

STEPHAN RIXEN

Sozialrecht
als öffentliches
Wirtschaftsrecht

Jus Publicum

130

Mohr Siebeck

JUS PUBLICUM

Beiträge zum Öffentlichen Recht

Band 130



Stephan Rixen

Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht

am Beispiel des Leistungserbringerrechts der
gesetzlichen Krankenversicherung

Mohr Siebeck

Stephan Rixen, geboren 1967; Studium der Rechtswissenschaft in Tübingen und Löwen; Erstes Juristisches Staatsexamen 1995; 1998 Promotion in Gießen; Zweites Juristisches Staatsexamen 1999; 2000/2001 Rechtsanwalt in Berlin; 2004 Habilitation in Köln; Lehrbefugnis für die Fächer Staats- und Verwaltungsrecht, deutsches und europäisches Sozialrecht sowie öffentliches Wirtschaftsrecht.

978-3-16-158064-2 Unveränderte eBook-Ausgabe 2019

ISBN 3-16-148573-4

ISSN 0941-0503 (Jus Publicum)

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2005 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 Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Das Buch wurde von Gulde-Druck in Tübingen aus der Garamond-Antiqua gesetzt, auf alterungsbeständiges Werkdruckpapier gedruckt und von der Buchbinderei Spinner in Ottersweier gebunden.

Vorwort

Wissenschaft lebt von Voraussetzungen, die sie selbst nicht garantieren kann. Wer wissenschaftlich arbeitet, wird sich dessen spätestens dann bewusst, wenn er an die Menschen denkt, die ihn bei seinem Abenteuer, wissenschaftlich produktiv zu sein, ertragen, begleiten, ermutigen.

Der erste Dank gilt Herrn Prof. Dr. Wolfram Höfling, M.A., Direktor der Instituts für Staatsrecht und Leiter der Forschungsstelle für das Recht des Gesundheitswesens der Universität zu Köln. Er hat die Auswahl des Themas angeregt und mich, wie schon bei der Doktorarbeit, bestärkt, die Perspektiven unterschiedlicher Teilrechtsordnungen zu verbinden und ihren jeweiligen Erklärungswert durch einen integrierten öffentlich-rechtlichen Zugriff zu steigern. Den Gesprächen und der Zusammenarbeit mit ihm verdanke ich eine wegweisende Einsicht: Die innovative Kraft der Wissenschaft vom Öffentlichen Recht wie die der Rechtswissenschaft überhaupt steht und fällt mit dem Willen zur Grenzüberschreitung, sofern diesen die Aussicht nicht schreckt, aus ungewohntem Blickwinkel dem Bewährten neue Facetten abzugewinnen. Herzlich danken möchte ich auch Herrn Prof. Dr. Peter J. Tettinger, dessen zügig erstelltes Zweitgutachten die Annahme der vorliegenden Untersuchung als Habilitationsschrift durch die Kölner Rechtswissenschaftliche Fakultät im Sommersemester 2004 ermöglicht hat. Die „Gesellschaft zur Förderung der sozialrechtlichen Forschung e.V.“ hat die Studie mit ihrem Förderpreis 2005 prämiert.

Dank für Zuspruch und Kritik gilt Herrn Rechtsanwalt Dr. Panos Pananis und Herrn Rechtsanwalt Dr. Christian Schlottfeldt, Herrn Dr. med. Jürgen in der Schmitten und Herrn Wolfgang Wittmann, M.A., sowie, ganz besonders, den (früheren) Kölner Assistentenkollegen Herrn Prof. Dr. Heinrich Lang und Frau Anne Schäfer, M.A. Meinen Eltern, Renate und Dieter Rixen, möchte ich dafür danken, dass sie mich geduldig darin bestärkt haben, gelegentliche Zweifel an meiner Entscheidung für die Wissenschaft nicht allzu ernst zu nehmen.

Wissenschaft als Beruf, so lernt man bei Max Weber, ist aller Mühen nur wert, wenn Leidenschaft den Beruf zur Berufung werden lässt. Dass dieser Satz trotz der üblichen Beschwernisse, die mit einem Habilitationsvorhaben verbunden sind, von seinem Wahrheitsgehalt nichts eingebüßt hat, verdanke ich Christina Rixen.

Köln, im November 2004

Stephan Rixen

Inhaltsübersicht

Einleitung:

Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht – Vororientierungen und
Problemdimensionen –

1

Hauptteil:

Das Leistungserbringerrecht der gesetzlichen Krankenversicherung –
Allgemeiner und Besonderer Teil des öffentlichen
Sozialwirtschaftsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung –

53

1. *Kapitel: Das Leistungserbringerrecht im System der gesetzlichen
Krankenversicherung (Allgemeiner Teil des Leistungserbringerrechts
der GKV)* 59
1. Abschnitt: Die Allokationsordnung des »Gesundheitsmarktes« der ge-
setzlichen Krankenversicherung: Zu den Wechselwirkungen zwischen
Leistungserbringer- und Sozialfinanzrecht 60
 1. Unterabschnitt: Allokation als gesundheitsökonomisches
Interpretament des GKV-Rechts: Die GKV als
Knappheitsverteilungssystem 61
 2. Unterabschnitt: Der Leistungserbringer als allokativer
Steuerungsinstantz – Zur Modellierung effizienter Allokation durch
Gesetz und Gesetzeskritik 67
 3. Unterabschnitt: Inklusion und Exklusion: Zur rechtskonstruktiven
Operationalisierung des Allokations-/Knappheitsproblems
insbesondere im Finanzrecht der GKV 72
 4. Unterabschnitt: Die Stellung der Leistungserbringer auf dem
GKV-Gesundheitsmarkt: Begriffliche Klarstellungen und
rechtstatsächliche Orientierungsdaten 99
2. Abschnitt: Das Sachleistungsprinzip als Funktionsprinzip der GKV. Der
Leistungserbringer zwischen Versichertem und Krankenkasse 119

1. Unterabschnitt: Konstitutive Rechtsverhältnisse der GKV: das »Dreiecks-Modell« als verständnisleitendes Grundmuster der Rechtsbeziehungen des Leistungserbringers	119
2. Unterabschnitt: Die Rechtsverhältnisse zwischen Versichertem, Krankenkasse und Leistungserbringer im Einzelnen	128
3. Unterabschnitt: Konstitutive Rechtsverhältnisse der GKV – institutionelle Ergänzungen des »Dreiecks-Modells« der Leistungserbringung	343
4. Unterabschnitt: Leistungserbringung jenseits des Sachleistungsprinzips – direkte Vergütungsansprüche gegen GKV-Versicherte sowie Zuzahlungspflichten der GKV-Versicherten ..	366
2. Kapitel: Das Leistungserbringerrecht im System des öffentlichen Wirtschaftsrechts der Berufe des Gesundheitswesens (Besonderer Teil des Leistungserbringerrechts der GKV)	375
1. Abschnitt: Die Leistungserbringer der ambulanten Versorgung	377
1. Unterabschnitt: Ärztliche Versorgung (ohne zahnärztliche Versorgung)	377
2. Unterabschnitt: Psychotherapeutische Versorgung	400
3. Unterabschnitt: Zahnärztliche Versorgung (einschl. Versorgung mit zahntechnischen Leistungen)	404
4. Unterabschnitt: Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln	409
5. Unterabschnitt: Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	428
6. Unterabschnitt: Versorgung mit Leistungen der Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe	455
7. Unterabschnitt: Haushalts- und Betriebshilfe	474
8. Unterabschnitt: Häusliche Krankenpflege	480
9. Unterabschnitt: Soziotherapie	488
10. Unterabschnitt: Ambulante Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V), Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V) sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 Abs. 1 SGB V)	504
11. Unterabschnitt: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen (§ 43 Abs. 2 i. V. m. § 132c SGB V)	512
12. Unterabschnitt: Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (§ 43a SGB V)	517
13. Unterabschnitt: Krankentransport (§§ 60, 133 SGB V)	523

Inhaltsübersicht

IX

2. Abschnitt: Die Leistungserbringer der stationären Versorgung	533
1. Unterabschnitt: Krankenhäuser	533
2. Unterabschnitt: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	549
3. Abschnitt: Leistungserbringung in sektorübergreifenden Versorgungs- formen	558
1. Unterabschnitt: Grundbegriffe und Grundprobleme	558
2. Unterabschnitt: Überblick über die sektorübergreifenden Versorgungsformen des SGB V	560
4. Abschnitt: Leistungserbringung im Bereich der Primärprävention	567

Schlussbemerkungen

Die Zukunft des öffentlichen Sozialwirtschaftsrechts der
GKV-Leistungserbringer – Zusammenfassung und Ausblick –

581

Literaturverzeichnis	595
Sachregister	637

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	XXXI
-----------------------------	------

Einleitung

Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht – Vororientierungen und Problemdimensionen –

1

A. Die Systematisierung des Sozialrechts als Herausforderung für die Strukturierungskraft der Wissenschaft vom Öffentlichen Recht	1
I. Strukturen des sozialen Krankenversicherungsrechts	1
II. Das soziale Krankenversicherungsrecht als Thema des Öffentlichen Rechts	6
B. Das Leistungserbringungsrecht der GKV als Referenzgebiet öffentlich-rechtlicher Forschung – Bezüge zur allgemein-verwaltungsrechtlichen Steuerungsdebatte der neueren Verwaltungsrechtswissenschaft	10
I. Systematische Unsicherheiten des Leistungserbringungsrechts als Grund rechtswissenschaftlichen Forschungsbedarfs	10
II. Das Leistungserbringungsrecht der GKV zwischen »Steuerungsstaat« und selbstregulativer Gesellschaft – Impulse und Irritationen der neueren Verwaltungsrechtswissenschaft	16
1. Von der Hierarchie zur Kooperation: Gemeinwohlverwirklichung als gemeinsame Aufgabe von Staat und Gesellschaft	16
2. Vom begrenzten Nutzen der verwaltungs(rechts)wissenschaftlichen Steuerungsdebatte für das Verständnis des geltenden öffentlichen Rechts	20
C. Auf dem Weg zum Sozialwirtschaftsrecht – Zur Direktionskraft des Sozialstaatsprinzips bei der Ordnung der Ökonomie des Sozialen	25
I. Sozialstaat oder Sozialstaatsprinzip? Sozialrechtliche Dogmatik als verfassungsrechtlich schwach präjudizierte Ordnungsaufgabe.	25

II. Zum Erkenntnisgewinn des Binnenrechtsvergleichs zwischen Sozial- und öffentlichem Wirtschaftsrecht	30
III. Sozialrecht denken: ökonomiesensible oder »anti-ökonomische« Aufgabe?	36
D. Das normative Mehrebenensystem des GKV-Rechts im Kontext der europäisierten Wirtschaftsfassung	40
I. Das EG-Recht als Teil des Sozialversicherungsrechts der GKV.	40
II. Das GKV-Recht als akzessorisch-komplementäre Folgeordnung des allgemeinen öffentlichen Wirtschaftsrechts	44
E. Abschichtung der Argumentationsebenen: Was charakterisiert den rechtsdogmatischen Zugriff auf das soziale Krankenversicherungsrecht?	45
F. Leitidee der Untersuchung: Effektivierung des (Gesundheits-)Berufsfreiheitsschutzes im unterverfassungsrechtlichen Normierungssystem der GKV	50

Hauptteil

Das Leistungserbringerrecht der gesetzlichen Krankenversicherung – Allgemeiner und Besonderer Teil des öffentlichen Sozialwirtschafts- rechts der gesetzlichen Krankenversicherung –

53

1. Kapitel: <i>Das Leistungserbringerrecht im System der gesetzlichen Krankenversicherung (Allgemeiner Teil des Leistungserbringerrechts der GKV)</i>	59
1. Abschnitt: Die Allokationsordnung des »Gesundheitsmarktes« der gesetzlichen Krankenversicherung: Zu den Wechselwirkungen zwischen Leistungserbringer- und Sozialfinanzrecht	60
1. Unterabschnitt: <i>Allokation als gesundheitsökonomisches Interpretament des GKV-Rechts: Die GKV als Knappheitsverteilungssystem</i>	61
A. Makroallokation	62
B. Mesoallokation	63
C. Mikroallokation	65
D. Zwischenresümee: Allokationsordnungen als werturteilsgebundene Daueraufgabe der Knappheitsverteilung	66

2. <i>Unterabschnitt: Der Leistungserbringer als allokativer Steuerungsinstanz – Zur Modellierung effizienter Allokation durch Gesetz und Gesetzeskritik</i>	67
A. Der Arzt: nicht (nur) Heiler, sondern (vor allem) allozierender <i>gatekeeper</i>	67
B. Gesundheitsökonomische Folgen des mikroallokativen Entscheidungsverhaltens von Leistungserbringern – Fehlallokationen als Grundproblem der GKV	70
3. <i>Unterabschnitt: Inklusion und Exklusion: Zur rechtskonstruktiven Operationalisierung des Allokations-/Knappheitsproblems insbesondere im Finanzrecht der GKV</i>	72
A. Das Netz interdependenter Normierungen im sog. gegliederten System der GKV	72
B. Ordnung des Allokationsproblems durch das Sozialfinanzrecht der GKV – Zum Zusammenhang von Beitrags-, Schulden-, Haushalts-, Vermögens-, Organisations-, Mitgliedschafts(änderungs)- und Finanzausgleichsrecht der GKV	73
I. Beitragsrecht	73
II. Recht der »sonstigen Einnahmen«, insbesondere das Schuldenrecht der Krankenkassen	76
III. Haushaltsrecht	77
IV. Vermögensrecht	78
V. Institutionsbezogenes (»objektives«) Organisationsrecht	78
VI. Mitgliedsbezogenes (»subjektives«) Organisationsrecht (Mitgliedschafts[änderungs]recht = Recht des Kassenwechsels)	82
VII. GKV-Finanzausgleichsrecht, insbesondere das Recht des Risikostrukturausgleichs (RSA) und seine Verknüpfung mit der besonderen Versorgungsform der DMP-Programme	84
C. Nationales Kollisionssozialrecht	89
I. »Schnittstellen« – »Verschiebebahnhöfe« – »Drehtüreffekte«	89
II. Rechtskonstruktive Umsetzung der Schnittstellenproblematik: die Abgrenzung zu anderen Systemen leistungserbringerbasierter Gesundheitsversorgung (Kollisionssozialrecht) – »Strukturleihe« bei der GKV-Versorgung	90
1. Gesetzliche Unfallversicherung	91
2. Medizinische Rehabilitation	92
3. Sozialhilfe	93

4. Gesundheitsfürsorge in Sonderstatusverhältnissen, insbesondere die beamtenrechtliche freie Heilfürsorge, die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) und die Versorgung im Rahmen der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)	94
III. Erstattungsrecht als Kollisionsfolgenrecht	98
4. <i>Unterabschnitt: Die Stellung der Leistungserbringer auf dem GKV-Gesundheitsmarkt: Begriffliche Klarstellungen und rechtstatsächliche Orientierungsdaten</i>	99
A. GKV-Markt: das Modell des Marktes zwischen Konkurrenz- und Sozialwettbewerb	99
B. Rechtstatsächliche Orientierungsdaten	104
I. Zur begrenzten Aussagekraft der verfügbaren Daten	104
II. Daten zu den Ausgaben im Gesundheitssystem und in der GKV ...	106
1. Gesundheitsausgaben des Gesundheitswesens insgesamt: Ausgabenprimat der GKV	106
2. Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten	108
3. Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen	108
4. Entwicklung der Gesundheitsausgaben – zur Hypothese von der »Kostenexplosion«	108
5. Aufteilung der Leistungsausgaben in der GKV	111
III. Daten zu den Gesundheitsberufen	113
1. Allgemeine Übersichten	113
a) Gesundheitspersonal nach Berufen	113
b) Gesundheitspersonal nach Einrichtungen	115
2. Ausgewählte Leistungserbringerbereiche	116
a) Vertragsärzte sowie Vertragszahnärzte	116
b) Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	117
2. Abschnitt: Das Sachleistungsprinzip als Funktionsprinzip der GKV. Der Leistungserbringer zwischen Versichertem und Krankenkasse	119
1. <i>Unterabschnitt: Konstitutive Rechtsverhältnisse der GKV: das »Dreiecks-Modell« als verständnisleitendes Grundmuster der Rechtsbeziehungen des Leistungserbringers</i>	119
A. Grundstrukturen des Leistungserbringerrechts	119
B. Das Sachleistungsprinzip als Chiffre für die Organisation der Vergütung des Leistungserbringers	121

