine eigene Praxis zu gründen. Dazu *Jacob/Kopp/Fellinger*, *Berufsmonitoring 2018*, S. 59.

²⁴ Vgl. etwa BT-Drs. 19/8351, S. 195 f. zu §106b Abs. 1a SGB V bzgl. Verordnungen von saisonalen Grippeimpfstoffen oder zu §106b Abs. 4 Nr. 3 SGB V bzgl. Verordnungen von Krankenhausbehandlung.

²⁵ Verstärkt wird diese Entwicklung durch die §§81a Abs. 4, 197a Abs. 4 SGB V, nach denen die KVen bzw. Krankenkassen verpflichtet sind, die zuständigen Staatsanwaltschaften unverzüglich über einen Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen zum Nachteil der GKV zu unterrichten. Eingehend *Isbarn*, *Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesund-*

hierzu ergangene Rechtsprechung des BGH nimmt dabei die „streng formale Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts“ explizit in Bezug und legt sie bei der Anwendung der Tatbestandsmerkmale des §263 StGB zugrunde.²⁶ In weitgehender Parallellität zur Argumentation des BSG soll den Kostenträgern²⁷ demnach auch bei tatsächlich erbrachten,²⁸ sozialrechtlich aber nicht erstattungsfähigen medizinischen Leistungen insbesondere²⁹ ein Vermögensschaden in voller Höhe des geltend gemachten Anspruchs³⁰ entstehen, da die KV oder Krankenkasse im Ergebnis auf eine Forderung zahle, die aufgrund der fehlenden Abrechnungsfähigkeit der Leistungen nicht bestehe.³¹ Von dieser Feststellung ist es angesichts einer eventualvorsätzlich möglichen Tatbegehung³² nur noch ein denkbar kurzer Weg bis zur Annahme einer Betrugsstrafbarkeit.³³ Ungeachtet der vor allem an der sozialrechtsakzessorischen Schadensbestimmung bis heute umfangreich geübten Kritik³⁴ hat der BGH seine Rechtsprechung mehrfach bestätigt³⁵ und zwischenzeitlich etwa auf ärzt-

heitswesen nach den §§81a, 197a SGB V, 2020. Zur damit bewirkten „faktischen Strafanzeigenerstattungspflicht“ *Weidhaas*, in: FS 20 Jahre ARGE Medizinrecht im DAV, 371f.; aus der Perspektive von Apothekern jüngst *Weser*, *MedR* 2023, 29 (35f.).

²⁶ St. Rspr., erstmalig BGH, Beschl. v. 28.09.1994 – 4 StR 280/94, *NSStZ* 1995, 85 (86).

²⁷ In dem zum ärztlichen Abrechnungsbetrug in der Literatur geführten Streit um die Schadenszuordnung zur KV, den Krankenkassen oder den sonstigen an der Honorarverteilung teilnehmenden Vertragsärzten und Einrichtungen hat der BGH in einer neueren Entscheidung Position bezogen und allein die KV als geschädigt angesehen, vgl. BGH, *Urt. v. 19.08.2020 – 5 StR 558/19*, *BGHSt* 65, 110 (118) Rn. 36ff. m. w. N. zu den einzelnen Auffassungen. Stehen dagegen Abrechnungen von Krankenhäusern oder Apothekern in Rede, können im Regelfall nur die als Vertragspartner auftretenden Krankenkassen geschädigt sein, ebd., S. 126 Rn. 66ff.

²⁸ Demgegenüber stellt die Abrechnung nicht erbrachter sog. Luftleistungen den „klassischen“ und allgemein als strafwürdig angesehenen Fall des Abrechnungsbetrugs dar.

²⁹ Zur auf die Abrechnungssammelerklärung gestützten konkludenten Täuschungshandlung BGH, *Urt. v. 19.08.2020 – 5 StR 558/19*, *BGHSt* 65, 110 (114) Rn. 20ff. Krit. gegenüber einer zu weiten Annahme *Gaede*, *MedR* 2018, 548 (550ff.).

³⁰ *Hefendehl*, in: *MüKo StGB*, §263 Rn. 850. Damit erübrigen sich aufwändige Feststellungen zur Schadenshöhe.

³¹ BGH, *Urt. v. 19.08.2020 – 5 StR 558/19*, *BGHSt* 65, 110 (121) Rn. 46.

³² Ausführlich *Ulsenheimer/Gaede*, in: dies., *Arztstrafrecht in der Praxis*, Rn. 1589ff., die sich daher etwa im Hinblick auf mögliche Tatbestandsirrtümer für eine eingehende Einzelfallbetrachtung aussprechen.

