

# Die Abhängigkeit des haftungsrechtlichen vom sozialrechtlichen Standard

Benedikt Buchner

## A. Die Ausgangssituation

### I. Die Wahrnehmung des SGB V als Kostendämpfungsgesetz

Die Frage der Abhängigkeit des haftungsrechtlichen vom sozialrechtlichen Standard ist altbekannt und viel diskutiert. Allerdings verläuft die Diskussion zumeist recht einseitig, weil es der Sache nach nur darum geht, ob und inwieweit der sozialrechtliche Standard den haftungsrechtlichen Standard in einem *negativen* Sinne beeinflusst – im Sinne einer Absenkung dessen, was haftungsrechtlich geschuldet wird. Entsprechend kann man in der Literatur von einem „Unterschreiten“ des haftungsrechtlichen Minimums durch sozialrechtliche Leistungsbeschränkungen lesen,<sup>1</sup> von „Abstrichen“<sup>2</sup> und von einer „Herabstufung des Standards“ durch das Sozialrecht.<sup>3</sup> Die Rede ist von „einer schleichenden ökonomischen Infiltration“ des medizinischen Standards durch das SGB V<sup>4</sup> und diskutiert wird die Frage, ob das Haftungsrecht vom Arzt mehr verlangt als das Sozialrecht erlaubt.<sup>5</sup>

Ihren Ursprung haben all diese Betrachtungsweisen offensichtlich darin, dass das SGB V in erster Linie als ein Kostendämpfungsgesetz wahrgenommen wird, das für Leistungsausschlüsse und -beschränkungen steht und damit automatisch auch für eine Verschlechterung des Behandlungsstandards. Man kann dem SGB V auch durchaus eine solche Bedeutung als Kostendämpfungsgesetz zuschreiben. Entscheidend ist jedoch, dass das SGB V nicht *allein* auf diese eine Bedeutung reduziert werden darf. Der sozialrechtliche Standard ist eben doch deutlich „komplexer“, es gibt nicht nur das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V, sondern auch noch eine ganze Reihe von weiteren Kriterien, die den sozialrechtlichen Standard bestimmen und beeinflussen.

- 1 *Kifmann/Rosenau*, Qualitätsstandards für medizinische Behandlungen, in: Möllers (Hrsg.), Standardisierung durch Markt und Recht, 2008, S. 67.
- 2 *Engelmann*, MedR 2006, 245 (246).
- 3 *Kreße*, MedR 2007, 393 (395).
- 4 *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, 2002, § 99 Rdn. 25.
- 5 *Francke/Hart*, ZaeFQ 2001, 732.

## II. Die Grundstruktur des haftungsrechtlichen und des sozialrechtlichen Standards

### 1. Medizinischer Maßstab als Ausgangspunkt

Das, was man als die Grundstruktur des sozialrechtlichen Standards bezeichnen könnte, ist in vielerlei Hinsicht vergleichbar mit dem, was auch die Grundstruktur des haftungsrechtlichen Standards ausmacht. Jeweils gilt, dass im Ausgangspunkt für den Standard überhaupt kein *rechtlicher* Maßstab gilt, weder ein haftungsrechtlicher noch ein sozialrechtlicher, sondern vielmehr ein *medizinischer* Maßstab. Es besteht weitgehend Einigkeit, dass es nicht Sache der Juristen, sondern zuallererst Sache der Mediziner ist, zu bestimmen, was Standard ist – schon deshalb, weil Juristen der nötige medizinische Sachverstand fehlt, um beurteilen zu können, was medizinisch möglich, nötig und auch richtig ist.<sup>6</sup> Oder, um die allgemein übliche Definition von Standard aufzunehmen: Juristen können gerade nicht beurteilen, was „nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis und/oder ärztlicher Erfahrung innerhalb der Profession akzeptiert ist“<sup>7</sup>. Daher maßen sich im Haftungsrecht Juristen auch gerade nicht an, selbst den Behandlungsstandard und einen Verstoß gegen diesen zu beurteilen, sondern überlassen diese Entscheidung dem medizinischen Sachverständigen, folgen also dessen medizinischem Maßstab.<sup>8</sup>