I. Sachleistungsprinzip als interpretationsbedürftige Sammelbezeichnung für positivrechtliche Einzelwirkungen	121
II. Die Vergütungszentriertheit des Sachleistungsprinzips	122
2. <i>Unterabschnitt: Die Rechtsverhältnisse zwischen Versichertem, Krankenkasse und Leistungserbringer im Einzelnen</i>	128
A. Das Versicherungs- oder Leistungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Versichertem	128
I. Der Versicherte als Informationsproblem	128
1. Krankenversichertenkarte (elektronische Gesundheitskarte) – Telematik im Gesundheitswesen (»E-Health«)	128
2. Informationsrechte und Informationspflichten – GKV-Informationsrecht (»Datenschutzrecht«)	134
II. Der Versicherte als Wettbewerbsfaktor	137
1. Der Versicherte als Mitverantwortlicher und Vorteilsnehmer der GKV-Finanzierungsstruktur	138
2. Kassenwechsel – Werbung von Mitgliedern (§ 284 Abs. 4 SGB V n.F.)	140
3. Die Vermittlung von Privat-Zusatzversicherungen durch Krankenkassen (§ 194 Abs. 1a SGB V n.F.) im Lichte einer künftig zunehmenden Reprivatisierung des Gesundheitskostenrisikos	140
III. Der Versicherte als Anspruchsteller: Das Leistungsrecht der GKV und die »sozialen Rechte« der GKV-Versicherten	143
1. Struktur der (drittvermittelten) sozialen Gesundheitsrechte der GKV	144
a) Überblick über die (Sach-)Leistungsrechte der GKV-Versicherten (ohne Krankengeld) – »Monetarisierung« von Leistungen durch das »Persönliche Budget« (§ 2 Abs. 2 S. 2 SGB V)	144
aa) Leistungen der Krankenbehandlung (§ 11 Abs. 1 Nr. 4 i. V.m. §§ 27 ff. SGB V)	146
bb) Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	148
cc) Leistungen der Primär- und Sekundärprävention	148
dd) Leistungen der präventiven oder nachträglichen Gestationsvermeidung	149
ee) Sonderfälle: das »Hospizgeld« und die befundbezogenen Festzuschüsse zur Zahnersatz-Versorgung	150
(1) »Hospizgeld« (§ 39a Abs. 1 SGB V) als sachleistungsnahe Geldleistung zur Optimierung palliativmedizinischer Versorgung	150

(2) Befundbezogene Festzuschüsse zur Zahnersatz-Versorgung – Sach- oder Geldleistung? Zur Rechtswirkung des Abweichens von der Regelversorgung (§ 55 Abs. 5 und § 56 Abs. 2 SGB V)	152
b) Aufbau der Leistungsansprüche	154
aa) Gesetzes- und Satzungsleistung (gesetzliche Regelleistung – satzungsrechtliche Mehrleistung)	154
bb) Versicherungsfall »behandlungsbedürftige Krankheit« (Tatbestand) – Versorgung, insb. Behandlung (Rechtsfolge)	155
cc) Sachliche Begrenzung des gesetzlichen Behandlungsanspruchs auf der Tatbestands- und Rechtsfolgenebene – Grad der gesetzlichen Normierungstiefe	159
dd) Grundsätzlicher Anspruchsinhalt: Versorgung durch regelmäßig frei wählbare Leistungserbringer der GKV im Sachleistungssystem – Kostenerstattung als Ausnahme	160
c) Konstruktive Aspekte der Anspruchsbegründung, -erfüllung und -durchsetzung	161
aa) Zeitliche Aspekte der Anspruchsbegründung, -erfüllung, und -durchsetzung	161
bb) Einwendungen und Einreden gegen den Leistungsanspruch: Anspruchsmodifikationen durch Grundprinzipien der GKV? Insb. das Wirtschaftlichkeitsgebot als Rationierungsverbot	164
cc) Solidar-, Eigenverantwortungs-, Verschuldens- und Versicherungsprinzip als leistungsbegrenzende Regulative?	169
dd) Zuzahlungen als Anspruchsvoraussetzung? Zur Behandlungsverweigerung »in begründeten Fällen«	172
d) Modifikation der sozialen Gesundheitsrechte der GKV durch das SGB IX	173
2. Leistungserbringerrecht und Rahmenrechts- bzw. Rechtskonkretisierungskonzept – eine Kritik im Lichte des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG).	176
a) Das Rechtskonkretisierungskonzept des BSG als Interpretationsfolie des SGB V	176
b) Anerkennung des Rahmenrechtskonzepts durch das GKV-Modernisierungskonzept (GMG) – Der Leistungsanspruch des GKV-Versicherten als Anspruch auf rahmenrechtsgemäße Konkretisierung des Leistungsinhalts ..	179

c)	Demokratiethoretische Vorbehalte gegenüber der Anerkennung des Rahmenrechtskonzepts durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)	184
d)	Rahmenrechtskonzept und neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden – Zur Problematik des sog. Systemversagens/Systemmangels	188
e)	Rahmenrechtskonzept und Off-Label-Use von Arzneimitteln	190
IV.	Die Krankenkasse als »Leistungserbringer«: Subsidiäre Leistungsausführung in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen ...	192
B.	Das Bewirkungsverhältnis zwischen Leistungserbringer und Versichertem	195
I.	Sozialrechtliche Leistungserbringung im privatrechtlichen Rahmen	195
II.	Sozialrechtsakzessorietät der privatrechtlichen Haftungsmaßstäbe?	198
III.	Zur Funktion des Leistungserbringers, insb. des Vertragsarztes, im Verhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse	199
1.	Die »Rollen« des Leistungserbringers, insb. zum Sicherstellungsauftrag der K(Z)V: der (Zahn-)Arzt in der Dreifachrolle als Akteur in eigener Sache, »Repräsentant« der K(Z)V und »Beauftragter« der Krankenkasse	199
2.	Der Leistungserbringer, insbesondere der Vertragsarzt, als Kommunikationsmittler: die Antragstellung (§ 19 S. 1 SGB V) als Beispiel für die Bedeutung des Sozialverwaltungsverfahrens (auch) im Verhältnis Leistungserbringer/Versicherter	203
a)	Zur Funktion des Leistungserbringers, insb. des Vertragsarztes, im Hinblick auf den Leistungsantrag	203
b)	Zur Parallelität der Entscheidungszuständigkeit von Vertragsarzt und Krankenkasse nach dem Vorbild des vorläufigen Verwaltungsaktes – Abgrenzung zu Anträgen auf Leistungsänderung	207
C.	Das Leistungserbringerverhältnis zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse bzw. Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigung – Verfassungs- und EG-rechtliche Implikationen und Justierungen	210
I.	Der öffentlich-rechtliche Status des Leistungserbringers (§ 69 SGB V)	211
1.	Publizifizierung des Leistungserbringerrechts und der Rechtsverhältnisse »Dritter« durch § 69 SGB V	211
a)	Öffentlich-rechtliches Sonderrecht der GKV-Leistungserbringung	211

b) Die EG-Kartellrechtsbestimmungen als Maßstabsnormen des GKV-Leistungserbringerrechts – Zur unberührten Geltung des EG-rechtliche Vorgaben umsetzenden GWB-Vergaberechts	214
c) Zum öffentlich-rechtlichen Charakter leistungserbringerrelevanter Rechtsverhältnisse außerhalb des Vierten (Leistungserbringer-)Kapitels des SGB V	215
2. Das BGB als öffentlich-rechtliches (sozialrechtliches) Ergänzungsgesetz der GKV-Leistungserbringerordnung	216
II. Der Status des Leistungserbringers als Gefüge vertraglich vermittelter Rechte und Pflichten und seine Prägung durch subgesetzliche Normen	218
1. Die grundsätzliche Vertragsvermitteltheit des Leistungserbringerstatus (§ 2 Abs. 2 S. 3 SGB V)	218
2. Prägung des Leistungserbringer(vertrags)status durch subgesetzliche Normen	220
3. Anspruchsbegründung, -erfüllung und -durchsetzung	221
III. Der Status der Leistungserbringer zwischen Berufsfreiheit und Sozial(finanz)staatsprinzip	223
1. Art. 12 Abs. 1 GG: Zwischen Berufsfreiheitsrhetorik und Wiederbelebung der Freiheit der Gesundheitsberufe	223
2. Zum Gewährleistungsgehalt der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) im Kontext des Gesundheitswesens	227
a) Grundlagen, Gewährleistungsdimensionen, Abgrenzungen ..	227
aa) Persönlicher Gewährleistungsbereich	227
bb) Sachlicher Gewährleistungsbereich	230
b) Spezifizierungen der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG)	235
aa) Wettbewerbsfreiheit – Zur »gewährleistungsstaatlichen« Umdeutung der Berufsfreiheit am Beispiel der BVerfG-Entscheidungen »Festbeträge« und »Glykol« ..	235
(1) Mit dem Wettbewerb gegen die Wettbewerbsfreiheit: »Festbeträge« und »Glykol« als Wendepunkt?	237
(2) Kritik der »gewährleistungsstaatlichen« Schwächung berufsgrundrechtlicher Wettbewerbsfreiheit	239
(a) Der gewährleistungsstaatliche Ansatz als Renaissance sozialstaatlicher Grundrechtstheorie.	240
(b) Zum freiheitsgefährdenden Potential des Modells der sog. Grundrechtsausgestaltung.	244
(3) Rekonstruktion des Gewährleistungsgehalts berufsgrundrechtlicher Wettbewerbsfreiheit	248
bb) GKV-Leistungserbringer: ein eigenständiger (staatlich gebundener) Beruf? Zu einem (noch) nicht existierenden Berufsbild	251

cc) Zur Patientenorientierung als Teil des Selbstverständnisses der Gesundheitsberufe, insb. am Beispiel der sog. Therapiefreiheit	253
dd) Berufsfreiheit als Preisbeeinflussungsmacht, Vergütungsgarantie und Gewinnerzielungsbefugnis – Der Einfluss des allgemeinen Gleichheitsgrundsatzes (Art. 3 Abs. 1 GG)	254
3. Beeinträchtigungen der (Gesundheits-)Berufsfreiheit	257
a) Vorklärungen: Grundrechtsverzicht durch Zulassung zum oder Auftritt auf dem GKV-Markt?	257
b) Der »besondere« Eingriffsbegriff des Art. 12 Abs. 1 GG: Klarstellungen und Korrekturen	258
c) Beeinträchtigungen der Wettbewerbs(preis)freiheit	261
aa) Festbetragsregelungen: Wettbewerbsdirigierende Wirkung durch Erzwingung anreizkongruenten Marktverhaltens (hier: Preissenkungen)	261
bb) Exemplarische Vergewisserungen: Zum grundrechtsbeeinträchtigenden Charakter gesetzlicher Leistungsausschlüsse	266
(1) Der Ausschluss unwirtschaftlicher sowie nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel von der Arzneimittelversorgung (§ 31 Abs. 1 S. 1 i. V. m. § 34 Abs. 1, 3 SGB V i. d. F. des GMG)	266
(2) Ein Gegenbeispiel: Die Abschaffung des Sterbegeldes (§ 58 SGB V a. F.)	267
(3) Die Beschränkung der Versorgung mit Sehhilfen (§ 33 Abs. 1, 3 SGB V i. d. F. des GMG)	269
d) Eingriff durch staatlich verantwortete bzw. ermöglichte Konkurrenz	270
e) Eingriff durch Vorenthaltung staatlich geschaffener Wettbewerbsvorteile	274
f) Strukturierung berufsgrundrechtlicher Beeinträchtigungen durch das GKV- Leistungserbringerrecht: Marktzugang, Marktverhalten, Marktverhaltenskontrolle als statusprägende Leitunterscheidungen	274
aa) Marktzugang	275
(1) Vorordnung des Marktzugangs durch Rezeption nicht-spezifisch GKV-rechtlicher Rechtsnormen	275
(a) Vorordnung des Marktzugangs durch das allgemeine öffentlichrechtliche Berufs- (insb. Gewerbe- und Handwerks-)recht – Akzessorietät des GKV-Rechts ...	276
(b) Vorordnung des Marktzugangs durch das öffentliche Vergaberecht des GWB sowie das vergaberelevante Haushaltsrecht	277

(2) Regulierung des Marktzugangs durch das spezifische GKV-Recht (SGB V)	279
(a) Bedarfsplanung	279
(b) Wer ist Leistungserbringer? Zur marktzugangssteuernden Normierung und Auslegung der Zulassungsvoraussetzungen (insb. am Beispiel des sog. Arztvorbehalts) jenseits terminologischer Differenzierungen des allgemeinen (Gesundheits-) Berufsrechts	279
(c) Wer ist »sonstiger« Leistungserbringer?	284
(d) Die Abhängigkeit nicht-ärztlicher Leistungserbringer von den ärztlichen Leistungserbringern: »Verordnung« (insb. »Einweisung«) sowie »Überweisung« als Marktzugangsventile	285
bb) Marktverhalten	287
(1) Definition des Leistungsinhalts, insbesondere Qualitätssicherung, Fortbildung, besondere Genehmigungserfordernisse – Zur Voreigentlichkeit nicht-GKV-rechtlicher Vorordnungen	288
(2) Definition des angemessenen (»gerechten«) Preises – das öffentlich-rechtliche Preisrecht der GKV	290
cc) Marktverhaltenskontrolle	293
(1) Abrechnungsverfahren (allgemeine Wirtschaftlichkeitsprüfung) – Bezüge zum (Patienten-)Datenschutz	293
(2) Spezifische Wirtschaftlichkeitsprüfungen	294
(3) GKV-spezifisches Sanktionsrecht	294
4. Rechtfertigung von Beeinträchtigungen der (Gesundheits-)Berufsfreiheit	295
a) Formelle Anforderungen, insbesondere die Gesetzgebungskompetenz des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (»Sozialversicherung«)	295
aa) Zur Abgrenzung von Bundes- und Landesgesetzgebungskompetenzen im Gesundheitswesen	295
bb) Erforderlichkeit bundesgesetzlicher Regelungen zum GKV-Leistungserbringerrecht (Art. 72 Abs. 2 GG)	298
b) Materielle Anforderungen, insbesondere: zur Prozeduralisierung der Verhältnismäßigkeitsprüfung durch Begründungslasten des Normgebers	301
aa) Der allgemeine rechtsstaatliche Grundsatz der Gesetzesbestimmtheit (Normenklarheit) – Verbindungen zum Grundsatz vom Vorrang des Gesetzes	301
bb) Das der sog. Wesentlichkeitstheorie genügende Gesetz	305

cc) Verhältnismäßigkeit von Beeinträchtigungen der Berufsfreiheit – Normgeberische Begründungspflichten als Konsequenz (auch) der Rechtsprechung des BVerfG	307
(1) Verfassungsrechtlich legitimes Ziel »Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung«? – Zur fehlenden Maßstabskraft des Sozialstaatsprinzips für die Modalitäten der Zielerreichung	308
(2) Prozeduralisierung der Verhältnismäßigkeitsprüfung durch falladäquat spezifizierte Begründungspflichten des Gesetzgebers	314
(a) Keine vorweggenommene Abwägung im Gewand eines fehlverstandenen Gemeinwohlbelangs »Finanzierbarkeit der GKV«; »sozialgebundener Wettbewerb« in der GKV als Folge verhältnismäßiger Beschränkung der Berufsfreiheit	317
(b) Begründungspflichten als prozeduraler Ausgleich zwischen grundrechtlichem Freiheitsschutz und gesetzgeberischer Normsetzungsprärogative	320
(c) Der (prozeduralisierte) Verhältnismäßigkeitsgrundsatz als Vehikel effektiv garantierter Berufsfreiheit: konzeptionelle Vergewisserungen und thematische Ergänzungen	326
(aa) Modalitäten der Darlegungspflicht	326
(bb) Darlegungspflichten anderer Normgeber	327
(cc) Typisierende Betrachtung der grundrechtlich geschützten Interessen	328
(dd) Beobachtungs-/Nachbesserungspflicht als Gebot der Verhältnismäßigkeit – das Beispiel neuer Regelungsmodelle im GKV-Vergütungsrecht, insb. der FPVBE 2004	329
(ee) Kompensation strukturell ungleicher Verhandlungsstärke	333
(ff) Additive Grundrechtsbeeinträchtigungen insbesondere im Bereich der Berufsausübungsregelungen – Verhältnismäßigkeitsprüfung als kontextsensibler Grundrechtsschutz	333
IV. Die Europäisierung der GKV-Leistungserbringerordnung durch das GKV-Modernisierungsgesetz und die bleibende Bedeutung der Grundfreiheiten	334
1. § 140e SGB V als Zentrum der europäisierten Leistungserbringerordnung des SGB V	338
a) Inhaltliche Bindung der Vertragsabschlusskompetenz durch das untergesetzlich konkretisierte Leistungsrecht	338
b) Die Krankenkasse als Träger der Vertragsabschlusskompetenz	339