³³ *Pflugmacher*, in: *Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht 2021*, 119 (124f.); *Lübbersmann*, *medstra* 2017, 121; *Weidhaas*, *MedR* 2015, 577 (578f.).

³⁴ Prägnant *Schneider*, in: *Der Arzt im Wirtschaftsstrafrecht*, 57 (60): „Versuch, die erforderlichen subtilen Analysen zur Begründung des Vermögensschadens im Dschungel des vertragsärztlichen Abrechnungswesens zu umgehen“; ferner *Greco*, *GA* 2019, 684 (698): „nicht unbemerkt gebliebene Unrechtsverfälschung durch passiv-akzessorische Betrachtungsweisen“; zusammenfassend m. w. N. *Ulsenheimer/Gaede*, in: dies., *Arztstrafrecht in der Praxis*, Rn. 1570ff.

³⁵ Zuletzt BGH, *Urt. v. 19.08.2020 – 5 StR 558/19*, *BGHSt* 65, 110 = *NJW* 2021, 90 mit Anm. *Gaede*.

liche Privatliquidationen³⁶ und Abrechnungen ambulanter Pflegedienste³⁷ erstreckt.

Die strafrechtliche Kontroverse dreht sich damit vorrangig um die Frage, ob die Übernahme der Rechtsprechung des BSG durch den BGH nach strafrechtsdogmatischen Gesichtspunkten tragbar, in erster Linie also mit den zu § 263 StGB entwickelten hergebrachten Maßstäben, insbesondere einem im Kern wirtschaftlichen Vermögensbegriff zu vereinbaren ist.³⁸ Wenngleich die Debatte folglich weitgehend aus dem Blickwinkel des Strafrechts heraus geführt wird und dementsprechend von genuin strafrechtlichen Argumenten geprägt ist,³⁹ liegt der Ursprung des Problems in der sozialrechtlichen Bewertung fehlerhafter Leistungserbringung.⁴⁰ Insoweit bildet die krankensicherungsrechtliche Bewertung einer Leistung als nicht abrechnungsfähig die Grundlage der nachfolgenden strafrechtlichen Beurteilung.⁴¹

Umgekehrt beeinflusst die strafgerichtliche Rezeption und Interpretation der Rechtsprechung des BSG zugleich die außerstrafrechtliche Handhabung von Abrechnungsverstößen.⁴² Eine strafgerichtliche Verurteilung wegen Abrechnungsbetrugs ist daher geeignet, empfindliche berufs- und zulassungsrechtliche Konsequenzen nach sich zu ziehen. Während derartige Folgen zwar unmittelbar auf Pflichtverletzungen gestützt werden, die auf sozial- oder berufsrechtliche Normverstöße zurückgehen, knüpfen die Entscheidungen der Fachgerichte inzwischen vermehrt mittelbar an die strafrechtliche Beurteilung an, um sich so die weitergehenden Ermittlungsbefugnisse der Staatsanwaltschaften und Strafgerichte zunutze zu machen.⁴³ Das vertragsarztrechtliche Sanktions-

³⁶ BGH, Beschl. v. 25.01.2012 – 1 StR 45/11, BGHSt 57, 95 = NJW 2012, 1377. Krit. dazu *Gaede*, in: *Dogmatik und Praxis des strafrechtlichen Vermögensschadens*, 257 ff.; *Geiger/Schneider*, *GesR* 2013, 7 ff.

³⁷ BGH, Beschl. v. 16.06.2014 – 4 StR 21/14, NJW 2014, 3170 mit Anm. *Schubr*.

³⁸ Vgl. zur umfangreichen monografischen Erörterung bereits die Nachweise in Fn. 2. Die dort angestellten Erwägungen können hier indes allenfalls am Rande in die Betrachtung einbezogen werden, um damit ein möglichst vollständiges Bild vom Ausmaß der durch die Rechtsprechung rechtsgebietsübergreifend bewirkten Gesamtbelastung für die Leistungserbringer zu zeichnen.

³⁹ Zur Ablehnung des Schutzes ordnungspolitischer Zwecke durch das Betrugsstrafrecht und dem damit verbundenen Vorhalt einer Rechtsgutvertauschung bei § 263 StGB *Möller/Tsambikakis*, in: *Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht* 2013, 43 (78); *Brockhaus*, *ZMGR* 2014, 22 (26); *Mahler*, *wistra* 2013, 44 (47). Siehe auch die umfangreichen Nachweise bei *Rönnau*, in: *FS Rissing-van Saan*, 517 (527).

