

Carla Wiedeck

**Priorisierung in der
Gesetzlichen Krankenversicherung**



Herbert Utz Verlag · München

Neue Juristische Beiträge

herausgegeben von

Prof. Dr. Klaus-Dieter Drüen (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)

Prof. Dr. Thomas Küffner (Fachhochschule Landshut)

Prof. Dr. Georg Steinberg (EBS Universität für Wirtschaft und Recht Wiesbaden)

Prof. Dr. Fabian Wittreck (Westfälische Wilhelms-Universität Münster)

Band 94



Zugl.: Diss., Freiburg, Univ., 2013

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Wiedergabe auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen bleiben – auch bei nur auszugsweiser Verwendung – vorbehalten.

Copyright © Herbert Utz Verlag GmbH · 2015

ISBN 978-3-8316-4307-3

Printed in EC

Herbert Utz Verlag GmbH, München

089-277791-00 · www.utzverlag.de

INHALTSÜBERBLICK

Inhaltsüberblick	V
Inhaltsverzeichnis	VI
Einleitung	1
Teil 1: Priorisierung als Mittel zur rationalen Allokation knapper Ressourcen	4
A. Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen.....	4
B. Priorisierung als Allokationsmittel.....	12
Teil 2. Pflicht zur Priorisierung	27
A. Nur punktuelle Priorisierung im SGB V	27
B. Tatsächliche Probleme des status quo	30
C. Rechtliche Erfassung dieser Probleme	34
Teil 3: Verfassungsrechtlicher Rahmen für Priorisierung	42
A. Grundrechtliche Anforderungen an Priorisierung.....	42
B. sonstige verfassungsrechtliche Anforderungen.....	83
C. Zusammenfassung des 3. Kapitels.....	90
Teil 4: Umsetzung und Implementierung von Priorisierung	93
A. Priorisierung in anderen Ländern	93
B. Priorisierung in Deutschland	113
Zusammenfassung und Stellungnahme	195
Literaturverzeichnis	203

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	1
Teil 1: Priorisierung als Mittel zur rationalen Allokation knapper Ressourcen	4
A. Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen	4
<i>I. Beispiele für bestehende Knappheit</i>	4
<i>II. Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen</i>	5
1. Demographischer Wandel	6
a) Kostenanstieg mit zunehmendem Alter	6
b) Akkumulation schlechter Risiken	7
2. Medizinischer Fortschritt	7
<i>III. Ausgleich der steigenden Kosten durch höhere Einnahmen?</i>	9
<i>IV. Zwischenergebnis</i>	11
B. Priorisierung als Allokationsmittel	12
<i>I. Priorisierung</i>	12
1. Ausgangspunkt der Begriffsbestimmung	12
2. Eigene Definition	13
a) Ausdrücklichkeit?	14
b) Nicht nur gedankliche Vorarbeit	14
c) Zwischenergebnis	15
3. Nähere Begriffsbestimmung	15
a) Horizontal/vertikal	15
b) Implizite Priorisierung	16
aa) Implizit = verdeckte	16
bb) Implizit = systembedingt	17
cc) Stellungnahme	17
4. Empfehlungen zur Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) als Beispiel	18
<i>II. Abgrenzung zu Rationalisierung und Rationierung</i>	18
1. Rationalisierung	18
a) Begriff	18
b) Budgetierung als (problematisches) Beispiel für Rationalisierung	20
c) Abgrenzung zur Priorisierung	21
2. Rationierung	21
a) Begriff	21
aa) Offene/verdeckte Rationierung	23
bb) Direkte/indirekte Rationierung	23
cc) Harte/weiche Rationierung	24
dd) Implizite/explicit Rationierung	24
b) Spenderorgane als Beispiel	25
c) Abgrenzung zur Priorisierung	25