c) Qualifikation der Leistungserbringer	340
d) Rechtsnatur der Verträge	340
e) Abschließende Vertragsschlusskompetenz für den grenzüberschreitenden Bereich	341
2. Bleibende Bedeutung der Grundfreiheiten	342
3. <i>Unterabschnitt: Konstitutive Rechtsverhältnisse der GKV – institutionelle Ergänzungen des »Dreiecks-Modells« der Leistungserbringung</i>	343
A. Institutionelle Vorbedingungen der sog. gemeinsamen Selbstverwaltung: Kassen(zahn)ärztliche (Bundes-)Vereinigungen und Krankenkassenverbände (insbesondere die Spitzenverbände)	344
B. Institutionen der sog. gemeinsamen Selbstverwaltung	346
I. Der Gemeinsame Bundesausschuss (früher: Bundesausschüsse der [Zahn-]Ärzte bzw. Psychotherapeuten und Krankenkassen)	346
II. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG – (§ 139a SGB V)	348
III. Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz	348
IV. Ausschüsse und Kammern im Vertrags(zahn)arztrecht	349
V. Schiedswesen	350
C. Sachverständig-beratende Institutionen	350
D. Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§§ 81a, 197a SGB V)	351
I. Fehlverhaltenskontrolle (nicht nur) zu Lasten der Leistungserbringer	352
II. Sozialrechtliches »Vorschaltverfahren« zur strafprozessual relevanten Generierung von Rechts- und Zweckwidrigkeitsverdachtslagen	353
III. Das Verfahren der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als Sozialverwaltungsverfahren	356
IV. Kritische Würdigung	358
E. Einbindung von Leistungserbringer-Verbänden	360
F. Institutionen zur Stärkung der Patientensouveränität	362
I. Unterstützung von Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V)	363
II. Patientenberatungsstellen (§ 65b SGB V)	363
III. Beteiligung von Interessenvertretungen der Patienten bzw. Patientinnen (§ 140f SGB V)	364

IV. Patientenbeauftragte(r) der Bundesregierung (§ 140h) – Behindertenbeauftragte	364
G. Die Mitwirkung des Staates, insb. die staatliche Aufsicht im Rahmen der GKV	366
4. <i>Unterabschnitt: Leistungserbringung jenseits des Sachleistungsprinzips – direkte Vergütungsansprüche gegen GKV-Versicherte sowie Zuzahlungspflichten der GKV-Versicherten</i>	366
A. Direkte privatrechtliche Vergütungsansprüche gegen GKV-Versicherte ..	367
I. Kostenerstattungsansprüche	367
II. Mehrkosten (Selbstbeteiligungen)	370
B. Zur leistungserbringervermittelten Realisierung der Zuzahlungsansprüche der Krankenkassen	373
2. <i>Kapitel: Das Leistungserbringerrecht im System des öffentli- chen Wirtschaftsrechts der Berufe des Gesundheitswesens (Besonderer Teil des Leistungserbringerrechts der GKV)</i>	375
1. Abschnitt: Die Leistungserbringer der ambulanten Versorgung ...	377
1. <i>Unterabschnitt: Ärztliche Versorgung (ohne zahnärztliche Versorgung)</i> ..	377
A. Marktzugang	377
I. Die Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte als Grundmodell ambulanter Versorgung	378
II. Sonderfälle vertragsärztlicher Versorgung	381
1. Individuumsbezogene Eröffnung des Marktzugangs	381
a) Ermächtigungen insbesondere von Krankenhausärzten	381
b) Belegärztliche (stationäre vertragsärztliche) Leistungen (§ 121 SGB V)	382
2. Einrichtungsbezogene Eröffnung des Marktzugangs	382
a) Hochschulambulanzen (§ 117 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V)	382
b) Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)	383
c) Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)	383
d) Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)	384
e) Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V)	384
f) Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 119a SGB V)	385
g) Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 S. 2 SGB V) ...	385

h) Gesundheitseinrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V (besondere medizinische Versorgungszentren)	386
i) Ermächtigung (§ 75 Abs. 9 SGB V) von Einrichtungen gemäß § 13 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)	387
B. Marktverhalten	387
I. Definition des Leistungsinhalts insbesondere durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	387
II. Steuerung des Ordnungsverhaltens jenseits der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (insb. Budgets und Richtgrößen gem. § 84 SGB V)	389
III. Überweisungskompetenzen	390
IV. Besondere (qualifikationsgebundene) Genehmigungen – Qualitätssicherung – Fortbildung	391
V. Vergütung: Das öffentlich-rechtliche Preisrecht der Vertragsärzte ..	393
1. Normalfall der KV-vermittelten Vergütung	393
2. Sonderregeln der Vergütung	395
VI. Abrechnungspflichten	396
VII. Folgen des Zulassungsuntergangs	396
C. Marktverhaltenskontrolle	397
2. <i>Unterabschnitt: Psychotherapeutische Versorgung</i>	400
A. Marktzugang	401
B. Marktverhalten	402
C. Marktverhaltenskontrolle	403
3. <i>Unterabschnitt: Zahnärztliche Versorgung (einschl. Versorgung mit zahntechnischen Leistungen)</i>	404
A. Marktzugang	405
B. Marktverhalten	406
C. Marktverhaltenskontrolle	409
4. <i>Unterabschnitt: Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln</i>	409
A. Das GKV-Arzneimittelversorgungsrecht als spezifisches öffentlich-rechtliches Produkthandelsrecht – Vorgaben des GKV-Leistungsrechts	410
B. Marktzugang	416
C. Marktverhalten	419
I. Zur Verkoppelung von allgemeinem Arzneimittelpreis- und spezifischem GKV-Arzneimittelpreisrecht	419

II. Insbesondere: die Preisregulierung durch Festbeträge	422
III. Weitere Aspekte des Marktverhaltens der Leistungserbringer der Arzneimittelversorgung	425
D. Marktverhaltenskontrolle, insb. die öffentlichrechtliche Auftragsperre gem. § 129 Abs. 4 S. 2 SGB V	426
5. <i>Unterabschnitt: Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln</i>	428
A. Marktzugang	428
I. Leistungsrechtliche Vorgaben	428
II. Zulassungsvoraussetzungen	433
1. Der Vorrang des Gesetzes gegenüber den Zulassungsempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Heil- bzw. Hilfsmittelrichtlinien	433
2. Insb.: Praxisausstattung und Anerkennung von Versorgungsvereinbarungen	436
a) Praxisausstattung	436
b) Anerkennung von (Preis-)Vereinbarungen?	437
3. Zulassungsprobleme	439
a) Das Beispiel der neuropsychologisch ausgerichteten Sprachheiltherapie – die Entscheidung des BSG zur »Klinischen Linguistik«	439
b) Besondere Anforderungen für theoretisch qualifizierte, aber potentiell therapiueinerfahrene Berufe	441
c) Gefahr impliziter Bedarfskontrollen	442
4. Sonderkonstellationen der Zulassung zur Heil- bzw. Hilfsmittelerbringung	443
B. Marktverhalten	445
I. Individual- und Rahmenverträge als prioritäre Steuerungsmedien ..	445
II. Normierung des Marktverhaltens von Heil- und Hilfsmittelerbringern im Einzelnen	446
1. Kooperation zwischen Leistungserbringer und Arzt – Verhältnis zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer (»Versorgungsanzeige«)	446
2. Leistungsmodalitäten – Vergütung – Festbeträge/Höchstpreise – Abrechnung – Datenschutz	446
3. Qualitätssicherung – Fortbildung – Weiterbildung	449
III. Marktverhaltenskontrolle	451
1. Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrolle	451
2. Verlust der Zulassung – Zur Gesetzeswidrigkeit ungeschriebener Zulassungsvoraussetzungen	453

6. <i>Unterabschnitt: Versorgung mit Leistungen der Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe</i>	455
A. Marktzugang	455
B. Marktverhalten	457
I. Leistungsinhalt – Verhältnis zu (vertrags)ärztlichen Anordnungen ..	457
II. Qualitätssicherung	461
III. Vergütung für GKV-Leistungen (öffentliches Preisrecht der GKV-Hebammenhilfe)	464
IV. Das Abrechnungsverfahren als implizite Wirtschaftlichkeitsprüfung	469
VI. Hebammenleistungen außerhalb der GKV-Versorgung	470
1. Zusatzleistungen für GKV-Versicherte	470
2. Leistungen für nicht GKV-Versicherte	472
C. Marktverhaltenskontrolle	473
7. <i>Unterabschnitt: Haushalts- und Betriebshilfe</i>	474
A. Marktzugang	476
B. Marktverhalten	478
C. Marktverhaltenskontrolle	479
8. <i>Unterabschnitt: Häusliche Krankenpflege</i>	480
A. Marktzugang	482
B. Marktverhalten	484
C. Marktverhaltenskontrolle	487
9. <i>Unterabschnitt: Soziotherapie</i>	488
A. Marktzugang	489
I. Soziotherapeuten als Erbringer der Leistungen von § 37a Abs. 1 SGB V: zur leistungsrechtlichen Vorprägung des Marktzugangs	489
1. Zum Sinnzusammenhang von § 132b und § 37a SGB V	489
2. Zur Gesetzeskonformität der Soziotherapie-Richtlinien und der Gemeinsamen Empfehlungen (§ 132b Abs. 2 SGB V) unter dem Gesichtspunkt des Marktzugangs	490
a) Definition und Diagnose der soziotherapeutisch relevante Unselbständigkeit verursachenden »schweren psychischen Erkrankung«	490
b) Berufsspezifische Kompetenz zur Realisierung des Leistungsinhalts?	492

c) Leistungsverunmögliche Konkretisierung der »Geeignetheit« für die soziotherapeutische Leistungserbringung? – Insb.: die Gemeinsamen Empfehlungen als »Quasi-Approbationsordnung« bzw. »Quasi-ZV« der Soziotherapeuten?	494
d) Zu den Grenzen der Bedarfsprüfung: der Anspruch des § 132b Abs. 1 SGB V als gebundener Zulassungsanspruch	496
II. Zum Verhältnis von Zulassung und Vertragsschluss	497
B. Marktverhalten	498
I. Leistungsinhalt – Kooperation mit anderen Leistungserbringern, insb. mit dem verordnenden Arzt	498
II. Die Vergütungs- und Abrechnungsregelung als Teil des Vertrages zwischen Krankenkasse und Soziotherapeut	499
III. Qualitätssicherung	501
1. Zu vertraglichen Regelungen am Beispiel des Soziotherapie-Rahmenvertrages Rheinland-Pfalz	501
2. Kritik der Regelungen zur Qualitätssicherung im Lichte von Art. 12 Abs. 1 GG	503
C. Marktverhaltenskontrolle	504
10. <i>Unterabschnitt: Ambulante Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V), Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V) sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 Abs. 1 SGB V)</i>	504
A. Leistungsrechtliche Voraussetzungen der Rehabilitation	504
I. Vermeidung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit	504
II. »Ambulante« Rehabilitationsleistung – Belastungserprobung – Arbeitstherapie	506
III. »Ergänzende« Leistungen	507
B. Marktzugang	508
C. Marktverhalten	510
D. Marktverhaltenskontrolle	512
11. <i>Unterabschnitt: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen (§ 43 Abs. 2 i. V. m. § 132c SGB V)</i>	512
A. Leistungsrechtliche Aspekte	512
B. Marktzugang	514
C. Marktverhalten	515
D. Marktverhaltenskontrolle	516

<i>12. Unterabschnitt: Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen</i> (§ 43a SGB V)	517
A. Zur Bedeutung sozialpädiatrischer Leistungen	517
B. Marktzugang	519
C. Marktverhalten	520
D. Marktverhaltenskontrolle	522
<i>13. Unterabschnitt: Krankentransport (§§ 60, 133 SGB V)</i>	523
A. Leistungsrechtliche Vorfragen	523
B. Marktzugang	526
C. Marktverhalten	529
D. Marktverhaltenskontrolle	531
 2. Abschnitt: Die Leistungserbringer der stationären Versorgung	533
<i>1. Unterabschnitt: Krankenhäuser</i>	533
A. Marktzugang	534
B. Marktverhalten	537
I. Leistungsinhalt – Qualitätssicherung – Besondere Versorgungsformen	537
II. Vergütungsrecht: das öffentlich-rechtliche Preisrecht der Krankenhäuser	541
1. Grundlagen	542
2. Berechnung der Vergütung – Fortentwicklung in den nächsten Jahren – Abrechnungsmodalitäten	545
C. Marktverhaltenskontrolle	548
<i>2. Unterabschnitt: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen</i>	549
A. Leistungsrechtliche Vorgaben	549
B. Marktzugang	551
C. Marktverhalten	555
D. Marktverhaltenskontrolle	556
 3. Abschnitt: Leistungserbringung in sektorübergreifenden Versorgungsformen	558
<i>1. Unterabschnitt: Grundbegriffe und Grundprobleme</i>	558
A. Sektormodifizierende (= sektorübergreifende und sektorerweiternde) Versorgungsformen	558

B. Unklares Verhältnis der sektormodifizierenden Versorgungsformen zueinander – Trend zur »Poliklinikisierung« der GKV?	559
2. <i>Unterabschnitt: Überblick über die sektorübergreifenden Versorgungsformen des SGB V</i>	560
A. Integrierte Versorgung (§§ 140 a ff. i.d.F. des GMG)	560
B. Modellvorhaben (§§ 63, 64 SGB V)	562
C. Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP)	563
4. Abschnitt: Leistungserbringung im Bereich der Primärprävention	567
A. Leistungen zur primären Prävention (§ 20 Abs. 1 SGB V)	569
B. Präventionskooperationen der Krankenkassen (§ 20 Abs. 2 SGB V)	573
C. Förderung von Selbsthilfegruppen (§ 20 Abs. 4 SGB V)	575
D. Zukunftsperspektive »Präventionsgesetz«	578

Schlussbemerkungen

Die Zukunft des öffentlichen Sozialwirtschaftsrechts der GKV-Leistungserbringer – Zusammenfassung und Ausblick –

581

A. Zusammenfassung	581
B. Problematische Aspekte des GKV-Leistungserbringerrechts im Lichte der (Gesundheits-)Berufsfreiheit	583
C. Reformperspektiven des GKV-(Leistungserbringer-)Rechts	588
D. Zukunftsaufgaben der Wissenschaft vom öffentlichen (Sozialwirtschafts-)Recht	590
Literaturverzeichnis	595
Sachregister	637

Abkürzungsverzeichnis¹

AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
AMG	Arzneimittelgesetz
AMR	Arzneimittel-Richtlinien
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArztR	Arztrecht (Zeitschrift)
Bema	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (vertragszahnärztliche Versorgung)
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BKK	Betriebskrankenkasse
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BMV-Z	Bundesmantelvertrag-Zahnärzte
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Breith	Breithaupt – Sammlung von Entscheidungen aus dem Sozialrecht
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des BSG
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BtPrax	Betreuungsrechtliche Praxis (Zeitschrift)
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
DangVers	Die Angestelltenversicherung (Zeitschrift)
Die BKK	Die BKK (Zeitschrift)
DRV	Deutsche Rentenversicherung (Zeitschrift)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EKV-Ä	Ersatzkassenvertrag-Ärzte
EKV-Z	Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte
ErsK	Die Ersatzkasse (Zeitschrift)
FEVS	Fürsorgerechtliche Entscheidungen der Verwaltungs- und Sozialgerichte
f & w	führen und wirtschaften im krankenhaus (Zeitschrift)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GemBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GesR	Gesundheitsrecht (Zeitschrift)
G+G	Gesundheit und Gesellschaft (Zeitschrift)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HMR	Heilmittel-Richtlinien

¹ Aufgeführt werden Abkürzungen, die im sozial- bzw. gesundheitsrechtlichen Kontext verbreitet sind, aber im allgemeinen öffentlich-rechtlichen Diskurs (noch) nicht fraglos bekannt sein dürften.

IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IKK	Innungskrankenkasse
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KSVG	Künstlersozialversicherungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	(Bundes-)Krankenhausfinanzierungsgesetz
KOV	Kriegsopferversorgung
KVLG	Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
KVLG 1989	Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
KrV	Die Krankenversicherung (Zeitschrift)
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LSG	Landessozialgericht
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
RdLH	Rechtsdienst der Lebenshilfe (Zeitschrift)
Reha	Rehabilitation
RsDE	Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (Zeitschrift)
RVO	Reichsversicherungsordnung
RSA	Risikostrukturausgleich
SDSRV	Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes
SGb	Die Sozialgerichtsbarkeit (Zeitschrift)
SG	Sozialgericht
SGB I	Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil –
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende –
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung –
SGB IV	Sozialgesetzbuch Viertes Buch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung –
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung –
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung –
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung –
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe –
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –
SGB X	Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz –
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung –
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe –
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SozR	Sozialrecht (Entscheidungssammlung)
SozVers	Die Sozialversicherung (Zeitschrift)
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
VdAK	Verband der Angestellten-Ersatzkassen
VSSR	Vierteljahresschrift für Sozialrecht
WiDo	Wissenschaftliches Institut der AOK

ZESAR	Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht
ZfS	Zentralblatt für Sozialversicherung und Versorgung
ZFSH/SGB	Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch

Einleitung

Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht – Vororientierungen und Problemdimensionen –

A. Die Systematisierung des Sozialrechts als Herausforderung für die Strukturierungskraft der Wissenschaft vom Öffentlichen Recht

I. Strukturen des sozialen Krankenversicherungsrechts

Wer sich dem Zentrum des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Leistungserbringungsrecht, zuwendet, wird sich fragen lassen müssen, ob ihm die Tragweite seines Unterfangens bewusst ist. Das Sozialrecht¹, namentlich das »soziale Krankenversicherungsrecht«² der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), gilt als »eminent politisches Recht«³. Es unterliegt einem rasanten politischen Umgestaltungsdruck und bestätigt nachhaltig die grundlegende Einsicht, positives Recht sei geronnene Politik.⁴ Gesundheits- und Sozialpolitik lösen, unentwegt und zune-

¹ Verwendet wird im Folgenden der sog. formelle Begriff des Sozialrechts, der die Bücher des SGB (einschl. der in § 68 SGB I enumerierten ausdrücklich so bezeichneten »besonderen Teile«) erfasst; er markiert die »Kernzone« des Sozialrechts (so *Eberhard Schmidt-Aßmann*, Das allgemeine Verwaltungsrecht als Ordnungsidee. Grundlagen und Aufgaben der verwaltungsrechtlichen Systembildung, Berlin u. a. 1998, S. 118). Der sozialpolitische bzw. materielle Sozialrechtsbegriff ist zu konturenarm, um verlässliche Orientierung geben zu können, krit. *Bernd Baron von Maydell*, Art. »Sozialrecht«, in: Bernd Baron von Maydell (Hrsg.), Lexikon des Rechts: Sozialrecht, 2. Aufl., Neuwied/Kriftel 1994, S. 447 (447f.); *Moris Lehner*, Einkommensteuerrecht und Sozialhilferecht. Bausteine zu einem Verfassungsrecht des sozialen Steuerstaates, Tübingen 1993, S. 48ff.; *Bertram Schulin/Gerhard Igl*, Sozialrecht, 7. Aufl., Düsseldorf 2002, Rn. 1 ff., 4 ff., 13; ausf. zur Begriffsgeschichte *Felix Schmid*, Sozialrecht und Recht der sozialen Sicherheit. Die Begriffsbildung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz, Berlin 1981, S. 67ff., 127ff.; *Ivana Mikešić*, Sozialrecht als wissenschaftliche Disziplin. Die Anfänge 1918–1933, Tübingen 2002, S. 132ff., 168ff.

² So die Bezeichnung in BVerfGE 88, 203 (315); s. auch BVerfGE 103, 172 (185): »soziale Krankenversicherung«; Begr. zum GRG, BT-Drucks. 11/2237, S. 147: »soziale Krankenversicherung«. Der Begriff wird auch in der gesundheitsökonomischen Debatte verwandt, s. etwa *Friedrich Breyer/Peter Zweifel*, Gesundheitsökonomie, 3. Aufl., Berlin u. a. 1999, S. 165. – Ähnl. die verbreitete Formulierung »soziales Pflegeversicherungsrecht«, die sich an die aml. Bezeichnung des SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung –) anlehnt.

³ *Hans F. Zacher*, Das Vorhaben des Sozialgesetzbuchs, RsDE 47 (2001), S. 1 (27).

⁴ *Klaus Stern*, Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland, Bd. I, 2. Aufl., München 1984, § 1 V 4 (S. 24); *Gunnar Folke Schuppert*, Rigidität und Flexibilität von Verfassungsrecht. Überlegungen zur Steuerungsfunktion von Verfassungsrecht in normalen wie in »schwierigen Zeiten«, AöR 120 (1995), S. 32 (65): »das parlamentarische Gesetz ist geronnene Politik«; *Bernd von Maydell*, Sozialpolitik und Rechtsvergleich, in: FS für Hans F. Zacher zum 70. Geburtstag, Heidelberg 1998, S. 591 (591). »Sozialrecht ist (...) das normativ verfestigte Ergebnis von Sozialpolitik.« Zur Abhängigkeit

mend, »einen prasselnden Einschlag riesiger Mengen von immer neuen Direktiven aus, die aufgenommen, verstanden und verarbeitet sein wollen.«⁵ Deshalb erschöpft sich bislang die rationalisierende Kraft juristischen Denkens oft darin, den Sozialgesetzgeber aufmerksam zu begleiten. Distanz zum legislativen Normsetzungsprozess ist kaum möglich. Sie müsste mit dem Verlust des Kontaktes zum eiligen Gesetzgeber erkaufte werden und würde damit die Informationserwartungen der Praxis enttäuschen. Im Klima normativer Hinfälligkeit sind Sozialverwaltungen und -gerichte verständlicherweise daran interessiert, dass das dauernd modifizierte Spektrum der Steuerungsinstrumente des GKV-Rechts, unter denen das Parlamentsgesetz nur eines unter vielen ist⁶, möglichst zeitnah aufbereitet wird. Ihnen wird keine Juristin und kein Jurist mit Praxissinn⁷ verdenken, dass sie dazu neigen, Vergewisserungen, die aufs Prinzipielle des Sozialrechts gehen, nicht zu vermissen. Sie ziehen, mehr oder minder gezwungenermaßen, Handreichungen von mittlerer (und manchmal auch geringerer) Reichweite vor, denn diese erlauben, frei von jedem Grundlagenballast, das verlässliche Entscheiden bis zur nächsten Normänderung. Nicht selten auf den reproduzierenden Nachvollzug der sog. amtlichen – typischerweise in der Ministerialbürokratie vorformulierten – Gesetzesbegründung beschränkt, machen sie den dauernden Zwang erträglich, hinter den Aktenbergen der sozialrechtlichen »Massenverwaltung« juristisch von der Hand in den Mund leben zu müssen. So wird das jeweils geltende sozialpolitische Programm effektiert, so gut dies in der Betriebsamkeit des Praxisalltags geht. Nicht nur Verwaltung und Gerichte, auch die ihnen zuarbeitenden Rechtswissenschaftler(innen) müssen sich *nolens volens* mit der undankbaren Rolle anfreunden, Vollstrecker sozial- und gesundheitspolitischer Positionen mit hoher Halbwertszeit zu sein.⁸ Rechtswissenschaft mutiert so im Kern zu einer – keineswegs anspruchswissen – Gesetzeskunde, die da und dort die Ver-

des Sozialrechts von der Sozialpolitik außerdem *Rainer Pitschas, Gerichtsautonomes Sozialrecht?*, VSSR 1990, S. 241 (248f.).

⁵ *Niklas Luhmann, Das Recht der Gesellschaft*, Frankfurt am Main 1993, S. 278 – allg. zum Verhältnis von Politik und Rechtssystem.

⁶ Vgl. *Peter Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung*, Tübingen 2000, S. 2.

⁷ Dass er für fruchtbares rechtswissenschaftliches Arbeiten unabdingbar ist, betont *Friedrich Carl von Savigny, System des heutigen römischen Rechts*, Bd. I, Berlin 1840: »Es beruht (...) alles Heil darauf, daß (...) Jeder die ursprüngliche Einheit [von theoretischer und praktischer Beschäftigung mit dem Recht, Anm. St. R.] fest im Auge behalte, daß also in gewissem Grade jeder Theoretiker den praktischen, jeder Praktiker den theoretischen Sinn in sich erhalte und entwickle. Wo dieses nicht geschieht, wo die Trennung zwischen Theorie und Praxis eine absolute wird, da entsteht unvermeidlich die Gefahr, daß die Theorie zu einem leeren Spiel, die Praxis zu einem bloßen Handwerk herabsinke« (S. XX). »Wenn ich sage, daß jeder Theoretiker stets zugleich ein praktisches Element in sich tragen soll, so ist dieses dem Sinn und Geist nach gemeint, nicht der Beschäftigung nach: obgleich freylich einige praktische Beschäftigung, richtig angewendet, der sicherste Weg zur Förderung des praktischen Sinnes ist.« S. auch *Karl R. Popper, Die offene Gesellschaft und ihre Feinde*, Bd. 2, 6. Aufl., Tübingen 1980, S. 273: »Die Praxis ist nicht der Feind des theoretischen Wissens, sondern sein wertvollster Anreiz.« *Rudolf von Ihering, Geist des römischen Rechts*, Bd. II/2, 2. Aufl., Leipzig 1869, S. 369, betont, dass »die Jurisprudenz, um wahrhaft praktisch zu sein, sich nicht auf praktische Fragen beschränken darf.«

⁸ Zur geringen »Halbwertszeit« *Jürgen Benkel, Sozialrecht und Sozialgerichtsbarkeit im deutschen Rechtssystem*, NZS 2002, S. 617 (618).

säumnisse des im politischen Aktivismus verfangenen Normgebers interpretativ abzufangen sucht, gelegentlich Legitimitätsbedenken äußert, ansonsten aber bloße *ancilla legislatoris* ist, die dem Gesetzgeber geduldig die Schleppe hinterher trägt. In diesem Klima scheint für eine Rechtswissenschaft als Instanz des Vor-Denkens, die eigenständig nach-, nicht nur dem Gesetzgeber hinterher denkt, wenig Raum.

Indes: Man ist, mag es so auch nicht erscheinen, nicht gezwungen, Rechtswissenschaft im Bereich des GKV-Rechts auf die Rolle einer Zuträgerin für den reibungslosen Vollzug sozial- und gesundheitspolitischer Jeweiligkeit zu reduzieren. Betont man das *systematische*, über den Tag hinaus auf *Strukturgebung* abzielende Moment rechtswissenschaftlicher Arbeit am (Sozial-)Recht, dann verändert sich die Perspektive und damit die Leistungskraft dogmatischen Nachdenkens. Dem wissenschaftlichen Blick geht es dann um die Sicht auf das innere System des Rechtsgebiets, das gleichsam als verständnisleitendes Gefüge aufeinander abgestimmter Hintergrundannahmen die einschlägigen Normtexte aus ihrer positivistischen Isolierung herausführt und sinnvoll einander zuordnet, also aus dem Konglomerat einzelner Sozialgesetze ein in sich stimmiges Sozialrecht macht.⁹ Wie fragmentiert die positivrechtlichen Rechtsgewinnungsgrundlagen auch sein mögen, die Arbeit an ihrem inneren System gehört zu den unabdingbaren Rationalitätsanforderungen (sozial-)rechtswissenschaftlichen Nachdenkens. Erst die Klarheit über die Architektur des GKV-Rechts, die sich nicht zuletzt im Spiegel der Probleme des Leistungserbringungsrechts einstellt, macht den Umgang mit der hochänderungsanfälligen Normenmenge zu einem beherrschbaren Unternehmen – beherrschbar im Sinne des Verfügens über eine durchsichtige, weil Durchsicht erlaubende Matrix, die rechtssuchenden Bürgern, rechtsanwendender Verwaltung, verwaltungskontrollierender Justiz sowie legerferierendem Gesetzgeber eine klarere Vorstellung von Gegenstand und Grenzen der Materie verspricht. Je mehr die Unübersichtlichkeit des positiven Rechtsstoffs zunimmt, um so dringlicher wird eine Systematisierung, die der fließenden Geltungsfortbildung des GKV-spezifischen Leistungserbringungsrechts innere Stützen einzieht und sich der normgeberischen Kontingenz sperrt, die heute regelt, was morgen schon gewesen ist.

Konsequente Strukturgebung im Bereich der GKV ist gegenwärtig besonders bedeutsam, weil der rechtspolitische Diskurs über die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zum ersten Mal, wie die Gesetzgebungsgeschichte der vergangenen Jahrzehnte belegt, um den Leitbegriff der »Strukturreform« zentriert ist.¹⁰

⁹ »Es gibt«, so Werner Wilde, Grundzüge des Sozialrechts, Hamburg 1957, S. 10, »ein Sozialrecht, unabhängig von der Flut der täglich über uns hinwegströmenden Gesetzesänderungen und Ausführungsvorschriften, (...)« Allg. dazu Rolf Gröschner, Das Überwachungsrechtsverhältnis. Wirtschaftsüberwachung in gewerbepolizeirechtlicher Tradition und wirtschaftsverwaltungsrechtlichem Wandel, Tübingen 1992, S. 132: »System- oder schlicht Zusammenhang – wird nicht schon durch eine einfache Addition der einschlägigen Vorschriften hergestellt, sondern erst durch das Finden ihres gemeinsamen Nenners: ungleichnamige Vorschriften müssen gleichnamig gemacht werden, damit man dogmatisch mit ihnen rechnen kann.«

¹⁰ Das lässt sich nicht an den Gesetzestiteln ablesen: Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) v. 20. 12. 1988 (BGBl. S. 2477); Gesetz zur Sicherung

Das gilt auch für die jüngsten Änderungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG).¹¹ Es hat die bislang prägenden Strukturen der GKV nicht über Bord geworfen, also keinen Systemwechsel in dem Sinne eingeleitet, dass das sog. Natural- bzw. Sachleistungsprinzip als systemprägende Basisstruktur der GKV aufgegeben worden wäre.¹² *Strukturreform*, beim Wort genommen, ist etwas anderes als *Strukturrevision*, ist nicht Austausch bisher zugrunde gelegter Strukturen, sondern ihre Modifizierung unter Beibehaltung des gewordenen charakteristischen *Strukturkerns*, »Veränderung im Rahmen des bestehenden Systems«¹³. Das setzt Klarheit über den Gegenstand der Reformbemühungen voraus, macht es also erforderlich, die Strukturen der GKV in ihrer Eigenlogik verstanden zu haben, bevor man ihre Regelingestalt verändert. Eine Systematisierung, der es um Strukturgebung geht, zielt somit nicht auf das Nachzeichnen der äußeren Ordnung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) im Allgemeinen oder der Regeln zur Leistungserbringung im Besonderen ab. Wie viele Kapitel, Abschnitte und Titel die Normmengen des SGB V gliedern und welche Einteilungen der Normtext für die Leistungserbringung vorsieht, lässt sich anhand der Bestimmungen, die im Bundesgesetzblatt oder den einschlägigen Gesetzessammlungen abgedruckt sind, vergleichsweise leicht bestimmen. Der Arbeit am inneren System geht es um eine Rekonstruktion der tragenden Strukturprinzipien, anhand derer sich die Grund- und Detailfragen (auch) des Leistungserbringungsrechts als dem Herzstück des GKV-Rechts *de lege lata* besser als bisher lösen und *de lege ferenda* überzeugender als bislang gedacht reformieren lassen.¹⁴

und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. 12. 1992 (BGBl. I S. 2266), üblicherweise mit »GSG« abgekürzt; Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) v. 22. 12. 1999 (BGBl. I 2626). – Überhaupt lässt sich feststellen, dass die Geschichte der GKV eine Geschichte ihrer Reformen ist, s. dazu nur *Ursula Reucher*, Reformen und Reformversuche in der gesetzlichen Krankenversicherung (1956–1965). Ein Beitrag zur Geschichte bundesdeutscher Sozialpolitik, Düsseldorf 1999, S. 13: »Reformen hat es in der gesetzlichen Krankenversicherung seit ihrer Gründung im Jahre 1883 immer wieder gegeben.«

¹¹ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14. 11. 2003 (BGBl. I S. 2190–2258).