⁴⁰ Wie hier *Klauck*, *MedR* 2021, 221. Es gilt daher nicht nur die Symptome der BSG-Rechtsprechung zu behandeln, sondern Ursachenforschung zu betreiben.

⁴¹ Zum Verhältnis von sozialrechtlicher Primär- und strafrechtlicher Sekundärbewertung *J. Prütting/Wolk*, *JZ* 2022, 1101 (1103 f.).

⁴² So weist etwa *Scholz*, in: *Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht* 2021, 97 (100), darauf hin, dass das Zurückbleiben hinter den durch die streng formale Betrachtungsweise eröffneten Rückforderungsmöglichkeiten für die Krankenkassen im Hinblick auf die Verletzung bestehender Vermögensbetreuungspflichten riskant ist.

⁴³ Zur Honorarrückforderung explizit *LSG Niedersachsen-Bremen*, *Urt. v. 08.06.2016* –

instrumentarium der KVen, die nach §§ 75 Abs. 2 S. 2, 81 Abs. 5 SGB V die Disziplinalgewalt über die Vertragsärzte ausüben, reicht dabei je nach Schwere der konkreten Verfehlung von der (bloßen) Verwarnung über die Verhängung von Geldbußen von bis zu 50.000 Euro bis hin zur Anordnung des Ruhens der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung.⁴⁴ Da die Zulassung für die Tätigkeit als Vertragsarzt konstitutiv ist,⁴⁵ kommt bereits eine bis zur Dauer von zwei Jahren mögliche Ruhensanordnung de facto einem temporären Berufsverbot gleich.⁴⁶ Hat der Arzt die ihm obliegenden vertragsärztlichen Pflichten dagegen sogar *gröblich* verletzt, ordnet der Zulassungsausschuss gem. § 95 Abs. 6 S. 1 Var. 3 SGB V i. V. m. § 27 S. 1 Ärzte-ZV von Amts wegen eine dauerhafte (Teil-)Entziehung der Zulassung an.⁴⁷ Als in diesem Sinne gröbliche Pflichtverletzung hat das BSG zunächst etwa wiederholte Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, die Beschäftigung von ärztlichen Assistenten ohne Genehmigung der KV oder ohne die erforderliche Qualifikation eingestuft.⁴⁸ Daneben hat es den Zulassungsentzug insbesondere aber auch in Fällen für rechtmäßig befunden, in denen der Vertragsarzt „Leistungen abrechnet, die er entweder nicht oder nicht vollständig oder [...] nicht selbst erbracht hat“⁴⁹ und damit gegen seine Pflicht zur *peinlich genauen* Abrechnung verstößt.⁵⁰ Aufgrund der von sonstigen straf- oder disziplinarrechtlichen Sanktionen abweichenden Zweckrichtung der Zulassungsentziehung – Sicherung und Schutz der vertragsärztlichen Ver-

L 3 KA 6/13, NZS 2016, 754 (757) = medstra 2017, 115 mit abl. Anm. *Lübbersmann*. Krit. zu dieser Praxis *Weidhaas*, in: FS 20 Jahre ARGE Medizinrecht im DAV, 371 (373 f.); *Wesser*, MedR 2023, 210 (211); *Wodarz*, jurisPR-MedizinR 9/2016 Anm. 3 unter C.

⁴⁴ Vgl. § 81 Abs. 5 S. 1–3 SGB V i. V. m. den jeweiligen Satzungen der KVen.

⁴⁵ *Rademacker*, in: BeckOGK, Stand: 01.08.2019, § 95 SGB V Rn. 167; *Scholz/Bartha*, in: BeckOK SozR, § 95 SGB V Rn. 1.

⁴⁶ Vgl. zur wirtschaftlichen Bedeutung *Mohammadi/Hampe*, NZWiSt 2012, 417 (422). Das Ruhen der Zulassung ist dabei nicht zu verwechseln mit einem vom Strafgericht gem. § 70 StGB als Sicherungsmaßregel ausgesprochenen Berufsverbot, dazu *Ulsenheimer/Dießner*, in: Ulsenheimer/Gaede, Arztstrafrecht in der Praxis, Rn. 2024 ff.

⁴⁷ Zur insoweit gebundenen Entscheidung des Zulassungsausschusses, die gleichwohl den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz wahren muss, BSG, Urt. v. 25.10.1989 – 6 RKA 28/88, BSGE 66, 6 (7 f.).

⁴⁸ BSG, Urt. v. 25.10.1989 – 6 RKA 28/88, BSGE 66, 6 (9 ff.).

