

1. Kapitel **Struktur und Akteure des deutschen Gesundheitswesens**

I. Verfassungsrechtliche Grundlagen

Der Auftrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik ist bereits in Artikel 20 GG und dem in Abs. 1 niedergelegten Sozialstaatsprinzip enthalten. Darüber hinaus ist in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG festgehalten, dass jeder Bürger der Bundesrepublik das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit besitzt. **1**

Das deutsche Gesundheitswesen ist aufgrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik sehr kompliziert geregelt. Art. 70 Abs. 1 GG regelt, dass die Bundesländer jeweils das Recht der Gesetzgebung innehaben, soweit das Grundgesetz nicht dem Bund spezielle Gesetzgebungsbefugnisse verleiht. Dies führt insbesondere in der Gesundheitsversorgung zu einem erhöhten Maß an Komplexität, da einerseits die Bürger einen möglichst einheitlichen Anspruch auf einzelne Teile der Gesundheitsversorgung haben, andererseits damit die Regelungsbefugnisse der Bundesländer nicht eingeschränkt werden sollen. In der Vergangenheit kommt es häufiger vor, dass bundes- und landesgesetzliche Regelungen kollidieren. **2**

Zum Bundesrecht gehören beispielsweise das Sozialgesetzbuch V (SGB V), das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), das Arzneimittelgesetz (AMG), das Heilmittelwerbegesetz (HWG), das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI), das Vergaberecht und Kartellrecht (GWB), um nur die Wichtigsten zu benennen. **3**

Hingegen gehören beispielsweise Vorschriften zum ärztlichen, zahnärztlichen, Apotheken- und psychotherapeutischen Berufsrecht zum Landesrecht. **4**

Auch das europäische Recht gewinnt immer mehr an Bedeutung, indem die EU verstärkt Verordnungen erlässt, die nicht erst der Umsetzung durch die einzelnen Mitgliedsstaaten bedürfen, sondern direkt ihre Geltung entfalten. Beispiele sind hierfür die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), die Medizinprodukte-Verordnung (Medical Device Regulation – MDR) und die Verordnung über In-vitro-Diagnostika (In vitro Diagnostic Medical Device Regulation – IVDR). **5**

II. Akteure im Gesundheitswesen

1. Patienten

- 6 Viele Regelungen im deutschen Gesundheitswesen unterscheiden sich nach der Art des Versicherungsstatus des Patienten. Dabei ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen sogenannten Kassenpatienten, beihilfeberechtigten Patienten, Privatpatienten bzw. Selbstzahlerpatienten. Die sogenannten Kassenpatienten sind gesetzlich krankenversichert, wohingegen beihilfeberechtigte Patienten im Dienst des Staates stehen und deren Krankheitskosten in der Regel zur Hälfte vom Staat (sog. „Dienstherr“) übernommen werden. Die andere Hälfte müssen die Beihilfeberechtigten aus der eigenen Tasche bezahlen, es sei denn, sie sind für diesen Teil privat krankenversichert. Privat Krankenversicherte zahlen die Krankheitskosten grundsätzlich erst einmal aus der eigenen Tasche und reichen diese Kosten dann ihrer Privatversicherung ein. Diese übernimmt – je nach Versicherungsvertrag – die Krankheitskosten anteilig oder im vollen Maße. Die sogenannten „Selbstzahler“ sind Patienten, welche keinen weiteren oder nur einen teilweisen Versicherungsschutz haben und insoweit die Krankheitskosten teilweise oder vollständig aus der eigenen Tasche zahlen.

