

**Hausarbeit im Modul 6**  
**Studiengang Medizinrecht (LL.M) / DIU Dresden**

**Einige kritische Erläuterungen zu den vertragsärztlichen  
Rechtsbeziehungen - zwischen Versicherten, Krankenkas-  
sen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzten  
unter besonderer Berücksichtigung der Begriffe  
'Sachleistungsprinzip' und 'öffentlich-rechtliche Derogation'**

Betreuer: Herr RA Sven Baumann, Leipzig

vorgelegt von: Dr. med. Astrid Oppolzer, Nürnberg

eingereicht: 6. Januar 2012

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>I. Historische Grundlagen bundesdeutschen Sozialrechts</b>	1
<b>II. Sozialrechtliche Beziehungen im Vertragsarztsystem</b>	4
1. Das vereinfachte Schema: das 'GKV-Viereck'	4
2. Das GKV-System unter sozialstaatlicher Kontrolle: die 'GKV-Pyramide'	5
a) GKV-Versicherte - Vertragsarzt	5
<i>Exkurs: die öffentlich-rechtliche Derogation</i>	7
b) GKV-Versicherte - Krankenkasse	8
<i>Exkurs: Sachleistungsprinzip</i>	10
c) Krankenkassen - Kassenärztliche Vereinigungen	12
d) Kassenärztliche Vereinigungen - Vertragsärzte	13
<b>III. Anmerkungen zum Verhältnis von Sozialrecht         und Verfassung</b>	14
Anhang: Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881 "... daß die Heilung der sozialen Schäden ..."	II
Literaturverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
Erklärung	V

## I. Historische Grundlagen bundesdeutschen Sozialrechts

'Staatssozialistische' Tendenzen im Bismarckschen<sup>1</sup> Entwurf für eine Sozialgesetzgebung im Kaiserreich werden nicht erst heute in der zeithistorischen Beurteilung<sup>2</sup> zu allererst als Kalkül seiner fortwährenden machtpolitischen Auseinandersetzung<sup>3</sup> mit den linksliberalen Parteien (und den erstarkenden Gewerkschaften) identifiziert. Industrialisierung und wirtschaftliche Hochkonjunktur der Gründerzeit (1871-1890) gingen mit Massenverelendung des Industrieproletariats und damit mit sozialen Spannungen einher<sup>4</sup>. Mit der gesetzlichen Sozialversicherung "sollte einerseits sozialen Unruhen und dem Sozialismus begegnet werden, andererseits sollte bereits bestehenden, freiwilligen Sozialversicherungen der Gewerkschaften und der kirchlichen Arbeiterverbände die wirtschaftliche Grundlage entzogen werden"<sup>5</sup>.

"Bismarck hatte den Bruch mit dem Wirtschaftsliberalismus nicht aus sozialpolitischen Gründen vollzogen, aber ohne diesen Bruch wäre er nicht als Sozialpolitiker in die Geschichte eingegangen. Den Boden für eine Politik, die *dem Staat die Aufgabe zuschrieb, soziale Gegensätze auszugleichen*, hatten Theoretiker wie Lorenz von Stein (...), aber auch enge Mitarbeiter Bismarcks (...) gelegt."<sup>6</sup> Von der politischen Schlagkraft seiner Strategie war Bismarck überzeugt<sup>7</sup>, doch konnte er seine Pläne - "das staatszentrierte und aus der Staatskasse finanzierte Versicherungsmodell"<sup>8</sup> - nicht ohne wesentliche Korrekturen durch das Parlament realisieren. Vor 130 Jahren, am 17. November 1881, erging durch Kaiser Wilhelm I. die 'Kaiserli-

<sup>1</sup> "Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen zu gewinnen, oder soll ich sagen zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ihretwegen besteht und für ihr Wohl sorgen möchte." Otto von Bismarck, Ges. Werke (Friedrichsruher Ausgabe) 1924/1935, Band 9, S. 195/196. (Internet-Auftritt des Bundesministeriums der Finanzen: 'Sozialversicherung')

<sup>2</sup> L. Gall, Th. Nipperdey, Gerhard A. Ritter, H.-U. Wehler, H.A. Winkler u.v.m.

<sup>3</sup> Gerhard A. Ritter, Der Sozialstaat, S. 23

<sup>4</sup> Raimund Waltermann, Sozialrecht, S. 24 Rn 42 ff

<sup>5</sup> Internetseite des Bundesministeriums der Finanzen / Glossar: 'Sozialversicherung'

<sup>6</sup> H. A. Winkler, Der lange Weg nach Westen, Band I, S. 250 (Hervorheb. durch Verf.)

<sup>7</sup> "Aber der Staatssozialismus paukt sich durch. Jeder, der diesen Gedanken wieder aufnimmt, wird ans Ruder kommen." Reichskanzler Otto von Bismarck am 26. Juni 1881, zitiert nach Winkler, a.a.O., S. 250.

<sup>8</sup> Manfred G. Schmidt, Sozialpolitik in Deutschland, S. 23

che Botschaft<sup>9</sup>, die die Grundlagen der Sozialgesetzgebung verkündete.<sup>10</sup> Nach H.A.Winkler jedoch war, was an Gesetzgebung während der 80er Jahre des vorletzten Jahrhunderts (1883 gesetzliche Krankenversicherung der Arbeiter, 1884 Unfallversicherungsgesetz, 1889 Invaliditäts- und Altersversicherung) umgesetzt wurde, "ungleich fortschrittlicher als Bismarcks Absichten"<sup>11</sup>. Das "qualitativ Neue" war der "individuelle Rechtsanspruch auf soziale Leistungen", wodurch "Gesellschaft und Staat in die Pflicht genommen" wurden; das Deutsche Reich sei dadurch zum "Pionierland der Sozialversicherung" geworden.<sup>11</sup>

"Die modernen Begriffe des Wohlfahrtsstaates oder Sozialstaates, die natürlich nicht den gesamten Charakter des Staates oder seiner Tätigkeit erfassen, werden vor allem aus der Frage nach den Aufgaben des Gemeinwesens abgeleitet."<sup>12</sup>

"Vor allem in West- und Mitteleuropa ist seit dem Zweiten Weltkrieg die ältere macht- und nationalstaatliche Legitimierung politischer Herrschaft durch eine sozialstaatliche ergänzt worden. Das gilt im besonderen Maße für die Bundesrepublik."<sup>13</sup> In Deutschland sei "die Kontinuität zwischen dem modernen Sozialstaat und dem älteren Wohlfahrtsstaat besonders deutlich"<sup>14</sup>.

Nach unterschiedlich langen Perioden totalitärer Gesellschaftsordnungen erfolgte - in Westdeutschland 1949, in Ostdeutschland ab 1990<sup>15 16</sup> - die Rückkehr zum mehrgliedrigen Sozialversicherungssystem Bismarckscher Prägung, natürlich unter Modifikationen, die bereits während der Weimarer Republik einsetzten und

<sup>9</sup> Kaiserliche Botschaft zur Eröffnung der V. Legislaturperiode des Dt. Reichstags am 17.11.1881 [www.reichstagsprotokolle.de/Blatt3\\_k5\\_bsb00018436\\_00051.html](http://www.reichstagsprotokolle.de/Blatt3_k5_bsb00018436_00051.html) - s. Anhang.

<sup>10</sup> mit der "folgenreichen Grundentscheidung zugunsten einer Sozialpolitik (...), deren Finanzierung und Leistungserbringung vorrangig an der abhängigen Erwerbsarbeit ansetzten." (Schmidt, a.a.O., S. 24)

<sup>11</sup> Winkler, a.a.O., S. 250 f

<sup>12</sup> Ritter, a.a.O., S.2/3

<sup>13</sup> Ritter, a.a.O., S.4

<sup>14</sup> Ritter, a.a.O., S. 22

<sup>15</sup> Wegen des Beitrittes der ostdeutschen Länder zur Bundesrepublik unter weitgehender Übernahme der westdeutschen Gesellschaftsstruktur und Sozialordnung (via Art. 23 GG a.F.) wird, nicht nur aus Platzgründen, auf einen Exkurs zur Entwicklung des DDR-Gesundheitswesens verzichtet, gleichwohl soll erwähnt werden, wie erstaunlich derzeitige Entwicklungen im ambulanten Versorgungswesen (MVZ) an DDR-Polikliniken erinnern.

<sup>16</sup> Ritter, Der Preis der deutschen Einheit (Kap.11.4.3 'Krankenversicherung und Gesundheitswesen') S. 327 ff

sich nun seit dem 'Gesundheitsstrukturgesetz' (1.1.1993) der Ära Seehofer in kaum mehr nachvollziehbarer Geschwindigkeit abspielen.<sup>17</sup> Grundsätzlich hat sich am Prinzip des öffentlichen Sozialversicherungssystems jedoch nichts Entscheidendes gewandelt: aus dem 'staatssozialistischen' Ansatz der Bismarckschen Anfänge wurde die - je nach Versicherungsart unterschiedlich stark - staatlich subventionierte (Art. 120 Abs. 1 S. 4), öffentlich-rechtliche (Zwangs-)Sozialversicherung - mit den Prinzipien 'Solidarität' und 'Eigenverantwortung' in der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V §1) bzw. des 'Generationenvertrages' in der Rentenversicherung (SGB VI).