Und auch für das Sozialrecht gilt, dass hier zunächst einmal der Maßstab der Medizin maßgeblich ist. An den verschiedensten Stellen rekurriert das SGB V auf den medizinischen Standard, indem es sich auf den „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ bezieht.<sup>9</sup> Zentral ist insoweit § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V, wonach Qualität und Wirksamkeit der sozialrechtlichen Leistungen „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ entsprechen müssen, sich also auch der sozialrechtliche Leistungs- und Versorgungsstandard grundsätzlich am medizinischen Standard zu orientieren hat.

### 2. Haftungs- bzw. sozialrechtliche Korrekturen des medizinischen Maßstabs

Die Parallele von haftungsrechtlichem und sozialrechtlichem Standard setzt sich im Folgenden auch insoweit fort, als es im Endeffekt jeweils doch nicht bei diesem rein

6 *Hart*, Leitlinien und Haftungsrecht, in: ders. (Hrsg.), *Klinische Leitlinien und Recht*, 2005, S. 93 f.; *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, 2002, S. 282.

7 *Hart*, Allgemeiner Teil, in: ders. (Hrsg.), *Ärztliche Leitlinien im Medizin- und Gesundheitsrecht*, 2005, S. 31.

8 Vgl. *Stöhr*, *Leitlinien, Richtlinien und ärztliche Haftung*, in: Müller/Osterloh/Stein, *Festschrift für Hirsch*, 2008, S. 432.

9 Siehe die Übersicht bei *Engelmann*, *MedR* 2006, 245 f.; siehe auch *Francke/Hart*, *ZaeFQ* 2001, 732; *dies.*, *MedR* 2008, 2; *Kingreen*, *MedR* 2007, 457 („Der ‚Stand der medizinischen Erkenntnisse‘ zieht sich wie ein roter Faden durch das gesamte V. Buch des Sozialgesetzbuches.“).

medizinischen Standard bleibt, sondern es zu dessen Modifizierung durch spezifisch haftungs- bzw. sozialrechtliche Maßstäbe kommt.

Die Beispiele aus dem Haftungsrecht hierfür sind vielfältig, insbesondere solche Beispiele, die den Aspekten der Finanzierbarkeit und der Wirtschaftlichkeit breiten Raum zubilligen und im Ergebnis zu einer Absenkung dessen führen, was haftungsrechtlich als Behandlungsstandard geschuldet ist.<sup>10</sup> So ist etwa für die personellen und apparativen Behandlungsbedingungen im Falle eines Krankenhauses auf dem Lande ein niedrigerer Standard anzusetzen als im Falle einer Universitätsklinik;<sup>11</sup> auch kann bei Entbindungen in einem Belegkrankenhaus nicht stets die personelle Ausstattung verlangt werden wie in einem Perinatalzentrum;<sup>12</sup> und die Anwendung einer herkömmlichen, bewährten Methode ist nicht stets allein schon deshalb ein Behandlungsfehler, weil nunmehr eine modernere Methode zur Verfügung steht.<sup>13</sup>

De facto führen solche haftungsrechtlichen Entscheidungen zu einer Absenkung des haftungsrechtlichen Standards gegenüber dem medizinischen „Optimal-Standard“. Die Entscheidungen fußen auf der Einsicht, dass die faktischen Grenzen des Alltags wie Kapazitäten und Finanzierbarkeit nicht einfach ausgeblendet werden können und nicht alles optimal, perfekt und auf dem neuesten Stand sein kann.<sup>14</sup> Solange der sog. „Minimalstandard“ gewahrt bleibt, dürfen daher auch Aspekte wie Wirtschaftlichkeit oder Finanzierbarkeit Berücksichtigung finden, die „Macht des Faktischen“ wird akzeptiert. Damit orientiert sich der haftungsrechtliche Standard also nur im Ausgangspunkt am medizinisch Bestmöglichen, kann dann jedoch – unter Berücksichtigung der Nöte und Zwänge des medizinischen Alltags – auf einen bloßen Mindeststandard reduziert werden. Mit anderen Worten: Der ursprünglich rein medizinische Standard wird im Haftungsrecht durch wertende Maßstäbe wieder korrigiert.