2. Selbstverwaltung und Aufsichtsgremien

- 7 Dem Gesundheitswesen obliegt eine Besonderheit, da es von der sogenannten „Selbstverwaltung“ getragen wird. Dabei handelt es sich überwiegend um Körperschaften des öffentlichen Rechts, welche die Gesundheitsversorgung, sowie dessen Sicherstellung für die Bevölkerung regeln. Soweit die Regelungskompetenz den Bundesländern obliegt, steht die Gesundheitsversorgung unter der Aufsicht (Rechtsaufsicht) der zuständigen Landesbehörde – das ist zumeist das Sozialministerium. Dieses erlässt Gesetze und Verordnungen, die die Gesundheitsversorgung im jeweiligen Bundesland regeln oder regeln, wer ermächtigt wird, dies in eigenem Ermessen zu tun. Die zentrale Norm dabei ist das sogenannte Heilberufsgesetz (teilweise in einigen Bundesländern leicht unterschiedlich benannt¹). Dieses regelt, dass Heilberufe sich in Kammerstrukturen organisieren dürfen, welche Kompetenzen diesen zustehen und welche Aufgaben ihnen zukommen. Die Kammern regeln und organisieren auf dieser rechtlichen Basis ihr eigenes Berufsrecht (s. dazu Kapitel 3. – dazu unten Rn. 51 ff.) Derzeit sind Ärzte, Zahnärzte und Apotheker in Kammerberufen organisiert. Es steht zur Diskussion, dass künftig auch Pflege- und Therapieberufe (Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten) sich in Kammerstrukturen organisieren werden.
- 8 Für die ambulante Versorgung gesetzlich Krankenversicherter ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) – ebenfalls eine Körperschaft des öffentli-

1 z. B. in Bayern: Heilberufekammergesetz

chen Rechts – zuständig. Ihr obliegt der „Sicherstellungsauftrag“ der ambulanten ärztlichen Versorgung, sie verhandelt die zu verteilende Vergütung an die niedergelassenen Ärzte mit den Krankenkassen, sie lässt Vertragsärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zu (oder auch nicht), bestimmt Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringung und rechnet die Leistungen der Vertragsärzte mit den Krankenkassen ab.

2. Kapitel Die medizinische Behandlung

- 9 Die Regelungen der medizinischen Behandlung aus der Perspektive des Patienten unterteilen sich in zivilrechtliche und sozialrechtliche Aspekte, die im Folgenden dargestellt werden.

I. Zivilrechtliche Aspekte

- 10 Das wirksame Zustandekommen eines Behandlungsvertrages erfolgt zwischen dem Heilberufler auf der einen und dem Patienten auf der anderen Seite nach Maßgabe der Regelung zum Angebot und Annahme aus dem BGB¹. Ein zivilrechtlicher Behandlungsvertrag kommt zustande, unabhängig von der Frage, wer die Behandlungskosten erstattet. Insoweit kommt zwischen der Seite des Heilberuflers und dem Kassenpatienten auch immer ein privater Behandlungsvertrag zustande². Der Behandlungsvertrag mit dem Patienten kommt sowohl ausdrücklich als auch konkludent zustande, bedarf somit nicht immer einer ausdrücklichen (schriftlichen) Einwilligung des Patienten. Betritt beispielsweise ein Patient eine Praxis, muss er nicht ausdrücklich einen Behandlungsvertrag abschließen, wenn aus den Umständen hervorgeht, dass der Patient von dem Arzt eine Behandlung wünscht und der Arzt die Behandlung auch durchführt, damit der Vertragsschluss zwischen beiden konkludent zustande kommt.

11 1. Zustandekommen des Behandlungsvertrages

- 12 a) **Rechtsnatur des Behandlungsvertrages – ambulante Behandlung.** Der Behandlungsvertrag ist in den §§ 630a ff. BGB geregelt und somit ein besonderer Dienstvertrag. Sofern diese Vorschriften keine entgegenstehende Regelung enthalten, sind daher die Vorschriften des Dienstvertrags (§§ 611 ff. BGB), mit Ausnahme der arbeitsrechtlichen Regelungen, auf das Behandlungsverhältnis anzuwenden, vgl. § 630b BGB.

1 §§ 104 ff. BGB

2 BGHZ 47,57; BGHZ 76,259; BGHZ 89,25

§

§ 630a BGB Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

„(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“

Vor Einführung der Vorschriften in §§ 630a ff. BGB war umstritten, ob es sich bei dem Behandlungsvertrag um einen Dienstvertrag (§§ 611 ff. BGB) oder einen Werkvertrag (§§ 631 ff. BGB) handelt. Im Rahmen eines Werkvertrages schuldet ein Vertragspartner einen konkreten Tätigkeitserfolg, während bei einem Dienstvertrag nur die Tätigkeit an sich, nicht aber der Erfolg geschuldet wird. Der Gesetzgeber entschied sich zugunsten des Dienstvertrags³ und führte den Behandlungsvertrag ausdrücklich als besonderen Dienstvertrag ein. Nach dem Wortlaut des § 630a BGB schuldet der Behandelnde lediglich die „Leistung der versprochenen Behandlung“. Wegen der Komplexität der Vorgänge im menschlichen Körper, die durch den Menschen kaum beherrschbar ist, kann ein Erfolg der Behandlung im Allgemeinen nicht garantiert werden. Der Behandelnde wird somit nur zu einer fachgerechten Vornahme der Behandlung verpflichtet, schuldet aber grundsätzlich keinen Behandlungserfolg. Auch eine Sterilisation⁴ oder kosmetische Eingriffe⁵, wie Schönheitsoperationen, sind nicht prinzipiell erfolgsbezogen und unterfallen daher nicht dem Werkvertragsrecht.