Das bundesrepublikanische Sozialrecht gilt anders als das obrigkeitsstaatliche des Deutschen Reichs und das 'volksgenossenschaftliche' der NS-Diktatur<sup>18</sup> als demokratisch legitimiert und bezieht seine Rechtfertigung aus dem Sozialstaatsprinzip, welches sich interpretatorisch aus Art. 20 Abs. 1 GG (iVm Art. 28 Abs.1 GG) ergeben soll.<sup>19</sup> Im Schlussteil wird - gerade im Hinblick auf künftige, höchstwahrscheinlich noch drastischere Einschnitte - noch ein (verfassungsrechtlich-)kritischer Blick auf das staatliche Gesundheitssystem heutiger Ausformung legitimierende Sozialstaatsprinzip zu werfen sein. Die sozialrechtlich ausformulierten<sup>20</sup> Wechselbeziehungen zwischen den Beteiligten - Sozialversicherung, Bürger / Versicherte, Leistungserbringer - werden nachfolgend am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für den ambulanten Versorgungsbereich (innerhalb der Kollektivverträge) erläutert werden. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich weiterhin um eine Pflichtversicherung (SGB V § 5)<sup>21</sup>, die ca. 90 % der bundesdeutschen Bevölkerung einschließt (zur Versicherungsfreiheit § 6 Abs. 6, 7); entsprechend hohe politische Bedeutung wird dem Funktionieren des Gesundheitssystems beigemessen.<sup>22</sup>

<sup>17</sup> ausführlich Laufs/Kern/Dieter Krauskopf, Handbuch des Arztrechts, § 22 Rn 12-49 und Gernot Steinhilper, § 23 Rn 44-54 sowie Rn 90-99; Johannes Arnade, Kostendruck u. Standard, S.16 ff

<sup>18</sup> zur "kontroversen Wertung der NS-Sozialpolitik" vgl. M.G. Schmidt, a.a.O., S.60 ff

<sup>19</sup> vgl. kritisch Paul Tiedemann, Das Sozialstaatsprinzip der deutschen Verfassung

<sup>20</sup> Gemäß Art. 74 Abs.1 Nr. 12 GG (konkurrierende Gesetzgebung) liegt zwar beim Bund die Gesamtzuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung als Teil der 'staatlichen Daseinsvorsorge', allerdings gibt es keine generelle Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Gesundheitswesen. vgl. Ratzel/Luxenburger/Rudolf Ratzel, Handbuch Medizinrecht § 4 Rn 1

<sup>21</sup> Waltermann (a.a.O.), S. 26 Rn 47

<sup>22</sup> M.G. Schmidt, S. 12: "Auch wahlpolitisch ist die Sozialpolitik ein erstrangiger Machtfaktor"

## II. Sozialrechtliche Beziehungen im Vertragsarztsystem

### 1. Das vereinfachte Schema: das 'GKV-Viereck'

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben sich über die grundlegende Arzt-Patient-Beziehung hinaus schon sehr bald - und angesichts der gewählten Konstruktion fast notwendigerweise<sup>23</sup> - weitere Wechselbeziehungen etabliert, die zum besseren Verständnis oft bildlich als 'GKV-Viereck'<sup>24</sup> dargestellt werden: In diesem vereinfachten Schema stehen jeder der beiden Hauptakteure, Arzt und Patient, seinerseits bereits in einem weiteren Vertragsverhältnis innerhalb des Gesundheitssystems; der Patient zu seiner Krankenkasse (KK), der Vertragsarzt zu seiner regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Nur letztere, nicht der einzelne Vertragsarzt, erhält für erbrachte Leistungen das fällige Honorar<sup>25</sup> von den KKen - im GKV-System jedoch in Form einer (mengengesteuerten, 'gedeckelten') Gesamtvergütung.

Dieses GKV-Viereck-Schema tendiert dazu, *den* essentiellen Faktor des GKV-Systems nicht adäquat zu repräsentieren, denn die Vertragsverhältnisse unterliegen nicht etwa 'nur' dem BGB-Vertragsrecht<sup>26</sup>, sondern vorrangig (und öfters kollidierend) der sozialrechtlichen Gesetzgebung, zwischenzeitlich kodifiziert in dem zwölfbändigen Sozialgesetzbuch; die Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung sind im V. Buch (Öffentliches Gesundheitswesen) niedergelegt.<sup>27</sup>

Jede Einzelne der genannten GKV-Vertragsbeziehungen - eben *alle* unter sozialrechtlichen Prämissen - unterliegt unmittelbar dem sozialrechtlichen Durchgriff.

<sup>23</sup> Ratzel/Luxenburger/Hartmannsgruber, Handbuch Medizinrecht, § 7 Rd.7-8; Krauskopf, a.a.O., § 22 Rn 1-11

<sup>24</sup> Laufs/Kern/Thomas Clemens, Handbuch des Arztrechts, § 24, Rn 32-36

<sup>25</sup> Ersetzt man in diesem noch vereinfachten Schema 'KV' durch 'privatärztliche Verrechnungsstelle', *scheint* fast nichts Ungewöhnliches vorzuliegen: Der Arzt bedient sich eines Dienstleiters (Verrechnungsstelle), während der Patient/Versicherungskunde das Arzthonorar von seiner Krankenversicherung an die Verrechnungsstelle auszahlen läßt, die wiederum leitet das erwirtschaftete Arzteinkommen an den Arzt weiter.

<sup>26</sup> vgl. Exkurs zur öffentlich-rechtlichen Derogation

<sup>27</sup> Fortan beziehen sich, soweit nicht anders bezeichnet, Paragraphenangaben auf das SGB V.

Diese mächtige Einflussgröße, die wichtigste Determinante<sup>28</sup> im System, deutlich zu machen, gelänge nur durch eine 'pyramidenartige' Figur (gewissermaßen in 3D), an deren Spitze das Sozialrecht steht. Der Vorschlag, diese Wechselbeziehungen als „Fünfeckverhältnis“<sup>29</sup> zu illustrieren, klingt geradezu verharmlosend.

## 2. Das GKV-System unter sozialstaatlicher Kontrolle: die 'GKV-Pyramide'

### a) GKV-Versicherte - Vertragsarzt

Rechtlich ist die Arzt-Patient-Beziehung zunächst tatsächlich als Dienstvertrag<sup>30</sup> (§ 611 BGB) mit stillschweigend vereinbartem Vergütungsanspruch (§ 612 BGB) zu charakterisieren, zumal aus diesem Behandlungsvertrag haftungsrechtliche Pflichten für den Arzt resultieren<sup>31</sup>; durch die Behandlungsübernahme entsteht für den Vertragsarzt die Verpflichtung zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts (explizit § 76 Abs 4).

Die im GKV-Recht vorgesehene und gesetzlich angeordnete Schuldbefreiung - die öffentlich-rechtliche Derogation<sup>32</sup> (s.u.) - enthebt den Leistungsempfänger seiner ursprünglichen Vertragsverpflichtung, nämlich der Honorarbegleichung.

Der nun als "sozialrechtlicher Vergütungsanspruch des Vertragsarztes"<sup>33</sup> (gem. § 85 Abs. 1-4a) von der KK des Patienten an die für den Vertragsarzt zuständige KV zu überweisende Betrag - als Teil der 'morbiditybedingten Gesamtvergütung' (§ 87a) - ist keine Einzelleistungshonorierung (wie in der GOÄ<sup>34</sup>) mehr, sondern stellt in sich eine facharztgruppenspezifische Mischkalkulation dar.

Honoraransprüche des Vertragsarztes entstehen allerdings nur gegenüber seiner

<sup>28</sup> Astrid Wallrabenstein, Versicherung im Sozialstaat, zeichnet die Diskussion um den Doppelcharakter - teils Versicherung, teils 'von jeher auch ein Stück staatlicher Fürsorge' (BVerfGE 11, 105 ff, 114 nach (173 ff). Aus dem Doppelcharakter resultiere die Doppelfinanzierung.

<sup>29</sup> Heinemann/Liebold/Zalewski zit. nach Karl Hartmannsgruber, a.a.O., § 7, Rn. 585 Fn 801

<sup>30</sup> Laufs/Katzenmeier/Lipp, Volker Lipp, Arztrecht, S. 60 f/Rn.1-3 und S.82 f/Rn. 49-50

<sup>31</sup> statt vieler Johannes Arnade, Kostendruck und Standard

<sup>32</sup> Derogation - '*lex posterior derogat legi priori*' - meint juristisch eigentlich die Ersetzung eines Rechtssatzes durch ein späteres Gesetz, ohne ihn vollständig zu beseitigen. Fundstelle: ZEIT-Lexikon, 2005, Band 03, S.314

<sup>33</sup> Lipp, a.a.O., S. 82 Rn. 49

<sup>34</sup> Gebührenordnung für Ärzte, nach der die Privatliquidation erfolgt.