¹² Zutr. der Ministerpräsident des Landes Sachsen-Anhalt *Böhmer*, Stenographischer Bericht der 792. Sitzung des Bundesrats am 17. 10. 2003, S. 360 (C): »Das Gesetz bedeutet keinen grundsätzlichen Systemwandel.« Eine »grundsätzliche Neuausrichtung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung« vermisst am GMG auch die hess. Staatsministerin *Lautenschläger*, ebda., S. 387 (B). I. Erg. so auch die Bewertung von *Helge Sodan*, »Gesundheitsreform« ohne Systemwechsel – wie lange noch?, NJW 2003, 2581 (insb. 2584).

¹³ *Eike Wolgast*, Art. »Reform/Reformation«, in: Otto Brunner/Werner Conze/Reinhart Koselleck (Hrsg.), *Geschichtliche Grundbegriffe*, Bd. 5, Stuttgart 1984, S. 313 (344).

¹⁴ Allg. zur Unentbehrlichkeit solcher Strukturierungsarbeit *Winfried Brohm*, Kurzlebigkeit und Langzeitwirkung der Rechtsdogmatik, FS für Hartmut Maurer, München 2001, S. 1079 (1081ff., insb. S. 1083f.). Zu den Funktionen einer entwicklungs-offenen verwaltungsrechtlichen Systembildung *Thomas von Danwitz*, *Verwaltungsrechtliches System und Europäische Integration*, Tübingen 1996, S. 34ff., S. 40ff., S. 62ff.; *Matthias Schmidt-Preuß*, *Das Allgemeine des Verwaltungsrechts*, Festschrift für Hartmut Maurer, München 2001, S. 777 (778ff.).

Die auf das GKV-Recht bezogenen Systematisierungsbemühungen, die dem scheinbar »unsystematischen System«¹⁵ des sozialen Krankenversicherungsrechts, seiner vermeintlichen »Systemlosigkeit«¹⁶, gegen alle tatsächlichen oder vorgeblichen Widersprüche¹⁷ je neu Klarheit abzutrotzen suchen,¹⁸ können sich nicht auf den zu einem bestimmten Zeitpunkt nachweisbaren positiven Rechtsstoff beschränken. Täten sie es, ginge es schnell um bloße (Sozial-)Rechtszeitgeschichte, nicht um Dogmatik des geltenden Rechts. Die dogmatische Arbeit am inneren System muss, bei aller Konzentration auf das positive (Sozial-)Recht, immer auch das gesetzgebungspolitische Änderungspotential im Blick haben, sie muss Orientierungspunkte für das Verständnis des geltenden und – zumindest ergänzend – auch des werdenden Rechts markieren. Nur so kann sich Sozialrechtsdogmatik aus ihrer Verengung auf Gesetzeskunde befreien, jedem wertungsblinden Scheinpositivismus¹⁹ entgegentreten und kritische, d.h. genauer unterscheidende Rechtswissenschaft werden, die eben auch »legislative Rechtswissenschaft«²⁰ ist, also die Fortentwicklung des positiven Rechts bei aller primären Befassung mit ihm nicht aus dem Blick verlieren darf. Das folgt schon aus der über das jeweils positivrechtlich Gegebene hinausdrängenden Orientierungstendenz jeder Strukturgebung. Mit »Struktur« ist ein denkerisches Gerüst gemeint, das eine Rechtsmaterie, gemessen an ihrem dogmatischem Ist-Zustand, *pro futuro* stimmiger und konsistenter ordnet. Strukturbildung wird nicht zwangsläufig, aber doch häufig damit einhergehen, dass gewohnte Unterscheidungen aufgegeben und durch neue ersetzt werden müssen. Das Aufbrechen jener Betriebsblindheit, ohne die die Praxis nicht funktionieren würde, gehört zu den Erken-

¹⁵ Michael Stolleis, Historische Grundlagen – Sozialpolitik in Deutschland bis 1945, in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung/Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 1, Baden-Baden 2001, S. 199 (328) – allg. bezogen auf das »dichte soziale Netz des Wohlfahrtsstaats«.

¹⁶ Hans F. Zacher, Diskussionsbemerkung, in: Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hrsg.), Verhandlungen des 59. Deutschen Juristentages Hannover 1992, Bd. II (Sitzungsberichte), München 1992, N 172 (N 172); s. auch Michael Stolleis, Art. »Sozialrecht«, in: Adalbert Erler/Ekkehard Kaufmann (Hrsg.), Handwörterbuch zur deutschen Rechtsgeschichte, Bd. IV, Berlin 1990, Sp. 1730 (1731), der auf das Fehlen einer »inhärente(n) Systematik« hinweist.

¹⁷ Zu der »an Widersprüchen nicht armen Welt der Gesundheitspflege« Adolf Laufs, Arzt und Recht im Wandel der Zeit (1986), MedR 1986, S. 163 (170) = abgedr. in: Albin Eser (Hrsg.), Recht und Medizin, Darmstadt 1990, S. 387 (412).

¹⁸ »Ordnung in das Chaos zu bringen, ist eine Sisypchosarbeit, aber unerlässlich.« So Ruth Schimelpfeng-Schütte, Richtliniengesetzgebung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und demokratische Legitimation, in: Friedrich E. Schnapp (Hrsg.), Probleme der Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, Teil III, Frankfurt am Main 2000, S. 73 (73) = NZS 1999, 530 (530); s. auch Josef Isensee, Finanzverfassung und Sozialrecht, SDSRV 35 (1992), S. 7 (18): »Der Jurist, der im Sozialrecht von System redet, gerät entweder in den Verdacht der Ahnungslosigkeit oder des Umstürzertums.«

¹⁹ Zu dieser Dimension rechtswissenschaftlichen Arbeitens Joachim Gernhuber, Das Schuldverhältnis. Begründung und Änderung, Pflichten und Strukturen, Drittwirkungen, Tübingen 1989, S. Vf. (Vorwort), hier: S. V.

²⁰ Hugo Sinzheimer, Die Aufgabe der Rechtssoziologie (1935), in: ders., Arbeitsrecht und Rechtssoziologie. Gesammelte Aufsätze und Reden, hrsgg. von Otto Kahn-Freund/Thilo Ramm, Bd. 2, Frankfurt/Köln 1976, S. 85 (145).

nungszeichen rechtswissenschaftlicher Teilhabe an der Gestaltung des Rechts. Das »erschreckende Wirkungsdefizit der Sozialrechtswissenschaft in der Praxis«²¹ hält zwar dazu an, wenn irgend möglich Lösungen zu finden, die den von entlastenden Routinen bestimmten Verständnishorizont der sozialrechtlichen Praxis nicht über Gebühr auf die Probe stellen. Das Wissen um die begrenzte Beeinflussbarkeit der Praxis durch die (Sozial-)Rechtswissenschaft vermag diese gleichwohl nicht von ihrer Aufgabe zu dispensieren, über die Tragfähigkeit des allzu Selbstverständlichen aufs Neue nachzudenken und gegebenenfalls eine Rechtsmaterie unter neuen Vorzeichen zu rekonstruieren.

II. Das soziale Krankenversicherungsrecht als Thema des Öffentlichen Rechts

Die Strukturierungskraft der Wissenschaft vom öffentlichen Recht ist damit vielfältig herausgefordert. Das GKV-Recht ist eine Materie, über deren »Öffentlich-rechtlichkeit«²² seit den Anfängen ihrer Entstehung nur im Grundsatz kein Zweifel bestand.²³ Die genuin »verwaltungsrechtliche Problematik, die dem Sozial[recht] (...) innewohn[t]«²⁴, war zwar immer anerkannt. Inwieweit das Leistungserbringerrecht an dieser »öffentlich-rechtliche(n) Substanz«²⁵, dem »überwiegend staats- bzw. verwaltungsrechtlichen Charakter«²⁶ jedoch konkret teilhat, ist bis in die Gegenwart hinein umstritten geblieben. So unterstreicht der geltende § 69 SGB V den exklusiv öffentlich-rechtlichen Charakter auch des Leistungserbringungsrechts,²⁷ der die

²¹ *Bertram Schulin*, Einleitungsreferat, in: Sozialrechtswissenschaft – Sozialpolitik – soziale Praxis. Dokumentation eines Symposiums zu Ehren von Dieter Giese, zusammengestellt von Ralf Mullet und Manfred Wienand (Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge – Allgemeine Schrift 272), Stuttgart/Berlin/Köln 1995, S. 3 (5). S. auch *Bertram Schulin*, Einführung, in: *Bertram Schulin/Wolfgang Dreher* (Hrsg.), Sozialrechtliche Rechtsstatsachenforschung – Probleme und Perspektiven, Konstanz 1987, S. 17f. (17): »die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Sozialrechtspraxis« betonend.

²² *Lutz Richter*, Sozialversicherungsrecht, Berlin 1931, S. 131 (zum Leistungsanspruch des GKV-Versicherten); Richters Werk zählt zurecht zu den »Klassikern« dieser Materie (*Wolfgang Gitter*, Arbeit- und Sozialrecht an der Leipziger Juristenfakultät (Leipziger Juristische Vorträge Heft 1), Leipzig 1994, S. 27), wie *Richter* überhaupt als einer der Protagonisten bei der Dogmatisierung des Sozialversicherungsrechts in der Weimarer Zeit gelten kann, dazu *Mikešić*, S. 62ff., 80ff., 85f. (auch zur partiellen geistigen Kollaboration in der NS-Zeit). – Zum öffentlich-rechtlichen Charakter des Sozialrechts s. statt vieler *Fritz Fleiner*, Institutionen des Deutschen Verwaltungsrechts, 8. Aufl., Tübingen 1928, S. 49 (§ 4 I 1); *Georg Wannagat*, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. I, Tübingen 1965, S. 193ff.; *Friedrich E. Schnapp*, Sozialversicherungsrecht, in: Norbert Achterberg/Günter Püttner/Thomas Würtenberger (Hrsg.), Besonderes Verwaltungsrecht, Bd. II, 2. Aufl. Heidelberg 2000, § 26 Rn. 11; *Bertram Schulin/Gerhard Igl*, Sozialrecht, 7. Aufl., Düsseldorf 2002, Rn. 13.

²³ Zu diesen Debatten eingehend *Mikešić* (Fußn. 1), S. 145ff. m. w. N.

²⁴ *Ernst Rudolf Huber*, Wirtschaftsverwaltungsrecht, Bd. 1, 2. Aufl., Tübingen 1953, S. 51.

²⁵ *Eberhard Eichenhofer*, Die Rolle von öffentlichem und privatem Recht bei der Erbringung sozialer Dienstleistungen, SGB 2003, 365 (367).

²⁶ *Heinrich Rosin*, Das Recht der Arbeiterversicherung, Bd. 1, Berlin 1893, Vorwort, S. III (V). – Zu Rosins Rolle als Pionier des Sozialversicherungsrechts *Mikešić* (Fußn. 1), S. 40ff.

²⁷ Näher dazu Hauptteil, 1. Kap., 2. Abschn., 2. Unterabschn., C.I. (S. 211ff.).

früher vertretene Zuordnung weiter Teile des Leistungserbringungsrechts zum Privatrecht endgültig beendet hat. Man kann jedoch nicht behaupten, dass dies in den Konsequenzen schon vollständig verstanden wäre. Bereits Paul Laband konstatierte, das Recht der Arbeiterversorgung, das das GKV-Recht zunächst nur war, sei »nicht völlig dem Privatrecht entrückt«²⁸. Umgekehrt wurde von privatrechtlicher Seite aus – von Victor Ehrenberg, einem der Gründerväter des modernen Privatversicherungsrechts – betont, »(d)iese neuen Rechtsgebilde« – gemeint sind die Institutionen des neuen »Recht(s) der socialpolitischen Gesetzgebung« – »verlangen eine selbständige Darstellung, sie stehen dem, was man bisher als Versicherungsrecht zu bezeichnen gewohnt war, fremd und ungleichartig gegenüber.«²⁹ Die hierin anklingende, in den Anfängen der sozialversicherungsrechtlichen Dogmengeschichte mit Verve ausgetragene »Kardinaldebatte«³⁰ über die Abgrenzung zwischen privatem und öffentlichem Recht setzt sich bis heute, vor allem im Hinblick auf das Leistungserbringerrecht, fort.³¹

Nicht zuletzt aufgrund der zunächst dominierenden zivilistischen Beeinflussung gilt das Sozial(versicherungs)recht als öffentlichrechtlicher »Spätentwickler«³², der lange Zeit im Raum des öffentlichen Rechts nur eine Randrolle gespielt hat³³ und sie trotz einer zunehmend »stärkeren Dogmatisierung«³⁴ oft immer noch spielt. Dazu dürfte beigetragen haben, dass sich das Sozialrecht trotz aller voranschreitenden Publizifizierung im konkreten Detail durch starke Verbindungen zu den anderen Teilrechtsordnungen des Privat-³⁵ und auch des Strafrechts³⁶ auszeichnet, also Begriffe,

²⁸ Paul Laband, Das Staatsrecht des Deutschen Reiches, Bd. 3, 5. Aufl., Tübingen 1913, S. 290 a. E. (§ 82 II).

²⁹ Victor Ehrenberg, Versicherungsrecht, Erster Band, Leipzig 1893, S. 20.

³⁰ Mikešić (Fußn. 1), S. 145; zum Problem auch Felix Schmid (Fußn. 1), S. 189ff.

³¹ Näher unten Hauptteil, 1. Kap., 2. Abschn., 2. Unterabschn., C.I., insb. 2. (S. 216ff.). – Ein anderes problematisches Feld ist die Zuordnung des Verhältnisses zwischen Leistungserbringer und GKV-Versichertem, dazu Hauptteil, 1. Kap., 2. Abschn., 2. Unterabschn., B.I. (S. 195ff.).

³² Friedrich E. Schnapp, Geltung und Auswirkungen des Gesetzesvorbehalts im Vertragsarztrecht, MedR 1996, 418 (418): Sozialrecht als »verfassungs- und verwaltungsrechtlicher Spätentwickler«. Vom »verfassungsrechtliche(n) Spätentwickler« spricht auch Volker Neumann, Zur verfassungsrechtlichen Legitimation des untergesetzlichen Sozialversicherungsrechts. Zwei Habilitationsschriften im Vergleich, RsDE 50 (2002), 60 (60).

³³ Noch Ende der 1960er Jahre zählt ein Kenner des Sozialstaats das Sozialrecht zu den »neue(n) Rechtsprovinzen«, Ernst Forsthoff, Zur heutigen Situation einer Verfassungslehre (1968), in: ders., Rechtsstaat im Wandel. Verfassungsrechtliche Abhandlungen 1954–1973, 2. Aufl., München 1976, S. 202 (204).

³⁴ Hermann Butzer, Fremdstaaten in der Sozialversicherung. Zugleich ein Beitrag zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben für die Sozialversicherung, Tübingen 2001, S. V; ähnl. auch S. 28: »dringend notwendige Dogmatisierung des Sozialversicherungsrechts«.

³⁵ Bezeichnend die Qualifizierung des Sozialrechts als »öffentlich-rechtlicher Überbau auf privatrechtlicher Ebene«, Albrecht von Altröck, Der Standort der Sozialversicherung im Rechtsgefüge, Festschrift für Walter Bogs, Berlin 1959, S. 15 (15).