⁴⁹ BSG, Urt. v. 24.11.1993 – 6 RKA 70/91, BSGE 73, 234 (237). Das Gericht hatte die Zulassungsentziehung zwar im Hinblick auf ein mögliches Wohlverhalten des Arztes während des Entziehungsverfahrens im Ergebnis abgelehnt und die Sache zur weiteren Aufklärung an das LSG zurückverwiesen, S. 243 f. Ein solches Wohlverhalten kann der Vertragsarzt nach einer zwischenzeitlichen Rechtsprechungsänderung aber nur noch im Wiederzulassungsverfahren vorbringen, ausföhrlich BSG, Urt. v. 17.10.2012 – B 6 KA 49/11 R, BSGE 112, 90 = MedR 2013, 461 mit Anm. *Wostry/Wostry*.

⁵⁰ Nach Auffassung des LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2020 – L 11 KA 32/19, MedR 2021, 668 (670 f.) mit Anm. *Christophers*, soll daher auch der spiegelbildliche Fall, in dem der Arzt tatsächlich erbrachte Leistungen nicht gegenüber der KV abrechnet, den Verlust der Zulassung rechtfertigen. Zur ebenfalls darauf zurückgeföhrten Abrechnungssammel-erklarung Kap. 2 C. I. 2. a), S. 25 ff.

sorgung⁵¹ – braucht den Arzt hieran im Ausgangspunkt nicht einmal ein Verschulden zu treffen.⁵² Wenngleich das BSG aus ebendiesem Grund betont, dass die Fachgerichte zwar auf bestandskräftige Entscheidungen anderer Gerichte und staatsanwaltschaftliche Ermittlungsergebnisse zurückgreifen könnten, die Schwere der Pflichtverletzung aber letztlich eigenständig zu beurteilen hätten, sodass etwa die Höhe der vom Strafericht verhängten Strafe allenfalls mittelbar in die Entscheidung über die Zulassungsentziehung einfließen könne,⁵³ führt eine Verurteilung wegen vorsätzlicher Falschabrechnung in der Praxis in aller Regel zur Zulassungsentziehung.⁵⁴

Parallel dazu sehen die Heilberufe-Kammergesetze der Länder berufsrechtliche Sanktionen zur Ahndung von Berufsvergehen vor. Demgegenüber reicht die in der Bundesärztleordnung (BÄO) enthaltene Möglichkeit des Widerrufs der Approbation in ihrer Eingriffsintensität aber noch über den Verlust der Kassenzulassung hinaus.⁵⁵ So muss die nach § 2 Abs. 1 BÄO für *jedwede* ärztliche Tätigkeit erforderliche Approbation gem. § 5 Abs. 2 S. 1 i. V. m. § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 BÄO widerrufen werden, wenn sich der Arzt eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt.⁵⁶ Nach Ansicht des BVerwG kommt eine dazu notwendige schwerwiegende Berufspflichtverletzung nicht nur bei Gesundheitsschädigungen von Patienten, sondern zusätzlich bei Gefährdungen des sozialversicherungsrechtlichen Gesundheitssystems durch betrügerische oder leichtfertige Falschabrechnungen in großem Umfang in Betracht.⁵⁷ In der Folge haben die Approbationsbehörden Widerrufe allerdings neben Verurteilungen oder Strafbefehlen wegen der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen auch auf solche gestützt, denen auf Grundlage der streng formalen Betrachtung allein fehlerhaft erbrachte Leistungen zugrunde lagen.⁵⁸

⁵¹ So bereits zu § 368a Abs. 6 RVO BSG, Urt. v. 30.03.1977 – 6 RKa 4/76, BSGE 43, 250 (252).

⁵² BSG, Urt. v. 25.10.1989 – 6 RKa 28/88, BSGE 66, 6 (8).

⁵³ Zusammenfassend BSG, Beschl. v. 02.04.2014 – B 6 KA 58/13 B, juris Rn. 17 m. w. N.

⁵⁴ *Schroeder-Printzen*, GesR 2020, 25 (26), bezeichnet es daher gar als Beratungsfehler, den wegen Abrechnungsbetrugs verurteilten ärztlichen Mandanten im Glauben zu lassen, seine Zulassung dennoch behalten zu können. Angesichts ihrer aufschiebenden Wirkung bedeuteten Widerspruch und Klage gegen die Entziehung nurmehr einen Zeitgewinn, der eine geordnete Praxisübergabe ermögliche.