KV, nicht dem einzelnen GKV-Patienten (oder seiner KK) gegenüber, so dass der GKV-Versicherte ohne wesentliche Kostenbelastung - abgesehen von den nun eingeführten Zuzahlungen (§ 28 Abs. 4, § 61), die rechtlich einer Zuzahlung zum Kassenbetrag entsprechen - medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen kann. Die durch ihn veranlassten Kosten bleiben dem Leistungsempfänger in der Regel aufgrund des Sachleistungsprinzips (s. II.2.b) jedoch meist verborgen (zumindest ohne aktives Nachfragen seinerseits).

Andererseits wirken sich auf das unmittelbare Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis die sozialrechtlich verfügbaren - durch untergesetzliche Normen via rechtsverbindlicher Beschlüsse des G-BA<sup>35</sup> - Einsparungsmaßnahmen oft außerordentlich belastend aus. Einschnitte in die Therapiefreiheit, beispielsweise Beschränkungen von Verordnung 'teurer' Medikamente (oder von Heilmitteln), sind u.a. seit Verabschiedung des AVWB<sup>36</sup> gesetzlich sanktioniert. Das generelle Wirtschaftlichkeitsgebot (explizit § 12) schlägt mit der Folge zunehmender Unzufriedenheit (patientenseitig) und rechtlich-ethischer<sup>37</sup> Verunsicherung (arztseitig) voll auf den Praxisablauf durch; die Arbeitszufriedenheit leidet.<sup>38</sup>

Auf einen weiteren kostenträchtigen Gesichtspunkt, den der "Defensivmedizin"<sup>39</sup> im Zusammenhang mit haftungsrechtlichen Fragen, hat Katzenmeier<sup>40</sup> hingewiesen: "Vor dem Hintergrund weiterer wirtschaftlicher Beschränkungen kann die Sicherstellung des medizinischen Standards nicht mehr allein Aufgabe der Leistungserbringer sein, sondern bedeutet immer mehr eine Herausforderung an die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik." "Dennoch ist es eine Binsenweisheit, dass ärztlicher Standard und sozialrechtliche Vorgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung Diskrepanzen aufweisen können."<sup>41</sup> Ob

<sup>35</sup> Gemeinsamer Bundesausschuß, oberstes einheitliches Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen mit Richtlinienkompetenz für den GKV-Leistungskatalog

<sup>36</sup> Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (26.4.2006) - vgl. Arnade, S. 27 f

<sup>37</sup> G. Marckmann, Ethische Grundlagen der Priorisierung im Gesundheitswesen

<sup>38</sup> C. Fuchs, Demografischer Wandel und Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen, Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:435; Stefan Huster et al., Implizite Rationierung als Rechtsproblem, MedR (2007) 25:704

<sup>39</sup> Arnade, a.a.O., S. 13

<sup>40</sup> Laufs, Katzenmeier/Lipp/Christian Katzenmeier, X (Arztfehler und Haftpflicht), Rn 36-38

<sup>41</sup> Kern, Bernd-Rüdiger, MedR 2004, Heft 6: 300-303



im Haftungsrechtsstreit (vor den Sachverständigen) die von Kern et al. vorgeschlagene Unterscheidung zwischen 'ausreichendem' und 'optimalem' medizinischen Standard als 'Korridor' sachdienlich und hilfreich ist, braucht hier nicht diskutiert zu werden; alleine das mentale Gefühl der Verunsicherung und Bedrohtheit speziell für freiberuflich tätige Ärzte (durch sozialrechtliche oder mögliche haftungsrechtliche Abstrafung) ist kontraproduktiv für eine sachgerechte, rationale, aber ebenso für die zurecht geforderte empathische Therapieentscheidung im wohlverstandenen Interesse des einzelnen Patienten.

### **Exkurs: Die öffentlich-rechtliche Derogation**

"Aus dem **Sachleistungsprinzip** folgt, dass der aus dem zivilrechtlich geschlossenen **Behandlungsvertrag** zwischen Arzt und Patienten resultierende Anspruch auf Honorierung der ärztlichen Leistung letzten Endes kraft öffentlich-rechtlicher Derogation von der zuständigen Krankenkasse zu tragen ist."<sup>42</sup> Unmittelbarer Vertragspartner ist für den Vertragsarzt seine KV (s. Abschnitt II.2.d) und nur mittelbar die KK (aufgrund der nach § 85 geschlossenen Gesamtvergütungsverträge). Möglich wird eine solche Verlagerung der Zahlungsverpflichtung über den *öffentlich-rechtlichen Charakter* der GKV. Zum besseren Verständnis der Konsequenzen sozialrechtlicher ('sozialstaatlicher') Regelungen sei hier auf eine staatsrechtliche Erläuterung von Möllers Bezug genommen: "Denn die Unterscheidung von Staat und Gesellschaft bleibt bis heute, jedenfalls in einer rechtswissenschaftlichen Fassung, die akzeptiert, dass staatliches Handeln anderen rechtlichen Bindungen unterliegt als privates, für die Dogmatik des öffentlichen Rechts ein notwendiger Anknüpfungspunkt."<sup>43</sup> Unter Hinweis auch auf das Sozialrecht stellt Möllers weiter fest: Die "Kategorie des «Öffentlichen» als eines Vermittlungsbegriffs zwischen staatlicher und privater Organisationsform" werde seit Mitte der sechziger Jahre zunehmend wichtiger. "Die Kategorie hat bis heute ihre Bedeutung bewahrt, um Arrangements im positiven Recht zu bezeichnen, deren Zuordnung zwischen staatlichem und privatem Handeln unklar bleibt."<sup>43</sup>

<sup>42</sup> Ratzel/Luxenburger/Hartmannsgruber, Handbuch Medizinrecht, § 7 Rn 585 (Hervorhebg. im Original) - zum Sachleistungsprinzip s.a. II. 2.b.

<sup>43</sup> Christoph Möllers, Der vermisste Leviathan, S. 49 mit Fn 42

Die hier zur Diskussion stehende komplizierte Konstruktion des öffentlich-rechtlichen GKV-Honorarsystems ermöglicht es, unmittelbar vielfältige Steuerungsmechanismen (Mengenregulierungen und Leistungsbegrenzungen) zwecks Kostendämpfung durchzusetzen: mittels systemimmanenter Androhung finanzieller Nachteile (und stärkerer Sanktionen) eben gerade auch unter Mitwirkung der Vertragsärzte.<sup>44</sup> Beim Honorarwesen - freilich nicht nur dort - wird der sozialstaatliche Aspekt besonders deutlich. Der Mischkalkulation bei den Arzthonoraren in Form einer begrenzten Gesamtvergütung entspricht auf Versichertenseite das Prinzip der solidarischen Finanzierung durch die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und deren Arbeitgebern (§ 3).

Oberstes Ziel dieser Art von 'öffentlich-rechtlich' regulierter Honorarabwicklung bleibt die Beitragssatzstabilität (§ 71) unter Einhaltung eines Mindeststandards (Stichworte: ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gem. § 72 Abs. 2 sowie angemessene Vergütung der Leistungserbringer). Derzeit sehen sowohl das Bundesverfassungsgericht wie das Bundessozialgericht<sup>45</sup> - zumeist unter Bezug auf das Sozialstaatsprinzip - Honorarkürzungen und Einschränkungen des Leistungskatalogs noch als legitimiert an. Andernfalls wäre "eine Verpflichtung der Vertragsärzte zur Erbringung von Leistungen ohne entsprechende Vergütungsansprüche (...) ein Verstoß gegen das **Grundrecht der Berufsfreiheit** des Art. 12 Abs. 1 GG."<sup>46</sup> Ein subjektives Recht der Vertragsärzte auf die Höhe der Vergütung für eine einzelne erbrachte (im System zulässige) Leistung ist allerdings nach hM ausgeschlossen.

#### **b) GKV-Versicherte - Krankenkasse**

Ein Versichertenverhältnis zu einer KK (Pflichtmitgliedschaft gem. § 5 Abs. 1 Nr. 1) wird im Regelfall durch die Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung begründet (§ 186 Abs.1), nicht durch gesonderten Vertragsabschluss. Die gesetzlichen Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 4 Abs. 2); aufgrund der körperschaftlichen Organisationsstruktur entstehen unmittelbar

<sup>44</sup> vgl. Stephan Rixen, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht

<sup>45</sup> bsp. BSG, Urteil vom 8.2.2006 - B 6 KA 25/05 R (Lexetius.com/2006, 1113)

<sup>46</sup> Hartmannsgruber, a.a.O., § 7 Rn 587, Fn 803 und 804 (Hervorheb. im Original)

Leistungsansprüche der Versicherten.<sup>47</sup> Im Bedarfsfall ('Krankheitsfall') wird eine umfassende Krankenversorgung einschließlich Zahlung von Krankengeld (§ 4 Abs. 2 iVm. § 11 sowie §§ 27-52a) geboten; auch Leistungen zur Verhütung und Früherkennung (§ 20-24) sind gesetzlich geregelt.