Dennoch hängt die Qualifikation des Vertrags auch immer noch von der konkreten Parteienvereinbarung ab. Sie können somit im Einzelfall vereinbaren, dass ein Behandlungs- oder sonstiger medizinischer Erfolg geschuldet wird, sodass dann ein Werkvertrag nach § 631 BGB vorliegt. Für diesen greift dann das werkvertragliche Gewährleistungsrecht. Im Rahmen der Vertragsauslegung ist daher gegebenenfalls eine Abgrenzung vorzunehmen.

Auch gibt es Fälle, in denen ein vollständig kontrollierbarer Prozess Gegenstand des ärztlichen Leistungsversprechens ist, dessen Ablauf und Erfolg durch den Verpflichteten kontrolliert werden kann. Dies ist beispielsweise bei zahnlabortechnischen Arbeiten (z. B. technische Anfertigung einer Zahnprothese) der Fall, bei dem dann ebenfalls ein Werkvertrag anzunehmen ist. Der Einsatz dieser Produkte durch den Zahnarzt unterliegt hingegen wieder dem Behandlungsvertrag nach § 630a BGB.

3 BT-Drs. 17/10488, 17

4 BGH, Urt. v. 18.3.1980, Az.: VI ZR 247/78

5 OLG Köln, Urt. v. 17.9.1987, Az.: 7 U 58/87

- 16 Bei einem Behandlungsvertrag hat der vertraglich verpflichtete Arzt die von ihm geschuldeten medizinischen Leistungen im Zweifel in seiner Person zu erbringen. Dies ergibt sich aus:

§

§ 613 BGB Unübertragbarkeit

„Der zur Dienstleistung Verpflichtete hat die Dienste im Zweifel in Person zu leisten. Der Anspruch auf die Dienste ist im Zweifel nicht übertragbar.“

- 17 Die gesetzliche Regelung führt bei der Leistungserbringung häufig zu Problemen, da sich die Leistungserbringer oftmals nicht darüber bewusst sind, dass sie dem Patienten gegenüber die Leistung nur persönlich erbringen können und deshalb häufig die Leistung an weitere Leistungserbringer delegieren. Dies ist insbesondere in Krankenhäusern problematisch, was im Folgenden noch thematisiert werden wird.
- 18 Beim Abschluss des Behandlungsvertrages ist auf der Patientenseite die Geschäftsfähigkeit des Patienten zu beachten, da ansonsten der Vertrag nicht wirksam geschlossen werden kann (§ 131 BGB). Soll beispielsweise ein beschränkt Geschäftsfähiger (Minderjähriger) einen Behandlungsvertrag abschließen, dann ist die Einwilligung bzw. Genehmigung des gesetzlichen Vertreters notwendig. Dies gilt beispielsweise auch für volljährige Erwachsene, die jedoch beschränkt geschäftsfähig sind und denen beispielsweise ein Betreuer beigeordnet wurde. Ist dieser Betreuer für Gesundheitsangelegenheiten bestellt worden, muss eine Genehmigung des Betreuers als gesetzlicher Vertreter vorliegen, um wirksam den Behandlungsvertrag abzuschließen.
- 19 Für Heilberufler ist der wirksame Abschluss eines Behandlungsvertrages nicht nur für die Zahlung der Leistung von Bedeutung, sondern insbesondere kann es bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit des Patienten für sie strafrechtliche Folgen haben, da es insoweit an einer Einwilligung des Patienten im strafrechtlichen Sinne fehlt. Dazu Näheres wird unter zivilrechtlicher Haftung erläutert. Wurde eine medizinische Leistung an einem Jugendlichen oder beschränkt Geschäftsfähigen durchgeführt, ohne dass im Zeitpunkt der Maßnahme eine Einwilligung vorlag, gilt der Vertrag als schwebend unwirksam und kann im Nachhinein noch genehmigt werden. Darüber hinaus kann die Einwilligung beispielsweise in Notfällen auch ersetzt werden durch den sogenannten hypothetischen Willen (in dem Fall des gesetzlichen Vertreters), so dass Ärzte beispielsweise eine lebensrettende Maßnahme durchführen können, indem sie darauf vertrauen, dass dies auch im Sinne des gesetzlichen Vertreters war. Im Übrigen wären solche Maßnahmen auch aus dem Strafrecht selbst gerechtfertigt, da sich Ärzte andernfalls bei Notfällen auch wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar machen können.