III. Ergebnis	26
Teil 2. Pflicht zur Priorisierung	27
A. Nur punktuelle Priorisierung im SGB V	27
I. Regelung abstrakter Kriterien durch den Gesetzgeber	27
1. Die Kriterien im Einzelnen	27
2. Bedeutung der Kriterien und Auswirkungen auf die Praxis	28
II. Konkretisierungsbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses	28
III. Konkrete Verteilungsentscheidung durch die Leistungserbringer (insbes. Ärzte)	29
B. Tatsächliche Probleme des status quo	30
I. Keine Transparenz	31
II. Gefahr struktureller Benachteiligung sozial Schwacher	31
III. Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung	32
IV. Inkonsistente Allokation	33
V. Zusammenfassung	34
C. Rechtliche Erfassung dieser Probleme	34
I. Der grundsätzlich weite Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers	34
II. Grenzen durch das Wesentlichkeitsprinzip?	34
1. Entwicklung, Geltung und Umfang	34
a) Wesentlichkeitsprinzip in der Eingriffsverwaltung	34
b) Wesentlichkeitsprinzip in der Leistungsverwaltung	35
2. Folgerungen für Priorisierung	37
a) Grundsätzliche Bedeutung von Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen	37
b) Die Anforderungen aus der Wesentlichkeitstheorie im Einzelnen	38
aa) Sachverstand und inhaltliche Kompetenz des Parlaments?	39
bb) Hinreichende Flexibilität der Regelung	39
c) Stellungnahme	41
Teil 3: Verfassungsrechtlicher Rahmen für Priorisierung	42
A. Grundrechtliche Anforderungen an Priorisierung	42
I. kriterienunabhängige Grenzen für Priorisierung	42
1. Grenze durch das medizinische Existenzminimum	42
a) Ansichten zum medizinischen Existenzminimum in der Literatur	42
aa) Gewährleistung eines eng definierten Existenzminimums	43
bb) Normalversorgung als Existenzminimum	44
cc) Simulation eines Gesundheitsmarktes zur Bestimmung des Existenzminimums	45
b) Existenzminimum in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts	46
aa) Die bisherige Rechtsprechung	46
bb) Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 9.2.2010 zur Verfassungsmäßigkeit der Regelleistungen des SGB II	47

(1) Einfachgesetzliche Rechtslage im Zeitpunkt der Entscheidung	47
(2) Anerkennung des Grundrechts auf Gewährleistung des Existenzminimums	48
(3) Das medizinische Existenzminimum	50
c) Zusammenfassung und Stellungnahme	53
d) Folgerungen für Priorisierung	54
2. Grenze durch die Ausgestaltung als Pflichtversicherung	55
a) Wahrung der Globaläquivalenz	56
b) Freie Arztwahl, freie Wahl der Behandlungsmethode	56
c) Anforderungen aus dem Nikolaus-Beschluss	58
aa) Der Beschluss	58
bb) Die einzelnen Voraussetzungen	59
(1) Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit	59
(2) Unmöglichkeit der Behandlung der Erkrankung mit Mitteln der Schulmedizin	60
(3) Positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs	61
cc) Bedeutung des Beschlusses	61
dd) Folgerungen für Priorisierung	62
3. Grenze aus Art. 14 GG	63
a) Schutz sozialrechtlicher Positionen in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts	63
b) Übertragung dieser Grundsätze auf krankenversicherungsrechtliche Ansprüche	64
aa) Existenzsicherung	64
bb) nicht unerhebliche Eigenleistung	65
cc) Privatnützige Zuordnung	65
c) Zwischenergebnis	67
4. Grenze aus den Grundrechten der Leistungserbringer	67
a) ärztliche Therapiefreiheit, Art. 12 GG	67
b) Apotheker, Pharmaindustrie und Hersteller sonstiger Hilfsmittel	68
<i>II. Grenzen für die Wahl von Priorisierungskriterien</i>	69
1. Art. 1 Abs. 1 GG, Garantie der Menschenwürde	69
a) Inhalt und Umfang	69
b) Folgerungen für Priorisierung	70
2. Art. 2 Abs. 1 GG, Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit	71
a) Inhalt und Umfang	71
b) Folgerungen für Priorisierung	72
3. Der Grundsatz der Lebenswertindifferenz	72
a) Herleitung und Inhalt der Lebenswertindifferenz	73
aa) Begründung des Prinzips im Urteil zum Schwangerschaftsabbruch	73
bb) Das Urteil zum Luftsicherheitsgesetz	74
cc) Zwischenergebnis	74