Im Sozialrecht zeigt sich das gleiche Bild. Auch das Sozialrecht nimmt zunächst einmal wie dargelegt auf den „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) und damit auf den medizinischen Standard Bezug. Auch hier treten jedoch wieder eine ganze Reihe von Kriterien hinzu, die den Umfang der zu erbringenden Leistungen konkretisieren und auch modifizieren.<sup>15</sup> Insbesondere müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig sowie wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V), sie müssen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden (§ 70 Abs. 1 SGB V) und ihr Nutzen muss nachgewiesen sein (§ 92 Abs. 1 SGB V). All diese und andere sozialrechtliche Kriterien wirken, teils mehr, teils weniger, auf den medizinischen

10 Siehe dazu und zu den folgenden Beispielen *Steffen/Pauge*, *Arzthaftungsrecht*, 2006, Rdn. 133 ff.; *Stöhr* (Fn. 8), S. 440.

11 BGH VersR 1988, 495 (496); 1989, 851 (852).

12 BGH VersR 1994, 480 (482).

13 BGHZ 102, 17 = VersR 1988, 179.

14 *Steffen/Pauge* (Fn. 10), Rdn. 135; *Stöhr* (Fn. 8), S. 432, 440; *Steffen*, *MedR* 1995, 190; *Krefe*, *MedR* 2008, 393 (394 f.).

15 *Engelmann*, *MedR* 2006, 245 (246).

Standard ein, sie verändern diesen und entwickeln ihn fort hin zu einem spezifisch sozialrechtlichen Standard.

## *B. Der Einfluss sozialrechtlicher Kriterien auf den Behandlungsstandard am Beispiel der Kriterien Qualität, Nutzen und Wirtschaftlichkeit*

Ob und inwieweit die Kriterien des SGB V darüber hinaus auch Einfluss darauf haben, was der Arzt *haftungsrechtlich* dem einzelnen Patienten an Behandlungsstandard schuldet, steht im Zentrum der folgenden Ausführungen. Am Beispiel der sozialrechtlichen Kriterien *Qualität*, *Nutzen* und *Wirtschaftlichkeit* soll dargelegt werden, wie vielgestaltig die Wechselbeziehungen zwischen Sozial- und Haftungsrecht sind. Dabei wird sich zeigen, dass die Vorgaben des SGB V entgegen allseits geäußelter Befürchtungen keineswegs zwangsläufig zu einer Verschlechterung des Behandlungsstandards führen. Umgekehrt können diese Vorgaben den haftungsrechtlichen Standard vielmehr durchaus auch in einem positiven Sinne beeinflussen.

### I. Qualität

Die Qualität der Leistungserbringung ist eine der zentralen Maximen des Leistungserbringungsrechts. Nicht nur die Grundsatznorm des § 70 SGB V stellt in ihrer Überschrift die „Qualität“ der Leistungserbringung an erste Stelle, sondern auch der gesamte neunte Abschnitt (§§ 135 ff. SGB V) des Leistungserbringungsrechts hat die „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ zum Gegenstand. In der Standarddiskussion spielt das sozialrechtliche Kriterium der Qualität demgegenüber bislang so gut wie keine Rolle. Dabei ist gerade dieses Kriterium ein Beleg dafür, dass das Sozialrecht sehr wohl auch in einem *positiven* Sinne auf den Behandlungsstandard einwirken kann, weil es den Behandlungsstandard nicht absenkt, sondern im Gegenteil anhebt.