Aus dem Versicherungsverhältnis resultiert der Sicherstellungsauftrag der KVen (iVm. den KVen) gem. § 2 Abs. 2 S. 3. Grundsätzlich gilt das Sachleistungsprinzip (s. unten) gemäß § 2 Abs. 2 (Ausnahme: Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2). Das Wirtschaftlichkeitsgebot schränkt die Ansprüche der Versicherten (explizit § 12) ein, weil die Forderung nach Beitragssatzstabilität hohe gesamtgesellschaftliche Priorität besitzt; die nahezu paritätische Belastung der Arbeitgeber ('Lohnnebenkosten') bedingt arbeitsmarktpolitische Belastungen, die - wie die ansteigenden Abzüge vom sozialversicherungspflichtigen Einkommen der Versicherten - begrenzt werden sollen. "Seit dem 1.1.2009 entscheiden nicht mehr die einzelnen Krankenkassen über die Höhe des Beitragssatzes. Dieser wird vielmehr durch Rechtsverordnung von der Bundesregierung bundeseinheitlich für alle Krankenkassen festgelegt."<sup>48</sup>

"Beitragsentlastungen können (...) vor allem durch Leistungskürzungen erreicht werden. Der verfassungsrechtliche Spielraum dafür ist zunächst durch die Feststellung umrissen, dass der aktuelle Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung keinem allgemeinen verfassungsrechtlichen Rückschrittsverbot unterliegt, solange eine dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit entsprechende Versorgung entsprechend den in Deutschland anerkannten kulturellen Standards gewährleistet ist. Deshalb ist es auch grundsätzlich unbedenklich, wenn einzelne Leistungen gestrichen oder - in der Praxis ebenfalls häufig anzutreffen - eine Selbstbeteiligung an den Kosten vorgeschrieben wird."<sup>49</sup>

Die gesetzlich festgelegte Grenze für Leistungseinschränkungen wird in § 2 Abs. 1 S. 3 ("dynamischer Krankheitsbegriff"<sup>50</sup>) zu sehen sein; die konkrete Ausgestaltung dieser Vorschrift ist allerdings den Selbstverwaltungsgremien, insbesondere

<sup>47</sup> Waltermann, a.a.O., S. 79 Rn. 144

<sup>48</sup> für viele Arnade, S.31

<sup>49</sup> Winfried Kluth, Demografischer Wandel und Generationengerechtigkeit, VVDStRL 68, 273

<sup>50</sup> Günther Schneider, Kursskript, Folie 12 vom 6.10.2011

dem Gemeinsamen Bundesausschuss, übertragen (§ 135 iVm. §§ 91- 92). "Nicht allein die Rechtsetzung durch die Bundesausschüsse, sondern das gesamte System kollektivvertraglicher Normsetzung, auf dem das geltende Leistungserbringungsrecht beruht, weicht in wesentlichen Punkten von den herkömmlichen, verfassungsrechtlich anerkannten Rechtsetzungsformen ab und bildet ein Regelungsinstrumentarium eigener Art."<sup>51 52</sup>

Das so genannte Nikolausurteil (vom 6.12.2005 / BVerfGE 115, 25) des BVerfG<sup>53</sup> dokumentiert, dass gelegentlich - künftig bei fortschreitender Regulierung möglicherweise noch häufiger - zwischen dem BSG und dem BVerfG unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen; im vorliegenden Fall handelt es sich um die strittige Kostenübernahme für nicht anerkannte Behandlungsmethoden (abweichende Auslegung des § 135 durch das BVerfG).

Verfassungsrechtliche Vorgaben des GG sollten ohnehin nicht nur hinsichtlich der (interpretatorisch gewonnenen) Legitimation sozialstaatlicher Maßnahmen gem. Art. 20 Abs.1 (z.B. sozialstaatliche Zwangsversicherung) Beachtung finden, gleichzeitig müssten vielmehr vermehrt Fragen des Eigentumsrechts (Art. 14 GG) - angesichts der Beitragspflicht -, der allgemeinen Handlungsfreiheit (gem. Art. 2 Abs 1 GG) sowie der Verteilungsgerechtigkeit<sup>54</sup> nach dem Gleichbehandlungsgrundsatz berücksichtigt werden, die alle von unmittelbarer Bedeutung für die öffentliche Sozialversicherung sind (vgl. III).

### **Exkurs: Sachleistungsprinzip**

Durch das Sachleistungsprinzip (§§ 2, 11) mit seiner "Filterfunktion"<sup>55</sup> (nach den

<sup>51</sup> BSG, 16.09.1997, 1 RK 14/96 (Kostenerstattung für Alternativmedizin, hier bei Muskelatrophie Kugelberg-Welander)

<sup>52</sup> Kern, MedR 2004, Heft 6, S. 301: "Die Richtlinien der Bundesausschüsse werden - verstärkt durch die Vorschriften der Qualitätssicherung im SGB V - im Vertragsarztrecht die Wirkung von <faktischen Behandlungsgrenzen> (zit. Steffen) entfalten. Zugleich warnt Kern vor der Einführung eines "überwiegend fremdbestimmten medizinisch-wirtschaftlichen" Standards (S. 303) - in Abweichung vom echten medizinischen Standard - und der damit verbundenen 'Gefahr der normativen Kraft des Faktischen'.

<sup>53</sup> Bohmeier, André, Andreas Penner, Umsetzung des Nikolaus-Beschlusses: eine verfassungskonforme Auslegung der leistungskonkretisierenden Normen des SGB V sei unter spezifisch benannten Voraussetzungen notwendig.

<sup>54</sup> vgl. C. Fuchs, a.a.O, passim

<sup>55</sup> Ratzel/Luxenburger/Rainer Beeretz, Handbuch Medizinrecht, § 6 Rn 36

Prinzipien Eigenverantwortung, Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit) ”soll eine Beschränkung des Leistungsgeschehens auf von der Solidargemeinschaft tragbare Kosten des Gesundheitssystems bei Sicherstellung der generellen Effizienz bewirkt werden“<sup>56</sup>.

Die rechtliche Problematik entsteht durch die Beseitigung der Richtigkeitsgewähr (Austauschgerechtigkeit als konstituierendes Prinzip der Vertragsgestaltung), obwohl sich laut § 69 Abs. 3 das SGB V 'im übrigen' auf die Vorschriften des BGB bezieht. G. Schneider<sup>57</sup> weist weiter kritisch auf die Tatsache hin, dass den Beteiligten, dem Versicherten und dem Leistungserbringer, die Möglichkeit zur privaten Disposition in größerem Umfang nicht *belassen* ist. Dem System der öffentlich-rechtlichen Ausgestaltung der Vertragsverhältnisse wohnt die Gefahr der Störung der Machtbalance inne (das installierte Schiedssystem ist in § 89 geregelt); die Beteiligten unterliegen jedenfalls einer aufgrund sozialrechtlicher Vorschriften weitgehenden Inpflichtnahme. Dass sich dann das versicherungsrechtliche Äquivalenzprinzip - von Beitrag und Leistung - angesichts sozialrechtlich geregelter Umverteilung ('sozialer Ausgleich') in der staatlichen Sozialversicherung nicht realisiert, ergibt sich zwangsläufig.

Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 70 Abs.1) werden durch ständig verschärfte, zwischenzeitlich auch sozialgesetzlich geregelte Strafmaßnahmen (Regress bis hin zum Zulassungsentzug) geahndet, wodurch die Kostendämpfungsmaßnahmen erst ihre wahre Stoßkraft erhalten.