b) Stationäre Behandlung. Der Krankenhausvertrag besteht aus einem zusammengesetzten, gemischten Vertrag aus miet-, dienst-, und werkvertraglichen Elementen. 20

Bei Krankenhausverträgen ist zu unterscheiden zwischen dem sogenannten „totalen Krankenhausaufnahmevertrag“ und dem „Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag“. Bei dem totalen Krankenhausaufnahmevertrag verpflichtet sich der Krankenhausvertragspartner gegenüber dem Patienten, alle stationären Leistungen inklusive der ärztlichen Leistungen, sowie der Leistungen zur Unterbringung und Verpflegung zu erbringen. Alleiniger Vertragspartner des Patienten ist insoweit das Krankenhaus, welches aufgrund dieses Vertrages selbst entscheiden kann, welche Personen die vom Krankenhaus insgesamt geschuldeten Leistungen erbringen. 21

Bei dem „Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag“ werden die grundsätzlichen Leistungen des Krankenhauses zur Unterbringung und Verpflegung über den Krankenhausaufnahmevertrag abgeschlossen, die ärztlichen Leistungen hingegen über den Arztzusatzvertrag. Der Arztzusatzvertrag beinhaltet jedoch in der Regel diejenigen ärztlichen Leistungen, die im Rahmen der Behandlung primär geschuldet werden. Weitere ärztliche Leistungen wie beispielsweise im Rahmen der stationären Bereitschaft oder Überwachung sind weiterhin Teil des Krankenhausaufnahmevertrages. 22

Diese unterschiedlichen Krankenhausaufnahmeverträge finden sowohl bei gesetzlich versicherten Patienten als auch bei Privatpatienten Anwendung. 23

Sämtliche Voraussetzungen für das Zustandekommen eines wirksamen Behandlungsvertrages finden auch im stationären Bereich Anwendung, wie unter a. (Rn. 266 ff.) beschrieben. 24

c) Überweisung. Soweit ein Patient von einem Heilberufler zum nächsten überwiesen wird, schließt der Patient beim neuen Heilberufler einen neuen Behandlungsvertrag. 25

Überweist ein Hausarzt seinen Patienten zu einem Facharzt, schließt der Patient mit beiden Ärzten einen jeweiligen, voneinander unabhängigen Vertrag. Dasselbe gilt für die Überweisung beispielsweise von einem Orthopäden zum Physiotherapeuten – auch hier schließt der Patient einen neuen Vertrag, wenn er sich bei dem Physiotherapeuten in Behandlung begibt, auch wenn die Therapie auf der Überweisung des Orthopäden aufbaut und in seiner Gesamtheit zur Therapieempfehlung des Orthopäden gehört.



Näheres zum Zugang zum Patienten siehe im 3. Kapitel unter I. (Rn. 51).

II. Sozialrechtliche Aspekte

1. Sachleistungsprinzip

- 26** Das Grundprinzip der Leistungsansprüche des Patienten gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung ist das sogenannte „Sachleistungsprinzip“ aus § 2 Abs. 2 SGB V. Darin sind sowohl medizinische „Sachen“ (wie beispielsweise Arznei- und Hilfsmittel), sowie medizinische Dienstleistungen (beispielsweise Arzt- und Zahnarztleistungen) enthalten. Der gesetzlich versicherte Patient (auch „Kassenpatient“ genannt) muss bei diesen Leistungen nicht finanziell in Vorleistung treten, sondern erhält die Leistungen über die Hingabe seiner Krankenversicherungskarte, welche durch die Leistungserbringer – soweit alle Kosten von der Krankenkasse übernommen werden – mit der Krankenkasse abgerechnet werden.
- 27** Eine Ausnahme zur Sachleistung stellen Zuzahlungen (beispielsweise für Arzneimittel) dar, die vom Patienten selbst finanziert werden müssen⁶.