³⁶ Nicht ohne Grund hat Heinrich Rosin, einer der öffentlichrechtlichen Gründerväter der Dogmatik des Sozialversicherungsrechts, vom »socialpolitische(n) Strafrecht« gesprochen, das trotz des »überwiegend staats- bzw. verwaltungsrechtlichen Charakters« des Sozialversicherungsrechts nicht unbeachtet bleiben dürfe, Heinrich Rosin, Das Recht der Arbeiterversicherung, Bd. 1, Berlin 1893,

Denkfiguren und Wertungen rezipiert, überformt und umformt, die ursprünglich keinem genuin öffentlichrechtlichen Kontext entstammen.³⁷ Zur Rolle des Fremdling im öffentlichen Recht, der »ziemlich abgeschottet«³⁸ vom übrigen öffentlichen Recht ein Eigenleben führte, mögen auch Aspekte beigetragen haben, die nur wissenschaftssoziologisch erklärbar sind. Sie lassen sich vielleicht so zusammenfassen, dass es lange Zeit einer verbreiteten, stillschweigend gewussten Ansicht in der öffentlichrechtlichen Zunft entsprach, fachliches Renommee lasse sich nicht unbedingt mit Forschungen über eine von Praktikern dominierte Materie generieren, die ihre Wurzeln im Recht der »Armenunterstützung«³⁹ hat.⁴⁰ Dass ein führender Verwaltungsrechtler seiner Zeit, Walter Jellinek, die Reichsversicherungsordnung

Vorwort, S. III (V). – Man denke insb. an § 266a Abs. 1 StGB, zusf. hierzu *Panaris*, in: Alexander Ignor/Stephan Rixen (Hrsg.), Handbuch Arbeitsstrafrecht, Stuttgart u.a. 2002, Rn. 716 ff.

³⁷ S. *Mikešić* (Fußn. 1), S. 171 f.; dazu auch *Ulrich Becker*, Wahlfach Sozialrecht, JuS 1998, 90 (90 a. E.): »(D)as Sozialrecht (scheint) (...) zwischen den Grenzen zu stehen (...), welche Privatrecht und öffentliches Recht trennen.«

³⁸ *Ferdinand Kirchhof*, Sozialversicherungsbeitrag und Finanzverfassung, in: Friedrich E. Schnapp (Hrsg.), Finanzierungsfragen der Sozialversicherung – Am Beispiel des Arbeitsförderungsrechts, Frankfurt a. M. u. a. 2000, S. 11 (12). Ähnl. *Jürgen Winkler*, Die verfassungsrechtliche Legitimation der Bundesanstalt für Arbeit zum Erlaß arbeitsförderungsrechtlicher Anordnungen, Konstanz 1997, S. 2, der wegen der »hohen Komplexität und (...) Kompliziertheit« das Sozialrecht der ständigen »Gefahr der Isolation von den sonstigen Teilrechtsgebieten« ausgesetzt sieht. Zur Distanz gegenüber dem »verwaltungsrechtlichen ›Mainstream‹« auch *Ingwer Ebsen*, Das Sozialverwaltungsrecht im Spiegel der Rechtsprechung, Die Verwaltung 35 (2002), 239 (239).

³⁹ *Georg Meyer*, Lehrbuch des deutschen Verwaltungsrechtes, Teil I, 2. Aufl., Leipzig 1893, S. 93 (§ 24, 1); *Julius Hatschek*, Lehrbuch des deutschen und preußischen Verwaltungsrechtes, 7./8. Aufl., hrsgg. v. Paul Kurtzig, Leipzig 1931, S. 309 (§ 36 I); *Walter Jellinek*, Verwaltungsrecht, 3. Aufl., Berlin 1931, S. 535 (§ 23 III), s. auch ebda. S. 539 (§ 24 IV 2) zu dem »dem Almosen anhaftende(n) Makel«, der ein Grund für die Entstehung der Arbeiterversicherung gewesen sei, s. auch *Wolfgang Rüfner*, Einführung in das Sozialrecht, 2. Aufl., München 1991, S. 1 (§ 1 I); *Wilhelm Merck*, Deutsches Verwaltungsrecht, Zweiter Band, Berlin 1970, S. 1413. – Bezeichnenderweise stellte § 118 RVO klar, die Leistungen der GKV »sind keine öffentlichen Armenunterstützungen«, eine Klarstellung, der es nicht bedurft hätte, wäre der Unterschied allgemein anerkannt gewesen. Noch beredter ist die Vorgängernorm des § 77 KVG: Sie gibt die sachliche Nähe zur Armenunterstützung dadurch zu erkennen, dass sie die rechtssprachliche Ausdrucksweise der Fiktion bemüht: die aufgrund des KVG gewährten Leistungen, so heißt es, »gelten nicht als öffentliche Armenunterstützungen« (RGBl. 1892, S. 417 [461]; so schon in der urspr. Fassung des KVG, die noch als »Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter« firmierte, RGBl. 1883, S. 73 [100]). – Zum Unterschied von Armenfürsorge und GKV s. auch BSGE 47, 148 (151).

⁴⁰ Deutlich *Hans F. Zacher*, Die Lehre des Sozialrechts an den Universitäten in der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1968, S. 16, zu dem das Sozialrecht betreffenden Vorurteil, dass »das Soziale links ist, etwas für arme Leute, in dem man sich nicht engagiert, ohne in diesem oder jenem Sinne rot zu werden oder schon zu sein.« Zu den Wurzeln in der Armenfürsorge s. die Materialien in: Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik, I. Abteilung: Von der Reichsgründungszeit bis zur kaiserlichen Sozialbotschaft (1867 bis 1881), 7. Band: Armengesetzgebung und Freizügigkeit, 2 Halbbände, bearb. von *Christoph Sachße*, *Florian Tennstedt*, *Elmar Roeder*, Darmstadt 2000. – In ihren Anfängen waren die sozialen Sicherungssysteme, gemessen an den gewährten Leistungen, der Armenunterstützung weitaus näher als dies aus heutiger Sicht erscheinen mag. Man kann deshalb die Installierung sozialer Sicherungssysteme Ende des 19. Jahrhunderts mit Recht als »Grundlegung eines Systems sozialer Sicherung« qualifizieren, *Volker Hentschel*, Geschichte der deutschen Sozialpolitik (1880–1980). Soziale Sicherung und kollektives Arbeitsrecht, Frankfurt am Main 1983, S. 12 (Hervorhebung hinzugefügt).

(RVO), die vor Inkrafttreten des SGB V das GKV-Recht wesentlich normierte, als »Gesetz des armen Mannes«⁴¹ bezeichnete, besagt einiges über die Wahrnehmung der Materie in der öffentlichrechtlichen Zunft. Obwohl sich hier gerade in jüngster Zeit einiges geändert hat, wird das Sozial(versicherungs)recht bis in die Gegenwart als »eine schillernde, kaum fassbare Rechtsmaterie«⁴² im Themenspektrum öffentlichrechtlicher Forschung wahrgenommen mit allen Folgen, die die Rolle des »unelegant(en)«⁴³ Sonderlings impliziert. Die gegeneinander abgeschirmten Diskurse produzierten Ungleichzeitigkeiten⁴⁴ der positivrechtlichen Entwicklung und der dogmatischen Reflexion, die Denkfortschritte der jeweils anderen Seite nicht wahrnehmen, und auch die Denkdefizite der jeweils anderen Disziplin blieben so einander verborgen. Eingepuppt in den Kokon der Fiktion, die eigene Disziplin – hier das »wirkliche« öffentliche Recht, dort das spezialisierte Sozialrecht – erfasse das dogmatisch Ganze, wurde die unsichtbare, von Desinteresse und reziprokem Überlegenheitsgefühl gezogene innerwissenschaftliche Grenze nur selten überschritten.

Wenn die Wissenschaft vom Öffentlichen Recht wie alle grundlagentheoretisch informierte dogmatische Rechtswissenschaft ihren Gegenstand auf den Begriff bringen will, dann muss sie in der Lage sein, das, was *heute* mit der Öffentlichrechtlichkeit des GKV-Rechts gemeint ist, plausibel zu machen. Das setzt zunächst voraus, reflexionshemmende Berührungsgänge abzubauen und den Irrtum eines scheinbar zeitlos gültigen Kanons wahrhaft öffentlichrechtlicher Themen aufzugeben. Bei Lichte besehen, ist die Annahme eines Kanons ein Historizismus, der eine bestimmte disziplingeschichtliche Präferenz bei der Themenwahl zum Maßstab für die gesamte Geschichte des öffentlichen Rechts machen will. Von diesem Irrtum Abschied zu nehmen, verlangt freilich zuallererst den Willen zu glauben, dass es nicht »unpublizistisch«⁴⁵ ist, sein Erkenntnisinteresse den Normenwerken des Sozialgesetzbuches zuzuwenden, das über die einzelnen Bücher hinaus (SGB I–XII) aus einer Fülle spezieller Gesetzeswerke besteht, die als besondere Teile des SGB gelten (vgl. § 68 SGB I; früher Art. II § 1 SGB I a.F.). Und weiter setzt dies das Bewusstsein voraus, dass es keineswegs »öffentlichrechtlicher« ist, seine Zeit dem Atom-, Beamten-, Polizei- oder Baurecht zu widmen (so wichtig die Befassung mit diesen Materien fraglos ist). Gerade die Beschäftigung mit dem Leistungserbringungsrecht der GKV zeigt, dass der Begriff des Öffentlichrechtlichen ein Begriff in der Entwicklung ist,

⁴¹ Walter Jellinek, *Verwaltungsrecht*, 3. Aufl., Berlin 1931, S. 545 a.E. (§ 23 IV 2).

⁴² Jürgen Benkel, *Sozialrecht und Sozialgerichtsbarkeit im deutschen Rechtssystem*, NZS 2002, S. 617 (617); ähnl. Franz Knieps, *Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Politik, Wissenschaft und Praxis: Zur Wirksamkeit der Arbeit der parlamentarischen Enquête-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«*, Festschrift für Bernd Baron von Maydell, Neuwied/Kriftel 2002, S. 309 (310).

⁴³ Eberhard Eichenhofer, *Kollisionsnormen und Sachnormen im Internationalen Sozialrecht*, Festschrift für Bernd Baron von Maydell, Neuwied/Kriftel 2002, S. 203 (203).

⁴⁴ Hierzu grdl. Helmut Schulze-Fielitz, *Verwaltungsrechtsdogmatik als Prozess der Ungleichzeitigkeit*, *Die Verwaltung* 27 (1994), S. 277ff.

⁴⁵ Um die frühere – parallel zum Begriff der Zivilistik entwickelte – Bezeichnung der Wissenschaft vom öffentlichen Recht (Publizistik) aufzugreifen.

keine statische Bezugsgröße, sondern ein sich entwickelndes Konzept, das sich nicht in den traditionell hoheitlichen – gemeinhin fraglos als öffentlichrechtlich geltenden – Regelungsansätzen erschöpft, die im Übrigen bis heute auch zum GKV-Recht gehören.⁴⁶ Eine dogmatische Erfassung des GKV-Rechts muss auch die Ausweitung des Spektrums der Regelungsinstrumentarien reflektieren, die, wie das positive Recht belegt, durchaus öffentlichrechtlich sind, mag es auch im Blick auf andere, vermeintlich »klassische« Materien des öffentlichen Rechts ungewöhnlich erscheinen, insoweit das Prädikat »öffentlichrechtlich« zu verteilen. Eine Wissenschaft vom Öffentlichen Recht, die eine Wissenschaft des *ganzen* Öffentlichen Rechts sein will, nicht nur eine Wissenschaft einiger ausgewählter Materien, die zu Unrecht, nur kraft Herkommens und Gewohnheit, *pars pro toto* stehen, muss versuchen, für das Leistungserbringungsrecht der GKV ein konsistentes, Übersicht, Kritik und Entscheidungskraft ermöglichendes Verständnismodell zu formulieren, das sein Potential, Verständnis zu schaffen, gerade der Rückbindung an andere Materien des öffentlichen Rechts verdankt, deren Öffentlichrechtlichkeit, gewissermaßen wegen struktureller Affinität, auf das GKV-Recht »abstrahlt« und damit dessen Öffentlichrechtlichkeit unterstreicht. In diesen Bezugnahmen liegen Chancen der konzeptionellen Innovation. Das Leistungserbringungsrecht der GKV wird zum Referenzgebiet – man könnte auch sagen: zum Impulsgeber und »Attraktor« – öffentlichrechtlicher Forschung, nicht zuletzt, weil es sich als Forschungsfeld erweist, in dem sich Erträge der neueren verwaltungsrechtswissenschaftlichen Steuerungsdebatte fruchtbar machen lassen (dazu nachfolgend B.), und ferner, weil es sich als Gegenstand des Binnenrechtsvergleichs zum (öffentlichen) Wirtschaftsrecht anbietet, dessen Teil das Sozialrecht, namentlich das Sozialversicherungsrecht der GKV ist, denn mit dem Recht der Armenunterstützung, das das Sozialrecht einmal war, hat es kaum noch etwas zu tun (dazu nachfolgend C.).

B. Das Leistungserbringungsrecht der GKV als Referenzgebiet öffentlich-rechtlicher Forschung – Bezüge zur allgemein-verwaltungsrechtlichen Steuerungsdebatte der neueren Verwaltungsrechtswissenschaft

I. Systematische Unsicherheiten des Leistungserbringungsrechts als Grund rechtswissenschaftlichen Forschungsbedarfs

Das Leistungserbringungsrecht der GKV, das Vorbildfunktion für andere Leistungserbringerordnungen des Sozialrechts hat,⁴⁷ aber in jüngerer Zeit auch als Mo-

⁴⁶ Man denke beispielhaft nur an das Disziplinarrecht der Vertragsärzte, § 81 Abs. 5 SGB V.

⁴⁷ Das gilt insbesondere für das Leistungserbringerrecht des SGB XI. – Auch wegen dieser strukturprägenden Funktion des GKV-Leistungserbringerrechts kann man es zum »sozialrechtlichen Kernbereich« zählen, so Harald Hesral, Kapitel 1: Disziplinarverfahren – materielles Recht, in: Ale-

Sachregister

- »Abrechnungsbetrug« 351ff.
- Abrechnungsverfahren 293ff.
- Additive Grundrechtsbeeinträchtigungen (Berufsfreiheit) 333ff.
- Akademische Lehrkrankenhäuser (Grundrechte) 230
- Altenpflege 281
- Ambulante Versorgung
 - in Einrichtungen der Behindertenhilfe 385f.
 - Definition 375f.
 - Teilbereiche der 377ff.
- Ärztliche Versorgung 378ff.
 - besondere Genehmigungserfordernisse 287f., 389
 - fachärztliche Versorgung 388
 - hausärztliche Versorgung 388
 - hausarztzentrierte Versorgung 388f.
 - s. persönliche Leistungserbringung
- Ärztliches Berufsrecht 275, 289
- Allokation 27, 61ff., 72ff.
 - s. Fehlallokation
- Ambulante Rehabilitation 504ff.
 - SGB IX 506f., 511
 - s. Rehabilitation
- Anordnung
 - allgemein 285
 - im Verhältnis Vertragsarzt/Hebamme 460
- Anti-Stotter-Therapie 291
- Antrag im GKV-Recht 203ff., 207ff.
- Apotheker(berufs)recht 416
- Approbationsordnungen 276
- Arbeitstherapie 435, 507
 - s. ambulante Rehabilitation, Ergotherapie, Heilmittel
- Arzneimittel
 - Ausschluss von A. von der Versorgung 266f.
 - leistungsrechtliche Voraussetzungen 410ff.
 - Nutzenbewertung 411ff.
 - Patentschutz 234, 411
 - Versorgung mit 409ff.
 - s. Off-Label-Use
- Arzneimittelbudget 389f., 399
- Arzneimittelpreisrecht 419ff.
- Arztvorbehalt 279f., 292
- Aufsicht
 - s. Staatsaufsicht
- Auftragssperre (Arzneimittel) 426f.
- Augenoptiker 276, 434
- Bademeister, medizinischer 282
- Beamte
 - s. Heilfürsorge, freie
- Bedarfsplanung 279, 378ff., 401, 405f., 534ff.
- Bedarfsprüfung (unzulässige) 442f., 476ff., 482f., 496ff., 494ff., 508f., 515, 551ff.
- Befundbezogene Festzuschüsse
 - s. Zahnersatz-Versorgung
- Behandlung (Begriff) 158f., 196
- Behandlungsanspruch
 - s. Krankheit
- Behandlungsbedürftigkeit
 - s. Krankheit
- Behandlungsfähigkeit
 - s. Krankheit
- Behandlungsfehler 363
- Behandlung(sverhältnis)
 - Begriff 196
 - privatrechtlich 195ff.
 - sozialrechtliche Einflüsse 198
- Behandlungsverweigerung 172f.
- Behindertenbeauftragte 364ff.