b) Übertragbarkeit auf Allokationsentscheidungen	74
aa) Die herrschende Ansicht in der Literatur	74
bb) Kritische Stimmen in der Literatur	75
(1) Prinzip der Lebenswertindifferenz betreffe andere Sachverhalte	76
(2) Kritik an der Einschränkung der Kriterien	77
c) Zusammenfassung und Folgerungen für Priorisierung	78
4. Art. 3 GG, Gleichheit	81
a) Inhalt und Umfang	81
b) Folgerungen für Priorisierung	82
B. sonstige verfassungsrechtliche Anforderungen	83
I. <i>Demokratieprinzip</i>	83
1. Inhalt und Umfang	83
2. Folgerungen für Priorisierung	84
II. <i>Rechtsstaatsprinzip</i>	85
1. Inhalt und Umfang	85
2. Vertrauensschutz	85
a) Der verfassungsrechtliche Vertrauensschutz	85
b) Vertrauensschutz bei sozialrechtlichen Positionen	87
3. Folgerungen für Priorisierung	87
III. <i>Sozialstaatsprinzip</i>	88
1. Schutz in Fällen von Krankheit als Element des Sozialstaatsprinzips	88
2. Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers	89
3. Folgerungen für die Priorisierung	89
C. Zusammenfassung des 3. Kapitels	90
Teil 4: Umsetzung und Implementierung von Priorisierung	93
A. Priorisierung in anderen Ländern	93
I. <i>Norwegen</i>	93
II. <i>Schweden</i>	96
III. <i>Niederlande</i>	101
IV. <i>Neuseeland</i>	103
V. <i>Großbritannien</i>	105
VI. <i>Oregon</i>	107
VII. <i>Zusammenfassung</i>	110
B. Priorisierung in Deutschland	113
I. <i>Implementierung von Priorisierung</i>	113
1. Leistungsausschlüsse und Ausschlusslisten	113
2. Regelung abstrakter Werte	115
3. Leitlinien	115
4. Zusammenfassung	118
II. <i>Ebenen, Institutionen und Kompetenzverteilung</i>	118
1. Grundsätzliche Zuständigkeit des Gesetzgebers	119
2. Auslagerung einzelner Fragen	119

a) An den Gemeinsamen Bundesausschuss	119
aa) Bisherige Zusammensetzung und Aufgaben des GBA	119
bb) Hinreichende Demokratische Legitimation des GBA	120
(1) Mitgliedschaftlich-demokratische Legitimation	121
(a) Fehlende Interessenhomogenität	121
(b) Fehlende Repräsentanz nichtärztlicher Leistungserbringer	122
(c) Unzureichende Repräsentanz der Versicherten	123
(d) Wahlsystem	124
(2) Legitimation durch effektive Durchsetzung des Volkswillens	125
cc) Ergebnis	125
b) An die Bundesärztekammer	126
aa) Bisherige Zusammensetzung und Aufgaben	126
bb) Hinreichende Demokratische Legitimation für Priorisierungsentscheidungen?	127
cc) Zwischenergebnis	128
c) An den vom Deutschen Ärztetag vorgeschlagenen „Gesundheitsrat“	129
aa) Aufgaben und Zusammensetzung	129
bb) Notwendigkeit demokratischer Legitimation?	130
3. Zusammenfassung	131
<i>III. Zulässige Priorisierungskriterien</i>	<i>131</i>
1. Alter	131
a) Ethisch-moralische Begründungsansätze	132
aa) Akzeptanz der natürlichen Lebensspanne	132
bb) Altersrationierung als rationale Entscheidung eines „prudent buyer“	133
cc) Kritik an diesen Ansichten	134
b) Praktische Vor- und Nachteile	134
c) Anknüpfung an dieses Kriterium im SGB V	135
aa) § 21 SGB V, Verhütung von Zahnerkrankungen	136
bb) § 24 a SGB V, Empfängnisverhütung	136
cc) § 25 SGB V, Gesundheitsuntersuchungen	136
dd) § 26 SGB V, Kinderuntersuchungen	137
ee) § 27 a SGB V, künstliche Befruchtung	137
ff) § 33 SGB V, Hilfsmittel	139
gg) § 34 SGB V, Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	140
ee) Zusammenfassung	140
d) Alter als weitergehendes Priorisierungskriterium	141
aa) Verbot der Altersdiskriminierung im Europarecht	141
(1) Art. 21 EUGRCh	142
(2) Der allgemeine Grundsatz des Verbots der Altersdiskriminierung	143
(3) Die Richtlinie 2000/78/EG und ihre Umsetzung durch das AGG	144
(4) Art. 19 Abs. 1 AEUV	145