§

§ 2 SGB V Leistungen

„(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.

(2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Die Leistungen werden auf Antrag durch ein Persönliches Budget erbracht; § 29 des Neunten Buches gilt entsprechend. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

(3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

⁶ z. B.: Zuzahlungsregelungen in §§ 61, 62 SGB V

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.“

Die gesetzlich Versicherten haben daher gem. § 2 Abs. 1 SGB V Anspruch auf alle Krankheits- und Gesundheitsleistungen, soweit diese die vorgenannten Voraussetzungen erfüllen. Grundsätzlich sind demnach keine Leistungen ausgeschlossen. Vielfach wird in diesem Zusammenhang der „Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen“ zitiert. Formal existiert dieser – auf Patientenseite – nicht, da es tatsächlich keinen wirklichen Leistungskatalog (z. B. im SGB V) gibt. Dieses Missverständnis leitet sich aus dem gesetzlichen Gebührenkatalog der Ärzte und Zahnärzte ab, der die (zahn-)ärztlichen Leistungen katalogisiert und entsprechend bepreist. Allerdings betrifft dies insoweit nur die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen. Viele innovative Leistungen sind allerdings in diesem Leistungskatalog noch nicht enthalten, so dass auf die allgemeinen Regelungen des SGB V zurückgegriffen werden muss.

§ 2 SGB V steht im Zusammenhang mit § 1 SGB V:

§ 1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und unter Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

Diese Regelung stellt das Grundprinzip des Gesundheitswesens im Hinblick auf die Beziehung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Versicherten, aber auch den Versicherten untereinander durch das Solidarprinzip dar. Dieses ist in den vergangenen Jahren immer stärker Gegenstand von Auseinandersetzungen geworden, da dies einerseits eine solidarische Finanzierung aller (auch der Gesunden) voraussetzt, aber andererseits auch einen solidarischen und damit verantwortungsvollen Umgang mit diesen Mitteln sowohl der Versicherten, die Leistungen in Anspruch nehmen, als auch derer, die diese erbrachten Leistungen bezahlt bekommen. In Zeiten von Raucherverboten, gesundheitsbewusster Ernährung und Lebensführung ist das Gegenteil des Einzelnen oftmals Gegenstand der Kri-

28

§

29

tik, da hierin die Grenzen einer solidarischen Verantwortung gesehen werden kann⁷. Dies drückt § 1 SGB V aus.

- 30** Für die Leistungserbringung auf der Basis des SGB V hat § 2 Abs. 1 SGB V bereits auf eine weitere tragende Säule des SGB V verwiesen, nämlich auf das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V.

§

§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

„(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.“

- 31** Grundsätzlich müssen alle Leistungen, die solidarisch aus dem SGB V in Anspruch genommen und daher finanziert werden, dem Grundsatz entsprechen, dass sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, sowie das Notwendige nicht überschreiten dürfen. Wenngleich dies keine allgemeine konkrete Definition einzelner Leistungen ist, ist jede erbrachte und in Anspruch genommene Leistung auf diese Kriterien zu überprüfen. Dieser Maßstab erhält auch die Flexibilität und Anpassungsmöglichkeit an Innovationen, wenngleich die Interpretation dieser Kriterien vielfach gerichtliche Auseinandersetzungen und Klärungsnotwendigkeiten nach sich gezogen hat. Wenngleich § 2 SGB V (in Verbindung mit § 33 SGB V) den Patienten einen Anspruch auf Kostenerstattung aller auf dieser Basis erbrachten Leistungen ermöglicht, schränkt § 12 Abs. 2 SGB V dies in Einzelfällen ein, indem die Kostenübernahme auch der Höhe nach begrenzt werden kann. Dies ist beispielsweise bei sogenannten „Festbeträgen“ der Fall, indem die Krankenkassen eine Leistung lediglich bis zu einer definierten Höhe tragen, der Versicherte einen darüber hinaus gehenden Preis jedoch selbst tragen muss.

⁷ s. auch: „Gesundheitsdemokratie – Zukunftsfähigkeit eines verantwortungsbewussten Gesundheitswesens“ kostenfrei unter www.medizinrecht.de