- Behindertenhilfe
 - ambulante Behandlung in Einrichtungen der 385
- Behindertenrecht
 - Abgrenzungsprobleme Hilfsmittel 431f.
 - Modifikation der GKV durch das SGB IX 173ff.
 - s. ambulante, stationäre Rehabilitation
- Beihilfe 94ff.
- Beitragsrecht der GKV 73ff.
- Beitragsrückzahlung 139
- Beitragsstabilität 63, 75, 291
- Belastungsproben 507
 - s. ambulante Rehabilitation
- »Beleihung« des Vertragsarztes 201f., 208
- Bema (Einheitlicher Bewertungsmaßstab vertragsärztliche Versorgung)
 - s. Einheitlicher Bewertungsmaßstab
- Beobachtungspflicht von Normgebern 329ff.
- Berliner Abkommen 292
- Berufsfreiheit 50ff., 223ff., 329ff.
 - aktuelle Tendenzen 223ff., 583ff.
 - Beeinträchtigungen 257ff., 261ff., 266ff., 332ff.
 - Begründungspflichten von Normgebern 314ff., 326ff., 408
 - Bezüge zum Gleichheitssatz 256f.
 - EG/EWR-Ausländer 228
 - Eingriff durch Konkurrenz 270ff., 274
 - Gewährleistungsgehalt 227ff.
 - »gewährleistungsstaatliche« Umdeutung 235ff.
 - Grundrechtsverzicht 257f.
 - Kritik der »gewährleistungsstaatlichen« Umdeutung 239ff., 244ff.
 - persönlicher Gewährleistungsgehalt 227ff.
 - Preis(bildungs)freiheit 254ff., 328ff., 467ff. (Beispiel Hebammenhilfe)
 - Prozeduralisierung der Verhältnismäßigkeitsprüfung 314ff., 326ff.
 - Rechtfertigung von Beeinträchtigungen 301ff., 307ff.
 - sachlicher Gewährleistungsgehalt 230ff.
 - Selbstverständnis der Gesundheitsberufe 253f.
 - staatliche gebundene Berufe 251f.
 - Verhältnismäßigkeitsprüfung 307ff., 314ff.
 - Wettbewerbsfreiheit als Teil der 248ff., 261ff., 266ff.
 - s. Preis(bildungs)freiheit, Vertragsfreiheit
- Beschäftigungstherapie 428
 - s. Ergotherapie
- Bestimmtheitsgrundsatz 301ff.
- Betriebliche Gesundheitsförderung 573ff.
 - s. Prävention
- Betriebshilfe
 - s. Haushaltshilfe
- Bewirkungsverhältnis
 - s. Leistungserbringerrecht
- BGB 216ff.
 - s. Leistungserbringerrecht
- Binnenrechtsvergleich
 - s. Rechtsvergleich
- Biomedizinische Forschung 562
- Blindenhund 432f.
- Blindenführhund 432f.
- Blindenführhundschiule 433
- Bonus-Modelle 138
- Brille
 - s. Schhilfen
- Brustkrebsbehandlung 563
 - s. Disease-Management-Programme (DMP)
- Bundesausschuss
 - s. Gemeinsamer Bundesausschuss
- Compliance 171
- Datenschutz(recht)
 - s. Gesundheitsdatenschutz(recht)
- Diabetes 563
 - s. Disease-Management-Programme (DMP)
- Diätassistent/in 282, 429
- Diättherapie 429
- Diagnoseschlüssel 429 Fußn. 214, 510, 555
 - s. Diagnose-, Operationen- und Prozedurenschlüssel
- Diagnose-, Operationen- und Prozedurenschlüssel 289, 294, 510
- Dialyse 391, 429, 449f.
- DIMDI 294, 349f.

- Disease-Management-Programme (DMP) 87, 563ff.
- Disziplinarrecht 234, 294
- DRG 541ff., 543
- Diagnosis Related Groups (DRG) 543
s. Fallpauschalen(system)
- EbM
s. Evidenzbasierte Medizin
- EBM
s. Einheitlicher Bewertungsmaßstab
- Effektiver Rechtsschutz 183, 234 (Leistungserbringerrecht), 254 (GKV-Leistungsrecht)
- EG-Koordinations(sozial)recht S. 90
Fußn. 197
- EG-Recht 40ff., 279f., 334ff., 416f., 589f.
- E-Health 128ff.
- Eigeneinrichtungen der Krankenkassen 192ff., 483
- Eigentumsfreiheit 233
- Eigenverantwortung(sprinzip) 169ff.
- Eignung 476, 483, 527f.
– Facheignung 476
– Zuverlässigkeitseignung 476
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab 70, 289, 304f., 327, 393f.
- Elly-Heuss-Knapp-Stiftung
s. Müttergenesungswerk
- Empfängnisverhütung 149
- Entbindungspfleger(hilfe)
s. Hebammen(hilfe)
- Erforderlichkeit bundesgesetzlicher Regelung 298ff.
- Ergebnisqualität 288, 461
s. Qualitätssicherung
- Ergotherapie 282, 428, 435
- Ermächtigung (im Vertragsarztrecht) 381f.
- Erstattungsrecht
s. Kollisionsfolgenrecht
- Europäisierung des Gesundheitswesens 589
s. EG-Recht
- Evidenzbasierte Medizin (EbM) 158, 167, 289, 564f.
- Fallpauschalen (im Krankenhaus) 528ff., 541ff.
- Fallpauschalen (im Vertragsarztrecht) 64
- Fallpauschalensystem (im Krankenhaus) 329ff., 541ff.
- Fehlallokation 70ff.
- Festbeträge
– GKV-rechtlich 215, 422ff. (Arzneimittel), 430, 447f. (Hilfsmittel)
– verfassungsrechtlich 234, 235ff.
- Festzuschüsse, befundbezogene
s. Zahnersatz-Versorgung
- Finanzausgleichsrecht der GKV 84ff.
- Finanzierbarkeit der GKV 317ff.
- Förderung (finanzielle) 151f., 174, 363, 512, 575ff.
- Fortbildung
– allgemein 288ff.
– häusliche Krankenpflege 485f.
– Heilmittel 449ff.
– Vertrags(zahn)ärzte 391ff.
s. Weiterbildung
- Freier Beruf 233
- Freiwillige Versicherung 309 Fußn. 550
- Fremdkassenausgleich 65
- Früherkennung von Krankheiten 148
s. Prävention
- Funktionsfähigkeit der GKV 317ff.
- Fußpflege, medizinische 282, 288, 429
s. Heilmittel
- Gatekeeper, Arzt als 68
- GATS 42ff.
- G-DRG 543
- Gebietsstandard 289
- »Gegliedertes System« der GKV 72f.
- Gehilfe 262
s. Hilfsmittel
- Geldleistungen in der GKV 144ff.
- Gemeinsame Selbstverwaltung 344ff.
- Gemeinsamer Bundesausschuss 346f.
s. Rechtskonkretisierungskonzept
- Gender mainstreaming 333, 365
- Gen-Tests 157 Fußn. 176
- German Diagnosis Related Groups (G-DRG) 543
- Gesetzesleistung 154
- Gesetzgebungskompetenzen 295ff.
- Gesetzliche Rentenversicherung 92f.
- Gesetzliche Unfallversicherung 91f.
- Gesprächspsychotherapie 402

- Gesundheitsausgaben
 s. Gesundheitsmarkt
 Gesundheitsberufe
 – Begriff 279ff.
 – Rechtsstatsachen 112ff.
 Gesundheitsberufsfreiheit 50ff., 583ff.
 s. Berufsfreiheit
 Gesundheitsberufsrecht 276, 439
 Gesundheitsdatenschutz(recht) 134ff.,
 293f., 347f.
 Gesundheitshandwerk 276
 s. Handwerksrecht
 Gesundheitskarte, elektronische 128ff.
 Gesundheitsmarkt 99ff.
 – Gesundheitsausgaben 105ff., 111ff.
 – »Kostenexplosion« 109ff.
 – Rechtsstatsachen 104ff.
 Gesundheitsrechte, soziale 144ff.
 Gewährleistungsstaat
 – als Interpretament der Berufsfreiheit
 235ff.
 – Kritik 239ff., 244ff.
 – sozialstaatliche Grundrechtstheorie
 239ff.
 s. Berufsfreiheit
 Gewerberecht 274, 276, 427
 GKV-Leistungserbringerrecht
 s. Leistungserbringerrecht
 Gleichheitssatz 256f.
 Grundfreiheiten 341f.
 s. EG-Recht
 Grundrechtsausgestaltung 244ff.
 Grundrechtstheorie, sozialstaatliche 239ff.
- Haftungsmaßstäbe, privatrechtliche 198
 – Sozialrechtsakzessorietät 198
 Handwerksrecht 276, 406, 434, 443
 Häusliche Krankenpflege 480ff.
 – Nähe zur sozialen Pflegeversicherung
 481f.
 Hausärztliche Versorgung 388
 »Hausfrauen« 479
 Haushaltshilfe 474ff.
 – SGB XI als Anhaltspunkt 480
 Haushaltsrecht der GKV 77f., 277
 Health Maintenance Organisation (HMO)
 561
 Hebammen-Berufsrecht 458ff.
 Hebammen(hilfe) 55, 288, 455ff.
- Hebammenhilfe-Gebührenverordnung
 465ff.
 Heilberuf 281f.
 Heilergänzungsberuf 281f.
 Heilfürsorge, freie 94ff.
 Heilhilfsberuf 282f.
 Heilmittel(-Versorgung) 428ff.
 – im Krankenhaus 444f.
 – in Rehabilitationseinrichtungen (statio-
 nären) 444f.
 – in Vorsorgeeinrichtungen (stationären)
 444f.
 Heilpädagogen 441f.
 Heilpraktiker 280
 Herz-Kreislauf-Erkrankungen 563
 s. Disease-Management-Programme
 (DMP)
 Hilfsberuf 281f.
 Hilfsmittel(-Versorgung) 428ff.
 Hochschulambulanzen 382f.
 Hochschulrecht 276
 Hörgerät
 s. Hilfsmittel
 Hörgeräteakustiker 276, 406, 434
 Hörhilfe
 s. Hilfsmittel
 Honorarverteilungsmaßstab (HVM) 64
 Fußn. 24, 393f.
 Hospize 150ff.
 »Hospizgeld« 150ff.
 »Hospizgesetz« 151
- ICD-10 429 Fußn. 214
 s. Diagnoseschlüssel
 ICF 510, 555
 s. Diagnoseschlüssel
 ICIDH 510, 555
 s. Diagnoseschlüssel
 Informationsrecht
 s. Gesundheitsdatenschutz(recht)
 Inkontinenzhilfe 262
 s. Hilfsmittel
 Institut für das Entgeltssystem im Kranken-
 haus 351
 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
 im Gesundheitswesen 348, 411
 Integrierte Versorgung 560f.
 Internationales Sozialrecht
 s. EG-Koordinations(sozial)recht

- Interventionsstaat 17ff.
 s. Gewährleistungsstaat
- Kartellrecht 212, 214f.
- Kassenwechsel 82ff., 140
 s. Krankenkassenwahl
- Kassen(zahn)ärztliche (Bundes)Vereinigungen 344ff., 349f.
- Kernspintomographie 320 Fußn. 611
- Klinische Linguistik 439ff.
- Knappheit 66ff., 72ff.
- Kollisionsfolgenrecht 98ff.
- Kollisionssozialrecht 89ff.
- Konkretisierungskonzept
 s. Rechtskonkretisierungskonzept
- Konkurrentenklage 270ff.
- Kontaktlinsen 443
- »Kooperatismus« 585
- Korporatismus 585f.
- Korruption im Gesundheitswesen 351ff.
- Kostenerstattung 160f., 367ff., 589f.
 »Kostenexplosion«
 s. Gesundheitsmarkt
- Krankenbehandlung 146ff.
 – ärztliche Behandlung 146
 – Haushaltshilfe 147
 – kieferorthopädische Behandlung 146, 159, 162, 371
 – Krankenhausbehandlung 147
 – Rehabilitation, medizinische 147
 – sozialpädiatrische Leistungen 147
 – Soziotherapie 147
 – Versorgung mit Arzneimitteln 147
 – Versorgung mit Verbandmitteln 147
 – Versorgung mit Heilmitteln 147
 – Versorgung mit Hilfsmitteln 147
 – zahnärztliche Behandlung 146
 – Zahnersatz 146
- Krankengeld 144, 175
- Krankengymnastik 428, 454
 s. Heilmittel
- Krankenhäuser 533ff.
 – als Leistungserbringer 283
 – ambulante Behandlung in 384f., 541
 – ambulante Operationen 540f.
 – Aufnahme 163, 286
 – Einweisung 209f., 286
 – Entlassung 163
 – Heilmittelversorgung 444f.
 – nachstationäre Behandlung 540
 – vorstationäre Behandlung 540
- Krankenhausplan 274, 277, 534ff.
- Krankenkassen 78ff.
- Krankenkassenverbände 344ff.
- Krankenkassenwahl 82ff.
 s. Kassenwechsel
- Krankenpflege
 s. häusliche Krankenpflege
- Krankentransport 523ff.
- Krankenversichertenkarte 128ff.
 s. Gesundheitskarte, elektronische
- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) 97f.
- Krankheit
 – Behandlungsanspruch 159ff., 161ff., 164ff.
 – Behandlungsbedürftigkeit 156ff.
 – Behandlungsfähigkeit 157
 – Begriff 155ff.
 – Begriffsausweitungen (»disease mongering«) 156 Fußn. 164
 – schwere psychische Erkrankung (Soziotherapie) 490ff.
- Krebsvorsorgeuntersuchungen 148
- Kuraufenthalt 148
- Leistungen der GKV 146ff.
 – Gestationsvermeidung 149f.
 – Krankenbehandlung 146ff.
 – Krankentransport 525
 – Prävention 148
- Leistungserbringer
 – Definition 279ff., 284ff.
 – Verbände 360ff.
 s. Leistungserbringerrecht
- Leistungserbringerrecht
 – als Thema des öffentlichen Rechts 10ff.
 – Anspruchs begründung, -erfüllung, -durchsetzung 221ff.
 – Bewirkungsverhältnis 120
 – BGB als öffentlich-rechtliches Ergänzungsgesetz 216ff.
 – »Dreiecks-Modell« 119ff.
 – EG-rechtliche Einwirkungen 338ff.
 – Funktionen der Leistungserbringer 199ff., 203ff.
 – Grundstrukturen 119ff.
 – Leistungserbringerverhältnis 120