⁵⁵ BSG, Urt. v. 17.10.2012 – B 6 KA 49/11 R, BSGE 112, 90 (97).

⁵⁶ Dementsprechend ist bei Verlust der Approbation auch die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu entziehen, BSG, Urt. v. 17.10.2012 – B 6 KA 49/11 R, BSGE 112, 90 (97).

⁵⁷ BVerwG, Urt. v. 26.09.2002 – 3 C 37/01, NJW 2003, 913 (914). Eine Ruhensanordnung kann gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 BÄO aber schon dann erfolgen, wenn gegen den Arzt ein Strafverfahren wegen des Verdachts einer den Widerruf der Approbation rechtfertigenden Straftat eingeleitet wird.

⁵⁸ Bestätigend VG Regensburg, Urt. v. 12.07.2016 – RO 5 K 15.1168, juris Rn. 60; ablehnend dagegen VG Hamburg, Urt. v. 23.01.2019 – 17 K 4618/18, medstra 2019, 311 (314ff.)

Dass die „gefestigte“⁵⁹ bzw. „gesicherte“⁶⁰ Rechtsprechung des BSG, auf die sich die vorstehenden Entwicklungen zurückführen lassen, nicht unantastbar ist und eines genaueren Blickes lohnt, zeigen schon das teilweise abweichende Regelungskonzept des Gesetzgebers⁶¹ sowie vereinzelt gebliebene ober- und untergerichtliche Entscheidungen.⁶² Vor dem Hintergrund ihres umfassenden Geltungsanspruchs für die Vergütung von Leistungen in der GKV und den damit einhergehenden weitreichenden Konsequenzen für die Leistungserbringer unterzieht diese Arbeit die Rechtsprechung daher – im Hinblick auf Vertragsärzte erstmals monografisch⁶³ – einer eingehenden Untersuchung, deren Aufbau im Folgenden näher erläutert wird:

B. Gang und Ziele der Untersuchung

Das einleitende 2. Kapitel widmet sich den rechtlichen Grundlagen und Leistungsbeziehungen in der GKV. Dabei soll zunächst das normative Grundkonstrukt verdeutlicht werden, in welches die Vertragsärzte bei ihrer Tätigkeit eingebunden sind. Im Anschluss daran steht das Prozedere der Vergütung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) anhand von EBM-Ä und HVM im Vordergrund. Schließlich wird die verfahrensrechtliche Dimension der BSG-Rechtsprechung anhand der drei zentralen Prüfverfahren, mit denen die Kostenträger die Honoraranforderungen der Vertragsärzte sowie sonstige Schäden untersuchen, erschlossen. Zugleich lassen sich so bereits wesentliche Abrechnungsvoraussetzungen und damit korrespondierende Rechtsverstöße identifizieren und systematisieren.

Demgegenüber sollen im 3. Kapitel die materiellen Kernaussagen der streng formalen Betrachtung herausgearbeitet werden. Dem geht eine Analyse der Rechtsprechungsentwicklung voraus, die neben Veränderungen und Erwei-

mit Anm. *Schelling* und *Ulsenheimer/Dießner*, in: *Ulsenheimer/Gaede, Arztstrafrecht in der Praxis*, Rn. 2051.

⁵⁹ BSG, Beschl. v. 13.08.2020 – B 3 KR 9/20 B, BeckRS 2020, 22502 Rn. 10.

⁶⁰ *Knispel*, NZS 2022, 429.

⁶¹ Ausführlich zum Stufensystem des § 137 Abs. 1 SGB V Kap. 3 B. I. 1. a) cc) (2) (d), S. 92 ff. sowie allgemein Kap. 4 B. II., S. 227 ff.

⁶² LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 13.08.2002 – L 3 KA 161/02 ER, MedR 2002, 540 (546 f.); SG Mainz, Urt. v. 07.12.2022 – S 3 KA 14/19, MedR 2023, 502 (505 ff.); SG Aachen, Urt. v. 06.02.2018 – S 13 KR 262/17, MedR 2018, 723 mit Anm. *Warntjen* = medstra 2018, 242 mit Anm. *Lübbersmann*.