(5) Zusammenfassung	145
bb) Verfassungsrecht	145
(1) Verstoß gegen die Menschenwürde	145
(2) Art. 3 GG	149
(a) Prüfungsmaßstab, Alter als personen- oder zustandsbezogenes Merkmal	150
(aa) Das Alter als besonders egalitäres Merkmal?	150
(bb) Das Alter als ein Kriterium, das der „neuen Formel“ unterliegt	151
(cc) Folgen: strengere Prüfung	151
(b) Verfassungsverstoß	152
(aa) Die Willkürlichkeit des Kriteriums	152
(bb) Fehlende Verhältnismäßigkeit	152
(cc) Eigene Bewertung und Zwischenergebnis	153
e) Ergebnis	153
2. Soziale Wertigkeit und ähnlich gelagerte soziale Kriterien	154
a) Ethisch-moralischer Begründungsansatz	154
b) Praktische Vor- und Nachteile	155
c) Solche Merkmale als Priorisierungskriterien	155
d) Ergebnis	156
3. Nutzen oder Kosteneffektivität	156
a) Nutzen und Kosteneffektivität in der Rationierungsdiskussion: QALYs	157
aa) Der Begriff „QALY“	157
bb) Vergleich von Kosten und Kosteneffektivität anhand von QALYs	159
(1) Nutzen	159
(2) Kosteneffektivität	160
b) Ethisch-moralische Begründung	160
c) Praktische Vor- und Nachteile	162
d) Anknüpfung an diese Kriterien im SGB V	163
aa) Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V	164
bb) § 35 a, Nutzenbewertung durch den GBA	165
cc) § 35 b, Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln	165
dd) Exkurs: Erfolgsaussicht § 12 Abs. 3 S. 1 TPG	166
ee) Zusammenfassung	167
e) QALY als weitergehendes Priorisierungskriterium	168
aa) Rechtliche Bewertung von Priorisierungen anhand Nutzen- und Kosteneffektivität	168
(1) Heranziehung für allgemeine Leistungsausschlüsse	168
(2) als Auswahlkriterium zwischen Personen	169
(3) als Auswahlkriterium zwischen Maßnahmen	170
bb) QALY als Priorisierungskriterium	171

(1) Verfassungswidrigkeit dieses Kriteriums für eine Auswahl zwischen Personen	172
(2) Unterscheidung zwischen Maßnahmen	172
f) Ergebnis	172
4. Eigenverantwortung/Selbstverschulden	173
a) Ethisch-moralische Begründung	173
aa) Glücksegalitarismus	174
bb) Engelhardts libertäre Distributionstheorie	174
cc) Beitrag zum Gemeinwohl	174
dd) Solidarität	175
ee) Kritik an diesen Ansichten	175
b) Praktische Vor- und Nachteile	176
c) Anknüpfung an dieses Kriterium im SGB V	177
aa) § 52 Abs. 1 S. 1 Alt. 1: vorsätzliches Zuziehen einer Krankheit	178
bb) § 51 Abs. 1 S. 1 Alt. 2: bei Verbrechen oder vorsätzlichem Vergehen	179
cc) § 52 Abs. 2 AGB V: Krankheit als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen	180
dd) Zusammenfassung	182
d) Selbstverschulden/Eigenverantwortung als weitergehendes Priorisierungskriterium	183
aa) Anknüpfung allgemein an gesundheitsschädliches Verhalten	183
bb) Anknüpfung an bestimmte Verhaltensweisen oder Krankheitsbilder	184
cc) Anknüpfung an die (grob) fahrlässige Krankheitsverursachung	184
dd) Anknüpfung an das zu erwartende nachträgliche Verhalten, „compliance“	185
e) Ergebnis	186
5. Dringlichkeit	186
6. Zusammenfassung	188
IV. Zusammenstellung der möglichen Kriterien	189
1. Priorisierung anhand einzelner oder mehrerer Kriterien?	189
a) Priorisierung anhand eines einzelnen Kriteriums	189
b) Priorisierung anhand mehrere Kriterien	190
c) Zwischenergebnis	191
2. Bewertung der von der ZEKO vorgeschlagenen Zusammenstellung	191
a) Der Vorschlag	191
b) Untersuchung des Vorschlags unter rechtlichen Aspekten	192
aa) Grundsätzliche Zulässigkeit der gewählten Kriterien	192
bb) Einzelne problematische Aspekte der gewählten Kriterien	192
cc) Das relative Gewicht der Kriterien untereinander	193
c) Zusammenfassung und Stellungnahme	193