Gesellschaftspolitisch - und damit für die künftige Entwicklung des Gesundheitswesens - erscheint freilich noch weitaus problematischer, dass die nötige Transparenz für die Leistungsempfänger/Versicherten/Bürger nicht ausreichend sichergestellt ist, dem Sachleistungsprinzip vielmehr eine Verschleierungstaktik zugrunde liegt<sup>58</sup>. ”Die derzeit praktizierte verdeckte Begrenzung von Leistungen mag zwar aus politischer Sicht effektiv und einfach in der Umsetzung sein, sie ist aber aus

<sup>56</sup> vgl. Rixen, a.a.O., S.121 ff: ”Das Sachleistungsprinzip als Chiffre für die Organisation der Vergütung des Leistungserbringers”

<sup>57</sup> Kursskript und Vortrag 7./8.10.20011, DIU, Dresden (Hervorhebg. im Original)

<sup>58</sup> Dieser Aspekt wird bei den ständigen Forderungen nach 'umfassender' Aufklärung des Patienten zumeist übergangen oder vielmehr in die Arzt-Patient-Beziehung verlagert, was zu einer erheblichen Belastung im Behandlungsprozeß führen kann.

ethischen < und rechtlichen wie politischen ><sup>59</sup> Gründen fragwürdig. Auch aus Gerechtigkeitsgründen ist sie zu hinterfragen, da keine transparenten Verteilungskriterien vorliegen und somit eine Ungleichverteilung nicht ausgeschlossen werden kann. (...) In einer solchen Situation hat die Bevölkerung einen hohen Informationsbedarf. Transparenz ist absolut unerlässlich, um derartige Entscheidungen nachvollziehen zu können.”<sup>60</sup>

### **c) Krankenkassen - Kassenärztliche Vereinigungen**

Aus den Besonderheiten des GKV-Versicherungsstatus (§ 2, § 69) resultiert der Sicherstellungsauftrag (§ 72), der durch vertragliche Bindungen (§ 72 Abs. 2) auf die KVen übergeht (Ausnahme: Selektivverträge). Eine quantitativ und qualitativ bedarfsgerechte Versorgung mit medizinischen Leistungen muss für die Versicherten abgesichert sein (§ 73); die organisatorischen Voraussetzungen (z.B. für den Notfalldienst) werden von den KVen geliefert.

Nach § 72 Abs. 2 sind nur die Partner der Gesamtverträge, KVen und Verbände der KK, ”objektiv-rechtlich verpflichtet”, für eine *angemessene* Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge zu tragen.<sup>61</sup> Die KVen leisten mit befreiender Wirkung Zahlungen an die KVen; § 85 regelt die Modalitäten der Honorargestaltung (Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der KV einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen). Im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen KVen und KVen werden Höhe und Ausgestaltung als Gesamtvergütung vereinbart. Wiederum steht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1) im Vordergrund. Die KV übernimmt nach - aktuell erneut im Umbruch befindlichen - gesonderten Vorschriften gem. § 87 a.F. und § 87a (wie Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, Honorarverteilungsmaßstab, Regelleistungsvolumina, usw.) die Vergütungsverteilung, ist aber auch bei der gesondert geregelten Wirtschaftlichkeitsprüfung beteiligt; letztere genauer darzustellen, würde den Rahmen der vorgelegten Studie gänzlich sprengen.

<sup>59</sup> Zusatz durch die Verf., vgl. auch Huster, a.a.O., S.703

<sup>60</sup> C. Fuchs, a.a.O., S. 435

<sup>61</sup> Hartmannsgruber, a.a.O. § 7 Rn 587; BSG vom 12.10.1994, 6 RKa 5/94

#### **d) Krankenärztliche Vereinigungen - GKV-Vertragsärzte**

Zur Teilnahme an der Vertragsärztlichen Versorgung - in welcher Berufsausübungsform auch immer - müssen von den Anwärtern Zulassungsvoraussetzungen (§§ 95, 95a) erfüllt werden; ins Arztregister eingetragene, fachlich weitergebildete Ärzte können sich um die Teilnahme am GKV-Versorgungssystem bewerben, was niederlassungswillige Ärzte in ihrem Streben nach freiberuflicher Tätigkeit im Regelfall tun werden/tun müssen. Zulassungsschranken (§ 98) dienen einerseits der Kostendämpfung, andererseits bieten sie einen gewissen Konkurrentenschutz für bereits etablierte Vertragsärzte. Die Bewerber um einen 'Kassenarztsitz' unterwerfen sich künftig, wie die übrigen Mitglieder einer KV, dem sozialversicherungsrechtlichen Leistungs- und Vergütungsverfahren, das unter staatlicher Aufsicht zwischen den KVen und KVen nach immer neuen (einschränkenden) Modalitäten ausverhandelt wird (§ 85). Die KVen überwachen bei ihren Mitgliedern vertragskonformes Verhalten; ihnen stehen vorrangig wirtschaftliche Sanktionen zur Verfügung (allerdings kann bei grob regelwidrigem Verhalten der vorübergehende Ausschluss eines Vertragsarztes aus der KV verhängt werden)<sup>62</sup>. Wesentliche Aufgabe der KVen ist die Prüfung der Honoraranforderung des Vertragsarztes, deren Abrechnung durch Honorarfestsetzungsbescheid und evtl. nachträgliche Berichtigungen nach Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung. Dem Prüfwesen der KV liegt ein höchst umfangreiches Regelwerk zugrunde. Die beklagenswerte "Bürokratisierung und Überregulierung" und dadurch "Undurchschaubarkeit des GKV-Systems"<sup>63</sup> hat ihre Ursachen teils in diesen komplizierten Vorschriften. Neuere Modelle der ambulanten Versorgung - hausarztzentrierte Versorgung und andere Selektivverträge - umgehen die KV, führen jedoch nicht zu einer verbesserten Verteilungsgerechtigkeit. Denn das gesamte - teils versicherungsrechtlich, teils nach Grundsätzen der 'staatlichen Fürsorge' orientierte - System steht auf dem Prüfstand. Es wird sich erweisen, "was in Politik und Wissenschaft längst als Gemeinplatz gilt: das gegenwärtige System der GKV ist nicht zukunftsfähig."<sup>64</sup>

<sup>62</sup> § 81 Abs. 5 (iVm Disziplinarordnung und Satzung der jeweiligen KV)

<sup>63</sup> Laufs/Kern/Thomas Clemens, Handbuch des Arztrechts, § 24, Rn 24 ff

<sup>64</sup> Heinz-Uwe Dettling, GKV, Grundrechte und Verhältnismäßigkeitsprüfung, MedR 2006, Heft 2:81-89

### III. Anmerkungen zum Verhältnis von Sozialrecht und Verfassung

Es bedarf keiner Cassandra, im derzeitigen und künftig wohl wieder nur 'irgendwie' - nach dem in *diesem* System tatsächlich wichtigen Postulat der Beitragssatzstabilität - modifizierten, doch nicht grundsätzlich sanierten und reformierten öffentlichen Gesundheitssystem ein 'trojanisches Pferd' für den gesellschaftlichen Frieden in der Bundesrepublik im 21. Jahrhundert zu vermuten<sup>65</sup>.

Die alleine schon aus der demographischen Entwicklung resultierenden Probleme (auch und gerade für die Krankenversicherung<sup>66 67</sup>) sind nicht annähernd erfasst, geschweige denn gelöst. "Soziale Sicherheit braucht Kontinuität wie soziale Gleichheit nach einem schlüssigen und transparenten Konzept sozialer Sicherheit, nach Beständigkeit, auch unter Wahrung von Besitzstandsgerechtigkeit, verlangt. Doch zerstört gerade die augenblickliche Praxis mit ihren punktuellen, situationsbedingten und oftmals abrupten Änderungen oder mit systembrechenden Vorschlägen diese Voraussetzungen."<sup>68</sup>

Finanzielle Konsequenzen gesellschaftspolitischer Entscheidungen - beitragsfreie Familienmitversicherung (§ 10), sogen. 'versicherungsfremde Leistungen', um nur zwei der vielen Brennpunkte zu nennen, und schließlich Auswirkungen der Wiedervereinigung<sup>69</sup> - wurden und werden in die (nahezu umfassende) Pflichtversicherung hineingetragen, was durch Honorarkürzungen und Leistungsbegrenzun-

<sup>65</sup> s.a. Ritter (2006), S. 406

<sup>66</sup> Ritter (2006), Kap. 4.1 (Der demographische Wandel und seine Konsequenzen), S. 140 ff

<sup>67</sup> Winfried Kluth, Demografischer Wandel und Generationengerechtigkeit, VVDStRL 68, 270: "... nach aktuellen Statistiken entfallen auf die über 65-jährigen 49,9% der Kosten für Gesundheitsdienstleistungen, obwohl sie nur 26 % der Versicherten darstellen und lediglich 23 % der Beiträge zahlen."