⁶³ Vgl. aber die Arbeit von *Weiß*, Leistungserbringung durch Apotheken in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 129 SGB V, S. 223 ff., sowie das von *Dettling* und *Altschwager* vorgelegte Gutachten „Retaxation auf Null in der GKV, Zur Verfassungswidrigkeit eines hybriden Konstrukts“, 2012, in denen sich die Autoren mit der Rechtsprechung des BSG auseinandersetzen, soweit sie die Berufsgruppe der Apotheker betrifft.

terungen der Argumentation des BSG auch die Erstreckung auf weitere Leistungserbringer der GKV umfasst. Sodann lässt sich die Versagung primärer wie sekundärer Vergütungsansprüche des Vertragsarztes und vereinzelt in Bezug genommener anderer Leistungserbringer anhand verschiedener gesetzlicher und untergesetzlicher Vorgaben der Annahme eines normativen Schadens der Kostenträger gegenüberstellen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere untersucht, aufgrund welcher Kriterien die Rechtsprechung jeweils zu einem vollständigen Vergütungsausschluss gelangt und in welchen Fällen sie keine Anwendung findet. Im Hinblick auf das von der Rechtsprechung entwickelte normative Schadensverständnis wird das Problem der Vorteilsausgleichung anhand seiner zivilrechtlichen Grundlagen vertieft und die formelle Sicht des BSG mit einer materiellen Wertbestimmung ärztlicher Leistungen verglichen.

Ist die Rechtsprechung danach in ihrer Reichweite und ihren Grundannahmen vermessen, bietet sich im 4. Kapitel die Möglichkeit einer umfassenden inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Tragfähigkeit ihrer Prämissen sowohl in verfassungsrechtlicher als auch in rechtssystematischer Hinsicht. Neben der zuvorderst verfassungsrechtlich zu beantwortenden Frage nach der Zulässigkeit der im Wege richterlicher Rechtsfortbildung geschaffenen streng formalen Betrachtung und der vor dem Hintergrund der vertragsärztlichen Berufsfreiheit zu bewertenden Verhältnismäßigkeit ihrer Ausgestaltung erlangen alternative zivil- und krankenversicherungsrechtliche Regelungskonzepte des Gesetzgebers sowie die Systematik der sonstigen Sanktionsmechanismen des SGB V Bedeutung.

Ausgehend von den so gewonnenen Erkenntnissen wird im 5. Kapitel ein eigener Lösungsvorschlag entwickelt, der anschließend im Hinblick auf seine rechtlichen wie tatsächlichen Konsequenzen eingehend bewertet wird. Die Bearbeitung schließt mit einem Ausblick und der Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse im 6. Kapitel.

C. Begrenzungen des Forschungsgegenstandes

Zentrales Anliegen dieser Arbeit ist die Ergründung der Wirkung, Reichweite und Stringenz der streng formalen Betrachtungsweise vor dem Hintergrund ihrer von der Rechtsprechung aufgestellten Prämissen. Die Untersuchung beschränkt sich darum zunächst auf die Abrechnung von Leistungen zulasten der Träger der GKV, sodass Leistungen gegenüber Privatversicherten und sog. Selbstzahlern genauso außer Betracht bleiben wie die besondere Heilbehandlung von Unfallverletzungen durch D-Ärzte und BG-Kliniken, die nach §§ 11 Abs. 5 S. 1 SGB V, 34 SGB VII mit den jeweiligen Unfallversicherungsträgern abzurechnen ist. Gleiches gilt für Notfallbehandlungen nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V, die gem. § 75 Abs. 1b S. 3 SGB V zwar zur vertragsärztlichen Versorgung