Zusammenfassung und Stellungnahme	195
Literaturverzeichnis	203

EINLEITUNG

Aus der Ökonomie wissen wir: alle Ressourcen sind knapp. Dies gilt auch im Gesundheitswesen. Zwar fällt dies kaum auf, solange das Gefühl besteht, all das, was „notwendig“ ist, würde bisher erbracht werden können.¹ Dennoch wird auch schon derzeit nicht alles, was theoretisch nützlich wäre, geleistet. So wurde das Land „nicht mit Rettungshubschraubern überzogen und nicht jeder Bürger führt einen Leibarzt mit sich“.² Mag dies noch nach dem gesellschaftlichen Konsens³ als überflüssig gelten, kann als konkretes Beispiel für die Begrenztheit auch notwendiger Ressourcen im Gesundheitswesen das Fehlen von ausreichenden Transplantationsorganen genannt werden.

Sind die Ressourcen begrenzt, stellt sich die Frage, wie sie verteilt werden sollen. Auf Grund der hohen Bedeutung des Gutes „Gesundheit“ als Grundvoraussetzung für einen möglichst umfangreichen Freiheitsgebrauch sind diese Verteilungsfragen im Gesundheitswesen von besonderer, geradezu existenzieller Bedeutung. In neuerer Zeit besteht sogar die Befürchtung, weitere Mittelknappheit und eine Explosion der Gesundheitskosten würden zu einer Häufung von Knappheitssituationen und damit zu einer Verschärfung des Verteilungsproblems führen.

In der Debatte um den Umgang mit der zu erwartenden verstärkten Mittelknappheit werden seit langem Rationalisierung und Rationierung untersucht. Zunehmend taucht jedoch ein dritter Begriff in Presse und Wissenschaft auf: die Priorisierung.

Diskussionen, Kommissionen und Veröffentlichungen zur Prioritätensetzung im Gesundheitswesen lassen sich in Europa und Nordamerika bis in die 1980er und frühen 1990er Jahre zurückverfolgen. In Deutschland wird der Begriff der Priorisierung seit den 1990er Jahren in der einschlägigen Fachliteratur verwendet.⁴ Seither befassten sich verschiedenste Wissenschaftler und Institutionen mit diesem Thema: Es finden sich beispielsweise Stellungnahmen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO)⁵, Arbeitsergebnisse der Enquêtekommission des Bundestages zu Ethik und Recht der modernen Medizin⁶, sowie Entschlüsse des Deutschen Ärztetages (2008)⁷. Anders als in anderen Ländern, kam eine öffentliche Diskussion jedoch bisher nicht zu Stande. Erst in

¹ So auch *Huster*, DVBl 2010, 1069 – 1077 (1069).

² *Huster*, DVBl 2010, 1069 – 1077 (1069).

³ *Huster*, DVBl 2010, 1069 – 1077 (1069).

⁴ zB *Fleischhauer*, Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 2 (1997), 137 – 156.

⁵ ZEKO 2000; ZEKO 2007.

⁶ BT-Drucks. 15/5980.

⁷ Abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de/arzt2008/start.htm

letzter Zeit gibt es Anzeichen für ein erwachendes, breiteres Interesse an einer Priorisierungsdebatte.⁸ So erschienen auf focus online⁹, in der FAZ¹⁰ und in der Zeit¹¹ Artikel, die sich mit Fragen zur Priorisierung beschäftigen.¹² Grundgedanke ist dabei, eine rationale Verteilung von Ressourcen sowie einen sinnhaften und systematischen Einsatz derselben zu erreichen¹³ und zu verhindern, dass die Leistungsverteilung „planlos oder unter rein tagespolitischen [...] Prämissen erfolgt.“¹⁴

Wird die Priorisierungsdiskussion bisher vornehmlich aus ökonomischer und ethischer Perspektive geführt, soll nunmehr dieses Phänomen unter rechtlichen Gesichtspunkten untersucht werden. Ethische und praktische Aspekte sollen zwar ebenfalls kurz angesprochen werden, im Mittelpunkt stehen jedoch die genaue Begriffsdefinition sowie die Untersuchung der verfassungsrechtlichen Anforderungen für Priorisierung. Hier gilt es herauszuarbeiten, ob der Gesetzgeber Priorisierung vornehmen kann, muss oder darf und welche Grenzen hierfür bestehen. Dabei sollen auch die Erfahrungen anderer Länder sowie der zur Priorisierung gemachte Vorschlag der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer (ZEKO) Beachtung finden.