<sup>68</sup> Peter Axer, Soziale Gleichheit - Voraussetzungen oder Aufgabe der Verfassung?, VVDStRL 68 (2008), 206

<sup>69</sup> Ritter, (2006), S. 14/15: "In der verwaltungstechnisch im Ganzen gut gelungenen Übertragung der Institutionen und Normen des westdeutschen Sozialstaates sahen sie [die Sozialpolitiker] zudem eine Bestätigung der Leistungsfähigkeit des bestehenden Systems, das die Diskussion von Alternativen - etwa zur dominierenden Rolle der Sozialversicherung, zu den Grundsätzen ihrer Finanzierung und zu ihrem Ziel der Lebensstandardsicherung - stark erschwerte. Auch die Probleme, die sich aus der einseitigen starken Belastung der Träger der Sozialversicherung - der Versicherten und der Arbeitgeber - an Stelle der Steuerzahler mit den hohen sozialen Transferleistungen in die neuen Bundesländer ergaben, wurden, trotz Kritik der Opposition, von der Regierung verdrängt."



gen trotz staatlicher Transferleistungen nicht mehr kompensiert werden kann.<sup>69a</sup>

Das Potential echter Effizienzsteigerungen - also nicht bloßer Rationierungen, die freilich öffentlich möglichst so noch nicht benannt werden sollen<sup>70</sup> - dürfte entgegen der veröffentlichten Meinung weitgehend ausgeschöpft sein (zumindest unter Beibehaltung einer gleichbleibenden, im internationalen Vergleich sehr hohen Qualität medizinischer Leistungen im System).<sup>71</sup>

Zwar gehen das BSG (ausführlich z.B. in B 6 KA 44/03 R) wie das BVerfG davon aus, dass Honorareinbußen von Leistungserbringern im GKV-System (Vertragsärzten) hinzunehmen<sup>72</sup> seien, doch könnten zunehmende Leistungseinschränkungen für die Versicherten, die durch Beiträge Leistungsansprüche (Eigentumsrechte) erwerben, bald das Maß der subjektiven Zumutbarkeit überschreiten.

Denn anders als die Vertragsärzte, die sich aktiv und mehr oder minder freiwillig<sup>73</sup> um Teilnahme am GKV-System bewerben und sich eben nicht in die Industrie, ins benachbarte Ausland oder in andere medizinische Tätigkeitsbereiche (als Gutachter, Amtsärzte usw.) umorientieren, sind die Versicherten in der GKV zwangsweise finanziell nicht unwesentlich engagiert. Zunehmende Eingriffe in die Regelversor-

<sup>69a</sup> Nach hiesigem Dafürhalten wäre von einer gesamtstaatlichen Pflichtversicherung ('Bürgerversicherung') - zumal angesichts der juristischen Probleme einer Umstrukturierung von Privatversicherungen - ebenfalls keine dauerhafte Lösung der Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens zu erwarten.

<sup>70</sup> Blumige Sprachfiguren - wie 'Wirtschaftlichkeitsreserven' und 'Rationalisierungsdefizite' - erinnern den wachen politischen Beobachter an andere Verkläuserungen: 'Friedenseinsatz' und 'kriegsähnliche Zustände' (nein! Es ist *Krieg* in Afghanistan). Hier nun scheint (wieder) aus gesellschaftspolitischen (und wahltaktischen) Rücksichtnahmen die Grenze der politischen Redlichkeit erreicht. Im GKV-System des Jahres 2011 finden nicht nur Rationalisierungen, sondern *Rationierung* statt. - vgl. auch Marckmann, Ethische Grundlagen, a.a.O., S. 867: Prioritätensetzung versus Rationierung unter dem Blickwinkel einer liberalen Gerechtigkeitstheorie / der Strebensethik / des breiten gesellschaftlichen Diskurses sowie St. Huster, Implizite Rationierung als Rechtsproblem, S. 703: implizite vs. explizite Rationierung.

<sup>71</sup> Arnade, a.a.O., (Einleitung): "Wenn auch der Begriff der Rationierung unterschiedlich definiert wird, so ist er doch in jedem Fall im Zusammenhang mit medizinischen Leistungen negativ besetzt. Deswegen ist Rationalisierung von Gesundheitsleistungen lange Zeit ein Tabuthema deutscher Politik gewesen. Mittlerweile aber wird die wissenschaftliche Diskussion einigermaßen offen und sachlich geführt." (S.1); ders., S.11: "Das anzuwendende medizinische Wissen verdoppelt sich alle fünf Jahre. Neue und verbesserte Behandlungsmethoden sind im Vergleich zu herkömmlichen Methoden regelmäßig kostenintensiver."

<sup>72</sup> kritisch: Heinz-Uwe Dettling, GKV, Grundrechte und Verhältnismäßigkeitsprüfung, MedR 2006, Heft 2:81-89

<sup>73</sup> 'Freiwilligkeit' ist bei der Erfassung von 90 % der Bevölkerung im GKV-System relativ, weshalb hier nicht mehr nur Fragen der Berufsausübung, sondern möglicherweise schon eine Frage der Berufswahlfreiheit i. S. der <berufswahlnahen Berufsausübungsregelungen> (Art. 12 Abs. 1 und 2 <!> GG) berührt wird - was Thema einer eigenen Studie sein müßte.

gung - also nicht nur bei höchstrichterlich entschiedenen 'Ausnahmefällen' bezogen auf Art. 1, 2 und 3 GG - werden eine öffentliche, d.h. politisch aktiv vertretene Klärung<sup>74</sup> auch und besonders im Hinblick auf Art. 14 Abs. 1 notwendig machen, zumal europarechtliche Vorgaben und Ergebnisse internationale Abkommen<sup>75</sup> zunehmend Einfluss auf innerdeutsche Abläufe nehmen werden. Anders als die Altersrente, die vom Gesetzgeber künftig nur noch als Grundversorgung konzipiert ist<sup>76</sup>, will das GKV-System bislang (noch) eine umfassende (zwar wirtschaftliche und zweckmäßige, aber eben auch ausreichende) Gesundheitsfürsorge (Verhütung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten) gewährleisten. Weitreichende Umverteilungen innerhalb sozialstaatlicher Versicherungen harren angesichts der Leistungseinschnitte fundierter Legitimation, die sich vielleicht nicht mehr nur aus der globalen Berufung auf das Staatsziel des 'sozialen Bundesstaates' gem. Art 20 Abs 1 oder der Gemeinwohlaufgabe einer funktionierenden und stabilen GKV ziehen lässt. Das sozialrechtlich ausdifferenzierte GKV-Versicherungssystem geht beim Leistungs- und Honorarrecht mit hoheitlichen Grundrechtseingriffen einher, die unter einem liberalen Verfassungsrechtsverständnis nicht unproblematisch erscheinen mögen.<sup>77</sup> Oder noch schärfer gefasst: "Das Tableau an legitimen Gemeinwohlbelangen ist (...) schier unendlich und findet insbesondere im leistungsstaatlichen Bereich der Daseinsvorsorge einen zentralen Bezugspunkt, der indes in einer freiheitlichen Ordnung wiederum Gemeinwohlgefahren birgt."<sup>78</sup> Auch Dettling<sup>79</sup> sieht dringenden Handlungsbedarf: "Mit der unkritischen Stützung eines von der Entwicklung überholten Systems hat der Zweite Senat <des BVerfG> in seiner Entscheidung über das Beitragssicherungsgesetz <vom 23.12. 2005> eine Chance vertan, den Gesetzgeber an seine verfassungsrechtliche Pflicht zur ord-

<sup>74</sup> vgl. Ausführungen zur Transparenz

<sup>75</sup> Yvonne Donders, The right to enjoy the benefits of scientific progress: in search of state obligations in relation to health. *Med Health Care and Philos* (2011) 14:371-381: "The right to health <which does not mean the right to *be healthy*> mainly means that States should create conditions in which everyone can be as healthy as possible."

<sup>76</sup> vgl. Kluth, a.a.O., S. 262

<sup>77</sup> Näheres vgl. Astrid Wallrabenstein, Versicherung im Sozialstaat sowie Stephan Rixen, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht

<sup>78</sup> Florian Meinel, Machthaber jenseits des Staates. Zur Aktualität des Gemeinwohls als rechtlicher Kategorie. [www.humboldt-forum-recht.de](http://www.humboldt-forum-recht.de) - HFR 2004, S. 64 ff

<sup>79</sup> Dettling, a.a.O., S.89

nungsgemäßen, nachhaltigen finanziellen Stabilisierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu erinnern. Mit der stiefmütterlichen Behandlung der Grundrechte der Versicherten und Leistungserbringer in der GKV bewegt er sich in einer Rechtsprechungspraxis, die in einem merkwürdigen Gegensatz zur sonstigen, grundrechtsfreundlichen Tendenz des BVerfG steht. Sinn und Zweck der Grundrechte ist es zu gewährleisten, dass der Staat dem Menschen dient und nicht umgekehrt der Mensch dem Staat. Das System der GKV berührt wie kaum ein anderes existenzielle Lebensentscheidungen des Einzelnen. Dies gilt vor allem für die Versicherten, aber auch für die Leistungserbringer.”<sup>80</sup>

Vielleicht steht nicht gleich der Bestand der GKV, aber sicherlich die hohe Qualität des bundesdeutschen Gesundheitswesens auf dem Spiel, und gesellschaftspolitisch die Glaubwürdigkeit der deutschen Sozialpolitiker, möglicherweise in der Folge sogar die Autorität höchster deutscher Gerichte.