Sachregister

- Hervorgehobene Seitenzahlen beziehen sich auf Hauptfundstellen.
- Abrechnungsbetrug 1, 4–6, 11–12, 29, 113, 123, 130–131, 133, 225–226, 271–273
- Abrechnungsprüfung 21, 22–29, 35–36, 65, 193–194, 238
- Abrechnungssammelerklärung 5, 25–29, 45, 277
- Abrechnungsvoraussetzungen
- derivative 253, 259–268
 - originäre 253, 254–259
- Abrechnungsvoraussetzungen, derivative 253, 259–268
- Abrechnungsvoraussetzungen, originäre 253, 254–259
- Alternativverhalten
- fiktives wirtschaftliches 36, 65–66, 79, 216, 255, 276
 - rechtmäßiges 35, 119, 120–122, 140
- Alternativverhalten, fiktives wirtschaftliches 36, 65–66, 79, 216, 255, 276
- Alternativverhalten, rechtmäßiges 35, 119, 120–122, 140
- Angemessenheit *siehe* Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne
- Anspruchsentstehung 161–162
- Apotheker 66, 74, 152–153, 162, 243–245
- Approbation 8, 132, 146, 254
- Arbeitsleistung 125–126
- Arzneikostenregress 32–33, *siehe auch* Verordnungsregress
- Arzthaftungsrecht 100, 204, 220–226, *siehe auch* Behandlungsvertrag
- Aufklärung
- strafrechtliche 200
 - zivilrechtliche 99–103
- Aufklärung, strafrechtliche 200
- Aufklärung, zivilrechtliche 99–103
- Aufwendungen, ersparte 52–53, 120–123
- Basismangel 73–75, 108
- Behandlungsbedarf 129–134
- Behandlungsvertrag 15–16, 101, 221–223, *siehe auch* Arzthaftungsrecht
- Beitragssatzstabilität 183–184
- Bereicherung, aufgedrängte 128–138
- Berufsfreiheit, ärztliche 153–164, 210–213, 216–220
- Berufsrecht 8, 83–84, 87, 250–251
- Differenzhypothese 39, 113–116
- Differenzschadensberechnung 37–39
- Disziplinarmaßnahmen 193–194, 228–233, 235
- Dokumentation 104–106
- Eingriffszwecke, legitime 179–201
- Einheit der Rechtsordnung 197–201
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab Ärzte 20, 23, 54–55, 87–92, 105, 154, 256, 258
- Einsparung, kompensatorische 140
- Erforderlichkeit, verfassungsrechtliche 205–209
- Ermächtigte Ärzte 11, 83–84, 107
- Ermächtigungsgrundlage 164–167
- Erstattungsanspruch, öffentlich-rechtlicher 24–25, 230, 270
- Fachfremde Leistungen *siehe* Fachgebietsgrenzen
- Fachgebietsgrenzen 24, 50, 54, 83–87, 139, 262–263

- Fahrlässigkeit
 – einfache 144, 203, 206–207, 225, 231
 – grobe 25–29, 65
 Fahrlässigkeit, einfache 144, 203, 206–207, 225, 231
 Fahrlässigkeit, grobe 25–29, 65
 Folgenbeseitigung 142, 229
 Fortbildungspflicht 234–236
 Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung 3, 53, 61, 117, 121, 142, 151, 179–196
- Gebührenordnungsposition (GOP) 20, 23, 65, 88, 90–91, *siehe auch* Einheitlicher Bewertungsmaßstab Ärzte
 Geeignetheit, verfassungsrechtliche 201–205
 Gemäßigt formale Betrachtung 250–269
 Gemeinsamer Bundesausschuss 76, 89–92, 110, *siehe auch* Qualitätssicherungsrichtlinien
 Genehmigungsvorbehalt 82–83, 261–262
 Generalprävention *siehe* Prävention
 Gesamtvergütung, morbiditätsbedingte 17–18
 Gesamtvertrag 17–18, 20, 76
 Gestaltungsmissbrauch 28, 59–62, 260–261
 – Nullbeteiligungsgesellschaft 61
 Gewährleistungsauftrag *siehe* Sicherstellungsauftrag
 Großgeräteplanung 50, 171–174
 Grundrechtseingriff 158–162, *siehe auch* Schutzbereich, grundrechtlicher
- Heil- und Hilfsmittelerbringer 66–67, 228
 Honoraranspruch *siehe* Vergütungsanspruch
 Honorarbescheid 26–27, 112, 154
 Honorarberichtigungstatbestände *siehe* Vergütungsausschluss, gesetzlicher
 Honorarschätzungsbefugnis *siehe* Abrechnungssammelerklärung
 Honorarverteilung, Teilnahme an der 19, 154–155, 158
- Honorarverteilungsgerechtigkeit 19, 155
 Honorarverteilungsmaßstab 19
- Kassenärztliche Vereinigung 15, 16–19, *siehe auch* Sicherstellungsauftrag
 Konkurrenzschutz *siehe* Wettbewerbschutz
 Kooperationen, unzulässige 263–264
 Kostenerstattung 56–57
 Krankenhaus 43, 57–59, 63–66, 109, 146, 198–199, 243, *siehe auch* Qualitäts-sicherungsrichtlinien; Aufklärung, zivilrechtliche
 Krankenkasse 14–15
- Leistungserbringung, persönliche 24, 54, 127, 203, 256–258, 264
 Leistungserbringungsrecht 14–15, 75–76, 134–138
 Leistungsnähe 252–259, 280
 Leistungsrahmen der GKV 54–56, 258
 Leistungsrecht 14–15, 134–138
- Mildere Mittel *siehe* Erforderlichkeit, verfassungsrechtliche
 Mindestanforderungen 78, 92–99, 264–265
 Mindestmengen 176–177, 241–243
 Mindestsprechstunden 237–238
- Nullbeteiligungsgesellschaft 61
- Off-Label-Use *siehe* Arzneikostenregress; Verordnungsregress
 Ordnungsfunktion *siehe* Ordnungsvorschriften
 Ordnungsvorschriften 57–59, 72–73, 108–109
- Pflegepersonaluntergrenzen 243
 Plausibilitätsprüfung 21–23, *siehe auch* Abrechnungsprüfung; sachlich-rechnerische Richtigstellung
 Potenzialeistung 198–199
 Prävention 141–144, 182, 214, 217–218