Dazu sollen zunächst der Hintergrund der Priorisierungsdiskussion dargestellt, der Begriff in die Diskussion eingeordnet und eine Abgrenzung zu Rationierung und Rationalisierung vorgenommen werden (Teil 1).

Nachdem der Priorisierungsbegriff näher umrissen ist, gilt es in einem zweiten Schritt zu klären, wo bisher Priorisierung stattfindet und ob den Gesetzgeber nicht eine Priorisierungspflicht trifft (Teil 2).

Im dritten Teil sollen die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen für Priorisierung geklärt werden, wobei sowohl auf die grundrechtlichen als auch auf sonstige sich aus der Verfassung ergebende Anforderungen eingegangen wird.

Der vierte Teil bildet den eigentlichen Schwerpunkt der Bearbeitung. Hier sollen die gefundenen Ergebnisse auf die verschiedenen Priorisierungsmöglichkeiten übertragen werden. Es wird auf die Frage nach den konkreten Implementierungsformen, den die Entscheidungen treffenden Institutionen sowie die zuläs-

⁸ dazu *Raspe*, Bundesgesundheitsblatt 2010, 874 – 881 (874).

⁹ 13.05.2010, *Petra Apfel*, Priorisierung – Medizin in eingeschränkter Dosis.

¹⁰ 02.05.2010 von *Carola Sonnet*, Jeder kriegt, was er braucht. Von wegen!; 26.06.2011

Interview mit Frank Ulrich Montgomery von *Florentine Fritzen* und *Christiane Hoffmann*, „Wir leben in einer Welt der Salami-Ethik“.

¹¹ 20.1.2011, *Harro Albrecht*, Falsche Solidarität?; 01.07.2010, *ders.*, Medizin, wie wir sie wollen.

¹² ausführlich zur Entwicklung der deutschen Debatte *Raspe*, in: *Schöne-Seifert/Buys/Ach*, Gerecht behandelt?, S. 107 – 120 (108ff).

¹³ *Fozouni/Güntert*, Gesundheitswesen 2000, 559 – 567 (560); *Raspe*, Bundesgesundheitsblatt 2010, 874 – 881 (876).

¹⁴ ZEKO 2007, S. 3.

sigen Verteilungskriterien eingegangen. Dabei orientiert sich die Untersuchung an Varianten von Priorisierung, die in anderen Ländern bereits vorgenommen oder in der Literatur vorgeschlagen werden.

Neue Juristische Beiträge

herausgegeben von

Prof. Dr. Klaus-Dieter Drüen (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)

Prof. Dr. Thomas Küffner (Fachhochschule Landshut)

Prof. Dr. Georg Steinberg (EBS Universität für Wirtschaft und Recht Wiesbaden)

Prof. Dr. Fabian Wittreck (Westfälische Wilhelms-Universität Münster)