---

<sup>80</sup> hingegen GKV-affirmativ in Urteilsbesprechung des BSG vom 9.12.2004 - B 6 KA 44/03: Steinhilper, Vertragsärzte, angemessene Vergütung, EBM, HVM, Normsetzung, Demokratieprinzip, Friedenswahl. MedR 2005, Heft 9: 538-559

Anhang: Kaiserliche Botschaft  
vom 17. November 1818

„...daß die Heilung der sozialen Schäden ...“

# Verhandlungen des Reichstags.

V. Legislaturperiode. — Erste Session.

1881.

## Eröffnungsitzung

im

Weißer Saale des königlichen Schlosses zu Berlin

am Donnerstag den 17. November 1881.

In Gemäßheit der Allerhöchsten Verordnung vom 4. d. Mts. fand heute Nachmittag 1½ Uhr im Weißen Saale des hiesigen Residenzschlosses die feierliche Eröffnung des Reichstags statt.

Der derselben vorhergehende Gottesdienst wurde für die evangelischen Mitglieder in der Schloßkapelle abgehalten und begann um 12½ Uhr. Der Oberkonsistorialrath Oberhofprediger Dr. Koegel legte seiner Predigt den Text Matth. 22, 21: „Gebet dem Kaiser, was des Kaisers ist, und Gott, was Gottes ist“ zu Grunde. Dem Gottesdienste wohnten Sr. kaiserliche und königliche Hoheit der Kronprinz, Ihre königlichen Hoheiten die Prinzen Wilhelm, Heinrich, Friedrich Carl und Prinz August von Württemberg, sowie der Reichskanzler Fürst von Bismarck bei. Für die katholischen Mitglieder des Reichstags fand um 1 Uhr in der St. Hedwigs-Kirche eine kirchliche Andacht statt, welche der Kaplan Lory abhielt.

Nach beendigtem Gottesdienste begaben sich die Bevollmächtigten zum Bundesrath nach dem Grünen Salon. Die Abgeordneten zum Reichstage nahmen im Weißen Saale in dem mittleren, dem Throne gegenüber belegenen Raume, die Staatsminister, die Generale, die Wirklichen Geheimen Räte und die Räte erster Klasse sowie die vortragenden Räte der Ministerien ebendasselbst auf der Lustgartenseite Aufstellung. Für die Mitglieder des diplomatischen Corps war auf der nach der Kapelle zu belegenen Tribüne eine Loge bereitgehalten.

Sobald im Weißen Saale die Abgeordneten zum Reichstage vollständig versammelt waren, erschienen unter Vortritt des Reichskanzlers, Fürsten von Bismarck, die Bevollmächtigten zum Bundesrath und stellten sich links von dem Throne auf.

Verhandlungen des Reichstags.

Der Reichskanzler hielt hierauf folgende Ansprache an die Versammlung:

Sr. Majestät der Kaiser sieht Sich wider Erwarten durch Unwohlsein verhindert, die Session, wie es in der Allerhöchsten Absicht lag, Selbst zu eröffnen. Sr. Majestät hat mir befohlen, Ihnen, geehrte Herren, Sein Bedauern hierüber auszusprechen, Sie im Namen der verbündeten Regierungen willkommen zu heißen und bei der mir aufgetragenen Eröffnung Ihrer Session eine Allerhöchste Botschaft mitzutheilen, welche ich die Ehre haben werde zu verlesen:

Wir **Wilhelm**, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen etc., thun kund und fügen hiermit zu wissen:

Wir haben den im vorigen Reichstage kundgegebenen Wünschen entsprechend, dem früheren Beschlusse entgegen, den Reichstag noch im laufenden Jahre berufen, um seine Thätigkeit zunächst für die Feststellung des Reichshaushaltsetats in Anspruch zu nehmen. Der Entwurf wird dem Reichstage unverzüglich zugehen. Derselbe zeigt ein erfreuliches Bild der fortschreitenden finanziellen Entwicklung des Reichs und der guten Erfolge der unter Zustimmung des Reichstags eingeschlagenen Wirtschaftspolitik. Die Steigerung der den einzelnen Bundesstaaten vom Reich zu überweisenden Beträge ist erheblich höher als die Steigerung der Matrikularbeiträge. Daß der Gesamtbetrag der letzteren im Vergleich mit dem laufenden Rechnungsjahre eine Erhöhung erfahren hat, findet seine Begründung in Einnahmeansfällen und in Bedürfnissen, welche im Interesse des Reichs nicht abzuweisen sind.

Die Einigung, welche mit der Freien Stadt Hamburg über die Modalitäten ihres Anschlusses in das deutsche Zollgebiet erzielt worden ist, wird der Reichstag mit Uns als einen erfreulichen Fortschritt zu dem durch die Reichsverfassung gesteckten Ziele der Einheit Deutschlands als Zoll- und Handelsgebiet begrüßen. Die verbündeten Regierungen sind der Ueberzeugung, daß der Reichstag den Abschluß der deutschen Einheit nach dieser Seite hin und die Vortheile, welche dem Reich und seiner größten Handelsstadt aus demselben erwachsen werden, durch den Kostenbeitrag des Reichs nicht zu theuer erkaufte finden und dem hierauf bezüglichen Gesetzentwurf die Zustimmung ertheilen werde.

In dem Bestreben, die geschäftlichen Uebelstände zu beseitigen, welche sich aus der Konkurrenz der Reichstagsessionen mit den Sitzungsperioden der Landtage ergeben, hatten die verbündeten Regierungen dem vorigen Reichstag einen Gesetzentwurf vorgelegt, der eine Verlängerung der Legislatur- und Budgetperioden des Reichs vorschlug, über den aber eine Verständigung nicht hat erreicht werden können. Die geschäftliche Nothlage der Regierungen und die Nothwendigkeit, den Verhandlungen der gesetzgebenden Körper des Reichs sowohl wie der Einzelstaaten die unentbehrliche Zeit und freie Bewegung zu sichern, veranlaßt die verbündeten Regierungen, der Beschlußnahme des Reichstags wiederum eine entsprechende Vorlage zu unterbreiten.

Schon im Februar dieses Jahres haben Wir unsere Ueberzeugung ansprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Bestandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung des Reichstags ohne Unterschied der Parteistellungen.

In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf die im

Reichstag stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zu Theil werden können.

Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde. Immerhin aber wird auch auf diesem Wege das Ziel nicht ohne die Aufwendung erheblicher Mittel zu erreichen sein.

Auch die weitere Durchführung der in den letzten Jahren begonnenen Steuerreform weist auf die Eröffnung ergiebiger Einnahmequellen durch indirekte Reichssteuern hin, um die Regierungen in den Stand zu setzen, dafür drückende direkte Landessteuern abzuschaffen und die Gemeinden von Armen- und Schullasten, von Zuschlägen zu Grund- und Personalsteuern und von anderen drückenden direkten Abgaben zu entlasten. Der sicherste Weg hierzu liegt nach den in benachbarten Ländern gemachten Erfahrungen in der Einführung des Tabakmonopols, über welche Wir die Entscheidung der gesetzgebenden Körper des Reichs herbeizuführen beabsichtigen. Hierdurch und demnächst durch Wiederholung früherer Anträge auf stärkere Besteuerung der Getränke sollen nicht finanzielle Ueberschüsse erstrebt werden, sondern die Umwandlung der bestehenden direkten Staats- und Gemeindelasten in weniger drückende indirekte Reichssteuern. Diese Bestrebungen sind nicht nur von fiskalischen, sondern auch von reaktionären Hintergedanken frei; ihre Wirkung auf politischem Gebiete wird allein die sein, daß wir kommenden Generationen das neu entstandene Reich gefestigt durch gemeinsame und ergiebige Finanzen hinterlassen.

Die Vorbedingung für weitere Beschlußnahmen über die erwähnten sozialen und politischen Reformen besteht in der Herstellung einer zuverlässigen Berufsstatistik der Bevölkerung des Reichs, für welche bisher



genügendes und sicheres Material nicht vorliegt. So weit letzteres im Verwaltungswege beschafft werden kann, wird es in kurzem gesammelt sein. Vollständige Unterlagen aber werden nur durch gesetzliche Anordnung, deren Entwurf dem Reichstage zugehen wird, zu gewinnen sein.

Wenn danach auf dem Gebiete der inneren Reichseinrichtungen weitgreifende und schwierige Aufgaben bevorstehen, deren Lösung in der kurzen Frist einer Session nicht zu bewältigen ist, zu deren Anregung Wir Uns aber vor Gott und Menschen, ohne Rücksicht auf den unmittelbaren Erfolg derselben, verpflichtet halten, so macht es Uns um so mehr Freude, Uns über die Lage Unserer auswärtigen Politik mit völliger Befriedigung aussprechen zu können.