- Prüfverfahren 21–45, *siehe auch* Abrechnungsprüfung; Wirtschaftlichkeitsprüfung; sonstiger Schaden
- Qualität 77–78, 176–177, 190–192, 264–265, *siehe auch* Qualitätssicherungsrichtlinien
- Qualitätssicherungsrichtlinien 92–99, 176–177, 190, 259
- Rechtfertigung, verfassungsrechtliche 163–219
- Rechtmäßigkeit der Leistungserbringung 103, 128–129
- Rechtsfortbildung, richterliche 164–178, 226–227, 278
- Rechtskonkretisierungskonzept 75–76, 135
- Regress *siehe* Schadensregress; Verordnungsregress
- Retaxierung 152, 228–230, 243–245
- Risikoverteilung 145–147, 269
- Sachleistungsprinzip 14–15
- Sachlich-rechnerische Richtigstellung *siehe* Abrechnungsprüfung
- Sanktion 119, 142–143, 208, 227–243, 246
- Schaden
- Differenzschadensberechnung 37–39
 - normativer Schadensbegriff 112–149
 - sozialrechtsakzessorische Schadensbestimmung 5–6, 152, 271–272
 - sonstiger Schaden 21, 39–44, 158
 - Schadensersatzzwecke 117–119
 - Schadensregress *siehe* sonstiger Schaden
 - Vermögensschaden 5, 271–273
- Schadensbegriff, normativer 112–149
- Schadensbestimmung, sozialrechtsakzessorische 5–6, 152, 271–272
- Schadensersatzzwecke 117–119
- Schadensregress *siehe* sonstiger Schaden
- Schutzbereich, grundrechtlicher 153–158
- Grundrechtseingriff 158–162
 - Schutzbereichsabschwächung 156–158
- Schutzbereichsabschwächung 156–158
- Sicherstellungsauftrag 50–51, 192–195
- Sonstiger Schaden 21, 39–44, 158
- Sowiesokosten 206
- Sozialstaatsprinzip 188–189
- Spezialprävention *siehe* Prävention
- Stabilität, finanzielle 179, 182–187
- Statusmangel 259–262, *siehe auch* Gestaltungsmissbrauch
- Steuerungswirkung 108–109
- Stufensystem 92–99, 241
- Umgehungsgedanke 52, 56, 67–68, 88, 202
- Unvermeidbarkeit 204–205, 220, 231
- Vergütungsanspruch 69–112, 140, 154–155
- Anspruchsentstehung 161–162
 - primärer 69–111
 - sekundärer 111–112
 - Verwirkung 223–226
- Vergütungsanspruch, primärer 69–111
- Vergütungsanspruch, sekundärer 111–112
- Vergütungsausschluss, gesetzlicher 233–243
- Fortbildungspflicht 234–236
 - Mindestmengen 176–177, 241–243
 - Mindestsprechstunden 237–238
 - Pflegepersonaluntergrenzen 243
- Vergütungserhaltungstatbestände 243–245
- Verhältnismäßigkeit
- im weiteren Sinne 205–209
 - im engeren Sinne 210–219
- Vermögensschaden 5, 271–273
- Verordnungsregress 31–34, 37–39, 41, 140
- Verschulden 26–27, 42–43, 144, 160, 206–207, 216, 231, 236, *siehe auch* Fahrlässigkeit
- Versorgungsfunktion 188–192
- Vertragsarzt 13–16, 210–213, 254–255, *siehe auch* Berufsfreiheit, ärztliche
- Vertrauensschutz 27, 112, 255
- Verwirkung 223–226

Vorteilsanrechnung 53, 115–117, 119,
120–140

Vorteilsausgleichung *siehe* Vorteils-
anrechnung

Wettbewerbsschutz 86–87, 106–108,
195–196, 262–263

Wirtschaftlichkeit 75–77, 78–81, 86, 90–
91, 99–103, 190–192, *siehe auch* Wirt-
schaftlichkeitsprüfung

Wirtschaftlichkeitsprüfung 29–39

Zulassungsentziehung 7–8, 180–182,
218–219, 236