- Band 102: Johannes Peters: **Kindheit im Strafrecht** · Eine Untersuchung des materiellen Strafrechts mit besonderem Schwerpunkt auf dem Kind als Opfer und Täter
2014 · 294 Seiten · ISBN 978-3-8316-4391-2
- Band 101: Oliver Suchy: **Der Verfall im Ordnungswidrigkeitenrecht** · Eine Untersuchung ausgewählter Gesichtspunkte im wirtschaftsstrafrechtlichen Kontext
2014 · 222 Seiten · ISBN 978-3-8316-4339-4
- Band 100: Konrad Gieseler: **Die kartellrechtliche Fortsetzungsfeststellungsbeschwerde** · Zu den Zulässigkeitsvoraussetzungen des § 71 Absatz 2 Satz 2 GWB
2014 · 248 Seiten · ISBN 978-3-8316-4388-2
- Band 99: Astrid Eiling: **Verfassungs- und europarechtliche Vorgaben an die Einführung neuer Verbrauchsteuern** · Verprobt am Beispiel der Kernbrennstoffsteuer
2014 · 268 Seiten · ISBN 978-3-8316-4366-0
- Band 98: Matthias Wieser: **Intelligente Elektrizitätsversorgungsnetze – Ausgewählte Rechtsfragen unter besonderer Berücksichtigung des EnWG 2011 und des EEG 2012**
2014 · 324 Seiten · ISBN 978-3-8316-4349-3
- Band 97: Sarah Regina Helml: **Die Reform der Selbstanzeige im Steuerstrafrecht**
2014 · 246 Seiten · ISBN 978-3-8316-4340-0
- Band 96: Jan Peter Müller: **Rezeption privater Rechnungslegungsstandards durch den Staat**
2014 · 416 Seiten · ISBN 978-3-8316-4327-1
- Band 95: Thomas Barth: **Tarifverträge in der Zeitarbeit** · Das Spannungsverhältnis zwischen gesetzlicher Gleichstellung und Tarifautonomie
2013 · 234 Seiten · ISBN 978-3-8316-4259-5
- Band 94: Carla Wiedeck: **Priorisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung**
2015 · 254 Seiten · ISBN 978-3-8316-4307-3
- Band 93: Robert Ulrich Fischer: **Die Anrechnungslösung des § 19 Abs. 4 GmbHG**
2013 · 174 Seiten · ISBN 978-3-8316-4301-1
- Band 92: Stephanie Greil-Lidl: **Die Verfügungsverwaltung in der Erbengemeinschaft** · Ein Interessenkonflikt zwischen Gläubigerschutz und Privatautonomie unter dem Deckmantel des Gesamthandprinzips
2014 · 158 Seiten · ISBN 978-3-8316-4260-1
- Band 91: Felix Kampmann: **Gehaltsstrukturuntersuchungen im Steuerrecht** · Praxis und weitere Beurteilungsansätze zur Bestimmung der Angemessenheit von Gesellschafter-Geschäftsführervergütungen
2013 · 250 Seiten · ISBN 978-3-8316-4257-1

- Band 90: Christoph Dachner: **Der Abwendungsvergleich in § 302 Abs. 3 S. 2 AktG an der Schnittstelle von Gesellschafts-, Steuer- und Insolvenzrecht**
2013 · 326 Seiten · ISBN 978-3-8316-4218-2
- Band 89: Florian Muß: **Präsident und Ersatzmonarch** · Die Erfindung des Präsidenten als Ersatzmonarch in der amerikanischen Verfassungsdebatte und Verfassungspraxis
2013 · 258 Seiten · ISBN 978-3-8316-4251-9
- Band 88: Joseph Schwartz: **Die Zulässigkeit der Erhebung von Baukostenzuschüssen nach nationalem und europäischem Energierecht**
2013 · 262 Seiten · ISBN 978-3-8316-4211-3
- Band 87: Martin Lars Brückner: **Sozialisierung in Deutschland** · Verfassungsgeschichtliche Entwicklung und ihre Hintergründe
2013 · 268 Seiten · ISBN 978-3-8316-4230-4
- Band 86: Mirko Werler: **Sabbaticals** · Rechtliche Rahmenbedingungen der Realisierung längerer Freistellungszeiten mit Arbeitszeitkonten
2013 · 420 Seiten · ISBN 978-3-8316-4219-9
- Band 85: Sebastian Konrads: **Entschärfung des Haftungsrisikos des verantwortlichen Vorstands einer Aktiengesellschaft zum Zwecke der Inanspruchnahme einer kartellrechtlichen Kronzeugenregelung**
2012 · 248 Seiten · ISBN 978-3-8316-4222-9
- Band 84: Caroline Zagajewski: **Das fakultative Widerspruchsverfahren** · Eine Alternative zur Abschaffung des Vorverfahrens in Nordrhein-Westfalen?
2012 · 192 Seiten · ISBN 978-3-8316-4207-6
- Band 83: Janire Mimentza Martin: **Die sozialrechtliche Stellung von Ausländern mit fehlendem Aufenthaltsrecht** · Deutschland und Spanien im Rechtsvergleich
2012 · 380 Seiten · ISBN 978-3-8316-4160-4
- Band 82: Christine Feltes: **Steuerliche Verlustkompensation und Anteilsübertragung bei Kapitalgesellschaften**
2012 · 400 Seiten · ISBN 978-3-8316-4146-8
- Band 81: Jasmin Schlenzka: **Die Rettungsfolter in Deutschland und Israel – ein Rechtsvergleich**
2012 · 422 Seiten · ISBN 978-3-8316-4040-9

Erhältlich im Buchhandel oder direkt beim Verlag:

Herbert Utz Verlag GmbH, München

089-277791-00 · info@utzverlag.de

Gesamtverzeichnis mit mehr als 3000 lieferbaren Titeln: www.utzverlag.de