Wenn es in den letzten zehn Jahren, im Widerspruch mit manchen Vorhersagungen und Versicherungen, gelungen ist, Deutschland die Segnungen des Friedens zu erhalten, so haben Wir doch in keinem dieser Jahre mit dem gleichen Vertrauen auf die Fortdauer dieser Wohlthat in die Zukunft geblickt, wie in dem gegenwärtigen. Die Begegnungen, welche Wir in Gastein mit dem Kaiser von Oesterreich und König von Ungarn, in Danzig mit dem Kaiser von Rußland hatten, waren der Ausdruck der engen persönlichen und politischen Beziehungen, welche Uns mit den Uns so nahe

befremdeten Monarchen, und Deutschland mit den beiden mächtigen Nachbarreichen, verbinden. Diese von gegenseitigem Vertrauen getragenen Beziehungen bilden eine zuverlässige Bürgschaft für die Fortdauer des Friedens, auf welche die Politik der drei Kaiserhöfe in voller Uebereinstimmung gerichtet ist. Darauf, daß diese gemeinsame Friedenspolitik eine erfolgreiche sein werde, dürfen Wir um so sicherer banen, als auch Unsere Beziehungen zu allen anderen Mächten die freundlichsten sind. Der Glaube an die friedsliebende Zuverlässigkeit der deutschen Politik hat bei allen Völkern einen Bestand gewonnen, den zu stärken und zu rechtfertigen Wir als Unsere vornehmste Pflicht gegen Gott und gegen das deutsche Vaterland betrachten. —

Urkundlich unter Unserer Höchstehändigen Unterschrift und beigedrucktem Kaiserlichen Insignel.

Gegeben Berlin, den 17. November 1881.

(L. S.) **Wilhelm.**

von Bismarck.

Hierauf erklärte der Reichskanzler Fürst von Bismarck die Eröffnung des Reichstags mit den Worten: „Im Namen der verbündeten Regierungen erkläre ich auf Befehl Sr. Majestät des Kaisers den Reichstag für eröffnet.“

Der königlich bayerische Bevollmächtigte zum Bundesrath, außerordentliche Gesandte Graf von Lerchenfeld-Koefering brachte sodann auf Sr. Majestät den Kaiser ein Hoch aus, in welches die Versammlung lebhaft einstimmt.

## Literaturverzeichnis

- Arnade**, Johannes, Kostendruck und Standard. Zu den Auswirkungen finanzieller Zwänge auf den Standard sozialversicherungsrechtlicher Leistungen und den haftungsrechtlichen Behandlungsstandard, Springer 2010
- Axer**, Peter, Soziale Gleichheit - Voraussetzungen oder Aufgabe der Verfassung ?, VVDStRL 68 (2008), 177 ff
- Baumann**, Sven, Grundzüge der Honorarabrechnung, Skript und Vortrag DIU, 22.10.2011
- Beauchamp**, Tom L., Ruth R. Faden, The Right to Health and the Right to Health Care. Journal of Medicine and Philosophy, 1979, vol. 4, no 2, p. 118-13
- Bohmeier**, André, Andreas Penner, Die Umsetzung des Nikolaus-Beschlusses durch die Sozialgerichtsbarkeit: Fortentwicklung und Widersprüche zu den Vorgaben des BVerfG, online als pdf, zur Veröffentlichung in WzS (Wege zur Sozialversicherung) vorgesehen
- Detting**, Heinz-Uwe, GKV, Grundrechte und Verhältnismäßigkeitsprüfung - zugleich Besprechung des Beschlusses des BVerfG zum Beitragssatzsicherungsgesetzes, MedR 2006, Heft 2: 81-89
- Donders**, Yvonne, The right to enjoy the benefits of scientific progress: in search of state obligations in relation to health, in: Med Health Care und Philos (2011) 14:371-381
- Fuchs**, C., Demografischer Wandel und Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen. Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:435-440 / DOI 10.1007/s00103-010-1045-8
- Frangenberg**, Elmar H., A Good Samaritan inspired foundation for a fair health care system, Med Health Care and Philos (2011) 14:73-70, published with open access at Springerlink.com
- Huster**, Stefan, Daniel Strech, Georg Marckmann et al., Implizite Rationierung als Rechtsproblem, MedR (2007) 25:703-706 / DOI: 10.1007/s00350-007-2071-x
- Kern**, Bernd-Rüdiger, Das Spannungsverhältnis von Haftungsrecht und Kassenarztrecht, MedR 2004, Heft 6, 300-303
- Kluth**, Winfried, VVDStRL 68, S. 246 ff, Berlin 2009
- Laufs/Katzenmeier/Lipp**, Arztrecht, 6. Auflage, München 2009
- Laufs/Kern**, Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage, München 2010
- Marckmann**, G., Ethische Grundlagen der Priorisierung im Gesundheitswesen, Bundesgesundheitsbl 2010-53:867-873 / DOI 10.1007/s00103-010-1116-
- Meinel**, Florian, Machthaber jenseits des Staates. Zur Aktualität des Gemeinwohls als rechtlicher Kategorie. HFR 2004, S. 64 ff (online:www.humboldt-forum-recht.de)
- Möllers**, Christoph, Der vermisste Leviathan. Staatstheorie in der Bundesrepublik. edition suhrkamp 2545, 2008
- Ratzel R., B. Luxenburger** (Hrsgg.) Handbuch Medizinrecht, 2. Auflage, Deutscher Anwaltsverlag 2011
- Reichstagsprotokolle, 1881/82,1** [http://www.reichstagsprotokolle.de/Blatt3\\_k5\\_bsb00018436\\_00051.html](http://www.reichstagsprotokolle.de/Blatt3_k5_bsb00018436_00051.html)
- Ritter**, Gerhard A., Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, München 1991
- ders.**, Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaates, München 2006
- Rixen**, Stephan, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, Tübingen 2005
- Schneider**, Günther, Dozent an der DIU, Vorlesung und Skript 7./8.10.2011
- Schmidt**, Manfred G., Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, Wiesbaden, 3. Auflage 200
- Steinhilper**, Vertragsärzte, angemessene Vergütung, EBM, HVM, Normsetzung, Demokratieprinzip, Friedenswahl, MedR 2005, Heft 9: 538-559/ DOI: 10.1007/s00350-005-1504-7
- Tiedemann**, Paul, Das Sozialstaatsprinzip der deutschen Verfassung. Rechtsprechungsdirektive oder Begründungsornament? [www.dr-tiedemann.de/sozialstaat.pdf](http://www.dr-tiedemann.de/sozialstaat.pdf)
- Wallrabenstein**, Astrid, Versicherung im Sozialstaat, Tübingen, 2009
- Waltermann**, Raimund, Sozialrecht, C. F. Müller, 2009
- Winkler**, Heinrich August, Der lange Weg nach Westen, Band I, Deutsche Geschichte vom Ende des Alten Reiches bis zum Untergang der Weimarer Republik, Beck, 2000

## Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BSG	Bundessozialgericht
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Bundesverfassungsgerichtsentscheidung
G-BA	gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung - Ärzte
hM	herrschende Meinung
HFR	Humboldt Forum Recht - (online-Forum)
iVm	in Verbindung mit
KK(en)	Krankenkasse(n)
KV(en)	Kassenärztliche Vereinigung(en)
MedR	Medizinrecht (Fachzeitschrift)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch, V. Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
VVDStRL	Veröffentlichungen der Vereinigung der Deut- schen Staatsrechtslehrer



Schoppershofstraße 32  
im Rückgebäude  
90489 Nürnberg

Telefon 09 11 58 89 63 0  
Telefax 09 11 58 89 63 2

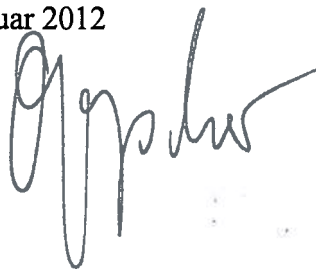
## Erklärung

Die vorgelegte Hausarbeit wurde von mir alleine ohne fremde Hilfe gefertigt. Die verwendeten Zitate und Hilfsmittel sind bezeichnet.

Wesentliche Texte (beispielsweise NJW - via Beck-online) sind den Studenten der DIU derzeit nicht zugänglich (weder während des häuslichen Studiums, noch während der Präsenzzeiten in Dresden); aus diesem Grund musste die Literaturrecherche auf online-Texte, via TU-Bibliothek/elektronischer Fachzeitschriftenzugang erhältliche Zeitschriftenartikel und selbst erworbene Handbücher und Monographien beschränkt bleiben.

Dieser bedauerliche Umstand schränkt akademisches Arbeiten im berufsbegleitenden Studium merklich ein. Abhilfe wäre dringend nötig, insbesondere weil Urteile - in Fachzeitschriften meist nach Jahrgang und Seitenzahl veröffentlicht/besprochen und häufig so auch zitiert - ohne Aktenzeichen über das Internet oft nicht auffindbar sind, wesentliche Artikel in wichtigen Fachzeitschriften wegen des beschränkten Zugangs über 'SLUB' aber eben auch nicht zugänglich sind.

Nürnberg, den 5. Januar 2012



jo Aud