- Leistungsverhältnis 120
- öffentlich-rechtlicher Status der Leistungserbringer 211ff.
- Problemzugriff 53ff.
- Verhältnis des Leistungserbringers zum Versicherten 195ff.
- Versicherungsverhältnis 120
- Verträge, öffentlich-rechtliche 218ff.
 - s. Behandlungsverhältnis, Sachleistungsprinzip
- Logopädie 333
 - s. Heilmittel, Sprach-/Sprechtherapie
- Makroallokation 62f.
- Managed Care 561
- Markt
 - Begriffsklärungen 99ff.
 - formale Betrachtungsweise 99f.
 - s. Wettbewerb
- Marktverhalten
 - Ärzte 387ff.
 - allgemein 275, 286ff.
 - ambulante Rehabilitation 510f.
 - Arzneimittel 419ff.
 - Betriebshilfe 478f.
 - häusliche Krankenpflege 484ff.
 - Haushaltshilfe 478f.
 - Hebammen 457ff.
 - Heilmittel 445ff.
 - Hilfsmittel 445ff.
 - Krankenhäuser 537ff.
 - Krankentransport 529ff.
 - nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen 520ff.
 - Psychotherapeuten 402f.
 - Rehabilitationseinrichtungen (stationäre) 555f.
 - sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen 515f.
 - Soziotherapie 498ff.
 - Vorsorgeeinrichtungen (stationäre) 555f.
 - Zahnärzte 406ff.
- Marktverhaltenskontrolle
 - Ärzte 293, 397ff.
 - allgemein 275, 292ff.
 - ambulante Rehabilitation 512
 - Arzneimittel 426ff.
 - GKV-spezifisches Sanktionsrecht 294
- Betriebshilfe 479f.
- häusliche Krankenpflege 487
- Haushaltshilfe 479f.
- Hebammen 473f.
- Heilmittel 451ff.
- Hilfsmittel 451ff.
- Krankenhäuser 548f.
- Krankentransport 531f.
- nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen 522f.
- Psychotherapeuten 403f.
- Rehabilitationseinrichtungen (stationäre) 556f.
- sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen 516
- Soziotherapie 504
- Vorsorgeeinrichtungen (stationäre) 556f.
- Zahnärzte 409
- Marktwirtschaft
 - s. Markt, Wettbewerb
- Marktzugang
 - ärztliche Versorgung 378ff.
 - allgemein 274ff.
 - ambulante Rehabilitation 508f.
 - Arzneimittel 416ff.
 - Betriebshilfe 476ff.
 - häusliche Krankenpflege 476ff.
 - Haushaltshilfe 476ff.
 - Hebammen 455ff.
 - Heilmittel 428ff.
 - Hilfsmittel 428ff.
 - Krankenhäuser 534ff.
 - Krankentransport 526ff.
 - nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen 519f.
 - Psychotherapeuten 401
 - Rehabilitationseinrichtungen (stationäre) 551ff.
 - sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen 514f.
 - Soziotherapie 489ff.
 - Vorsorgeeinrichtungen (stationäre) 551ff.
 - Zahnärzte 405f.
- Massage
 - s. Heilmittel
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung 351

- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) 385ff., 397, 559
 Medizinprodukte 283, 284f., 415f.
 Mehrebenensystem des GKV-Rechts 40
 s. EG-Recht
 Mehrkosten
 s. Selbstbeteiligung
 Mehrleistung 154
 Meinungsfreiheit 234
 Mesoallokation 63ff.
 Methadon-Programme 391
 Mikroallokation 65f.
 Mitgliedschaftsrecht der GKV 82ff.
 Modellvorhaben 562
 MTA-Kraft 286
 Musiktherapie 282
 Müttergenesungswerk (MGW) 554
 Mutterschaftsgeld 144

 Nachbesserungspflicht von Normgebern 329ff.
 Naturalleistungsprinzip
 s. Sachleistungsprinzip
 Negativliste 411
 Neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden
 s. Rechtskonkretisierungskonzept
 Neuropsychologie 439ff.
 Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen 517ff.
 Niedergelassene (Vertrags-)Ärzte 378ff.

 Öffentliches (Sozial-)Recht
 – Wissenschaftlichkeit 1ff.
 – Zukunftsaufgaben der Wissenschaft vom 590ff.
 Öffentliches Wirtschaftsrecht
 – Begriff 31f.
 – Verhältnis zum Sozialrecht 44ff.
 Öffentliches Sozialwirtschaftsrecht
 s. Sozialwirtschaftsrecht
 Öffentlich-rechtlicher Vertrag 217f., 218ff.
 Ökonomie des Sozialen 25ff.
 Off-Label-Use
 s. Rechtskonkretisierungskonzept
 Operationenschlüssel
 s. Diagnose, Operationen- und Prozeduren-schlüssel

 Ordinationsgebühr 430 Fußn. 215
 Organisationsrecht der GKV 78ff., 339f., 344ff.
 Organspende
 s. Transplantation(sgesetz)
 Organtransplantation
 s. Transplantation(sgesetz)
 Orthopädiemechaniker 276, 406, 434
 Orthopädienschuhmacher 282, 434
 OTC-Arzneimittel 414

 Packungsgrößen (Arzneimittel) 425
 Patient
 – Behindertenbeauftragte 365f.
 – Beratungsstellen 363f.
 – Interessenvertretungen 187, 364
 – Patientenbeauftragte 364ff.
 – Unterstützung bei Behandlungsfehlern 363
 s. Versicherter
 Patientendatenschutz
 s. Gesundheitsdatenschutz(recht)
 Patientenorganisationen
 s. Patient
 Patientenorientierung 589
 Patientensouveränität 362ff.
 Persönliche Leistungserbringung 282f., 286, 388
 Persönliches Budget 145f.
 Personenbeförderungsrecht 276
 Pflege
 s. häusliche Krankenpflege
 Pflegebedürftigkeit 504ff.
 s. auch ambulante Rehabilitation
 Pflegeberufe 282
 Pflegeversicherung
 s. häusliche Krankenpflege
 Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in 281
 Pharmazeutische Großhändler 416ff.
 Pharmazeutische Unternehmen 416ff.
 Physikalische Therapie 428, 435
 Physiotherapie 282, 288, 333, 428, 454
 s. Heilmittel
 Podologie
 s. Fußpflege, medizinische
 Poliklinik
 s. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

- »Poliklinikisierung« (Trend zur) 559f.
- Positivliste 411
- Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) 96f.
- Prävention
 - Leistungen der 148, 388
 - Primärprävention 148, 549f., 567ff.
 - Sekundärprävention 148
 - Tertiärprävention 568
 - Zahnerkrankungen 148
- Präventionsgesetz 578ff.
- Praxisgebühr
 - s. Zuzahlungen
- Preis(bildungs)freiheit
 - grundrechtlicher Anspruch auf Anhebung der Vergütung 332
 - s. Berufsfreiheit
- Preisrecht der GKV
 - allgemein 290ff.
 - s. Arzneimittelpreisrecht, Festbeträge, Vergütung
- Primärprävention (Begriff) 568
- Privatautonomie 293
- Privatisierung des Gesundheits(kosten)risikos
 - s. Reprivatisierung des Gesundheits(kosten)risikos
- Privatrechtliche Haftungsmaßstäbe
 - s. Haftungsmaßstäbe, privatrechtliche
- PKV 142
- Priorisierung 168
- Private Krankenversicherung
 - s. PKV
- Prozeduralisierung der Verhältnismäßigkeitsprüfung 314ff.
 - s. Berufsfreiheit
- Prozeduren(schlüssel)
 - s. Diagnose, Operationen- und Prozedurenschlüssel
- Prozessqualität 288, 461
 - s. Qualitätssicherung
- Psychiatrische Institutsambulanzen 383
- Psychotherapeutische Versorgung 400ff.

- Qualitätssicherung
 - allgemein 288ff., 461f.
 - ambulante Rehabilitation 510f.
 - Arzneimittel 425f.
 - häusliche Krankenpflege 485, 486f.
 - Haushalts-/Betriebshilfe 479f.
 - Hebammen 461ff.
 - Heilmittel 449ff.
 - Hilfsmittel 449ff.
 - Krankenhäuser 538ff.
 - Krankentransport 529
 - nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen 522
 - Rehabilitationseinrichtungen 556
 - sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen 516
 - Soziotherapie 501ff., 503ff.
 - Vertragsärzte 391ff.
 - Vertragspsychotherapeuten 403
 - Vertragszahnärzte 407
 - Vorsorgeeinrichtungen 556
 - Zahntechniker 409
- Rahmenrechtskonzept
 - s. Rechtskonkretisierungskonzept
- Rationierung 27, 589
- Rationierungsverbot 164, 167ff.
- Rehabilitation, medizinische 92f.
 - s. ambulante, stationäre Rehabilitation
- Rechtskonkretisierungskonzept 176ff.
 - Anerkennung durch das GMG 179ff.
 - demokratietheoretische Vorbehalte 184ff.
 - neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden 188ff.
 - Systemmangel/Systemversagen 188ff.
 - Off-Label-Use 167, 190f.
- Rechtstatsachen 60 Fußn. 2, 105
 - s. Gesundheitsmarkt
- Rechtsvergleich
 - zwischen Sozialrecht und öffentlichem Wirtschaftsrecht 30ff.
- Reformperspektiven der GKV 588ff.
- Refraktionieren
 - s. Sehschärfenbestimmung
- Regelleistung 154
- Religionsfreiheit 228f.
 - s. Berufsfreiheit
- Reprivatisierung des Gesundheits(kosten)risikos 140ff., 589f.
- Rettungsdienstrecht 276, 529
- Richtgrößen 389ff.
- Risikostrukturausgleich 84ff., 563ff.
- RSA
 - s. Risikostrukturausgleich

- Sachleistungen in der GKV 144ff.
 Sachleistungsprinzip 121ff., 160f.
 – Vergütungsorientierung 122ff.
 Satzungsleistung 154
 Schiedswesen 350, 486
 Schnittstellenproblematik 89ff.
 Schuldenrecht der GKV 76f.
 Schutzimpfung 148, 154
 Schwangerschaftsabbruch 149, 387
 Sehhilfen 269f.
 Sehschärfenbestimmung 430
 Sektorerweiternde Versorgung 558f.
 Sektormodifizierende Versorgung 558f.
 Sektorübergreifende Versorgung 560ff.
 Sekundärprävention 568
 Selbstbehalt 139
 Selbstbeteiligung 369ff.
 Selbsthilfegruppen 575ff.
 Selbstregulierung 585f.
 s. Steuerungsdebatte im Verwaltungsrecht, Gewährleistungsstaat
 Solidarprinzip 169ff.
 Sondennahrung 160, 415
 Soziale Gesundheitsrechte
 s. Gesundheitsrechte, soziale
 Soziale Pflegeversicherung
 s. häusliche Krankenpflege
 Sozialer Wettbewerb
 s. Wettbewerb
 Sozialfinanzrecht 73ff.
 Sozialhilfe 93f.
 Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen 512ff.
 Sozialpädiatrische Leistungen 383f., 517ff.
 s. nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen
 Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) 383f., 517ff.
 Sozialrecht
 s. Sozial(versicherungs)recht
 Sozialstaatsprinzip 25ff., 308ff.
 – Entstehungsgeschichte 311ff.
 Sozial(versicherungs)recht
 – als Thema des öffentlichen Rechts 6ff.
 – und öffentliches Wirtschaftsrecht 44ff.
 – und ökonomisches Denken 36ff.
 Sozialverwaltungsrecht 13 Fußn. 67, 31
 Sozialwirtschaftsrecht 38, 590
 Soziotherapie 55, 289, 488ff.
 Sprachheiltherapie
 s. Heilmittel
 Sprachtherapie 435
 s. Heilmittel
 Sprechstundenbedarf 284
 Sprechstundenhilfe 286
 Sprechtherapie 435
 s. Heilmittel
 Staatlich gebundener Beruf
 s. Berufsfreiheit
 Staatsaufsicht 365
 Stationäre Rehabilitation 549ff.
 Stationäre Versorgung
 – Begriff 376, 506
 – Teilbereiche der 533ff.
 Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 351ff., 473f.
 Sterbegeld 144 Fußn. 103, 267f.
 Sterilisation 146
 Stimmtherapie 435
 s. Heilmittel
 Strafgesetzbuch 195
 Steuerungsdebatte im Verwaltungsrecht 16ff., 20ff.
 s. Gewährleistungsstaat
 Strukturierte Behandlungsprogramme 563ff.
 Strukturqualität 288, 461
 s. Qualitätssicherung
 Symbolisches Sozialrecht 587f.
 Systemmangel
 s. Rechtskonkretisierungskonzept
 Systemversagen
 s. Rechtskonkretisierungskonzept
 Teilstationäre Versorgung 506
 Telematik 133
 Tertiärprävention 568
 Therapiefreiheit 121, 253f.
 Transplantation(sgesetz) 168f., 276
 Typisierung grundrechtlich geschützter Interessen 328f.
 Überweisung 286f., 390
 Universitätskliniken (Grundrechte) 230
 Veränderungsrate 63, 291
 Verbandmittel 413f.
 s. Arzneimittel

- Vergaberecht 214f., 277ff.
 Vergütung
 – allgemein 290ff., 329ff.
 – ambulante Rehabilitation 509
 – häusliche Krankenpflege 485
 – Haushalts-/Betriebshilfe 478f.
 – Hebammen 464ff.
 – Heilmittel 446ff.
 – Hilfsmittel 437ff., 446ff.
 – Krankenhäuser 541ff.
 – Krankentransport 529ff.
 – Müttergenesungswerk 555f.
 – nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen 520ff.
 – Rehabilitationseinrichtungen (stationäre) 555f.
 – sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen 515f.
 – Soziotherapie 499ff.
 – Vertragsärzte 64f., 70, 290ff., 393ff.
 – Vertragspsychotherapeuten 402f.
 – Vertragszahnärzte 407f.
 – Vorsorgeeinrichtungen (stationäre) 555f.
 – Zahntechniker 408f.
 Vergütungsverzicht 121 Fußn. 10
 Verjährung von Vergütungsansprüchen 222f.
 Vermögensrecht der GKV 78
 Verordnung 285f.
 »Verschiebebahnhöfe« 89ff.
 Verschuldensprinzip 169ff.
 Versichertenanteil (kieferorth. Behandlung) 371
 Versicherter
 – Patientenberatungsstellen 363f.
 – Unterstützung bei Behandlungsfehlern 363
 s. Leistungserbringerrecht, Patient
 Versicherungsprinzip 169ff.
 Versorgung (Begriff) 158f.
 Vertragsärztliche Versorgung
 s. ärztliche Versorgung
 Vertragsfreiheit 293
 – strukturell ungleiche Verhandlungsstärke 333, 478, 500
 s. Berufsfreiheit
 Vertragspsychotherapeutische Versorgung
 s. psychotherapeutische Versorgung
- Vertragsrecht
 s. öffentlich-rechtlicher Vertrag
 Vertragszahnärztliche Versorgung
 s. zahnärztliche Versorgung
 Verträge, öffentlich-rechtliche
 s. öffentlich-rechtlicher Vertrag
 Verwaltungskosten der Krankenkassen 75f.
 Verwaltungswissenschaft
 s. Steuerungsdebatte im Verwaltungsrecht
 Vorläufiger Verwaltungsakt 207ff.
 Vorordnung des Marktzugangs/Markterhaltens
 s. Marktzugang, Marktverhalten
 Vorrang des Gesetzes 301ff.
 Vorsorgeeinrichtungen (stationäre) 549ff.
 Vorsorgeleistungen 549f.
 s. Prävention
- Weiterbildung
 – Heilmittelerbringer 449f.
 s. ärztliches Berufsrecht
 Welthandelsorganisation 42ff.
 Wesentlichkeitstheorie 305ff.
 Wettbewerb
 – Begriffsklärungen 99ff.
 – solidarischer/sozialer Wettbewerb 101ff., 317ff., 584f.
 – Versicherte im 137ff.
 Wettbewerbs(preis)freiheit 261
 s. Berufsfreiheit
 Wettbewerbsrecht 214f.
 Wirtschaftlichkeit(sgebot) 164ff., 166ff., 452, 462
 Wirtschaftlichkeitsprüfung (als Teil der Marktverhaltenskontrolle)
 – Abrechnungsverfahren als 469f.
 – allgemein 293f.
 – häusliche Krankenpflege 487
 – Hebammen 469f.
 – Heilmittel 451ff.
 – Hilfsmittel 452
 – sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen 516
 – Soziotherapie 504
 – Vertragsärzte 397ff.
 – Vertragspsychotherapeuten 403
 – Vertragszahnärzte 409

- Zahntechniker 409
- Wirtschaftlichkeitsreserven 75
- Wirtschaftsverwaltungsrecht 32
 - s. Öffentliches Wirtschaftsrecht
- WTO
 - s. Welthandelsorganisation
- Zahnärztliche Versorgung 404ff.
- Zahnersatz-Versorgung
 - Festzuschüsse, befundbezogene 152ff
- Zahntechnische Leistungen 281, 404ff.
- Zivilisationskrankheiten 563
 - s. Disease-Management-Programme (DMP)
- Zusatzleistungen (Hebammenhilfe) 471ff.
- Zusatz-Versicherung, private 140ff.
- Zuverlässigkeit
 - s. Eignung
- Zuzahlungen
 - keine Anspruchsvoraussetzung 172f., 373f.