#### 1. Beispiel Risikomanagement

Konkretes Beispiel für eine solche Anhebung des Behandlungsstandards durch das Sozialrecht sollen hier die sog. Risikomanagementsysteme sein, wie sie derzeit als Ausprägung des sozialrechtlichen Qualitätssicherungsprinzips Einzug in die vertragsärztliche Versorgung halten. Ihre rechtliche Grundlage haben diese Risikomanagementsysteme in § 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V mit seiner Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Wie diese Verpflichtung konkret umzusetzen ist, wird durch die sog. Qualitätsma-

nagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des G-BA näher festgelegt.<sup>16</sup> In dieser Richtlinie sind nicht nur allgemeine Vorgaben, sondern auch ganz konkrete Instrumente des Qualitätsmanagements normiert, die gezielt auf Fehlervermeidung ausgerichtet sind, allen voran das Instrument „Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen“. Der Sache nach geht es hier um die Einführung eines sog. Risikomanagements (§ 4 lit. g der Richtlinie). Es geht um Fehlervermeidung durch die Offenlegung potentieller Schadensquellen: Indem die Ursachen bereits eingetretener Komplikationen und Schadensfälle analysiert werden, wird präventiv der Entstehung neuer Schäden vorgebeugt.<sup>17</sup>

## 2. Standardanhebung dank Risikomanagement

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie ist noch relativ jung. Gleichwohl haben sich bereits konkrete Angebote entwickelt, mittels derer die Vorgaben des Risikomanagements in der Praxis umgesetzt werden können. Dazu zählen etwa die sog. Critical Incident Reporting Systeme (CIRS), die die Möglichkeit eröffnen, „kritische Ereignisse“ in einem Meldeportal anzubringen, um sie damit einem größeren Benutzerkreis bekannt zu machen.<sup>18</sup> Ziel dieser CIRS ist eine Datensammlung zum Zwecke der Früherkennung von Gefährzuständen und der Vermeidung von Fehlern: Daten werden gesammelt, analysiert und darauf aufbauend typische Risikokonstellationen herausgearbeitet und bekanntgemacht. Je besser diese Systeme werden, desto höher werden dann auch die entsprechenden Sorgfaltsanforderungen an den einzelnen Arzt, an sein Diagnose- und Behandlungsverhalten und dessen Organisation. Der Kreis der Fehler, die „nicht mehr passieren dürfen“, weil sie aufgrund des stetig anwachsenden Fehlerwissens vermeidbar geworden sind, wird sich ständig erweitern und damit dann auch der haftungsrechtliche Standard erhöhen. Dieser folgt dem sozialrechtlichen Standard also nicht mehr „nach unten“, sondern umgekehrt „nach oben“. Oder, wenn man das beliebte Szenario von der medizinischen Zwei-Klassen-Gesellschaft bemühen möchte: Soweit es um das Risikomanagement geht, sitzen nicht die Privatpatienten, sondern die GKV-Patienten in der 1. Klasse, die Privatpatienten müssen hingegen zunächst einmal in der 2. Klasse Platz nehmen, eben weil außerhalb des GKV-Systems gerade keine verbindlichen Vorgaben für die Einführung von Qualitäts- und Risikomanagementsystemen existieren.

Damit bekommen aber auch altbekannte Fragestellungen eine ganz neue Richtung: Die Frage lautet nicht mehr, ob der GKV-Versicherte den gleichen Standard

16 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren.

17 Allgemein dazu *Katzenmeier* (Fn. 6), S. 301.

18 Siehe etwa die Internetplattform CIRSmedical der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de)) oder das Frankfurter Meldesystem [jeder-fehler-zahlt.de](http://jeder-fehler-zahlt.de).

verlangen kann wie der Privatversicherte, sondern umgekehrt, ob der Privatversicherte denselben Standard wie der gesetzlich Versicherte verlangen kann. Letztlich spricht dann viel dafür, im Ergebnis auch die Privatpatienten haftungsrechtlich „in die 1. Klasse zu befördern“. Schon im Hinblick darauf, dass 90 Prozent der Patienten GKV-Patienten sind, wird deren Behandlungs- und Sicherheitsstandard regelmäßig auch den allgemeinen – für alle geltenden – Behandlungs- und Sicherheitsstandard begründen. Jedoch muss diese Frage hier ohnehin nicht abschließend geklärt werden; entscheidend ist vielmehr allein, dass die sozialrechtlich vorgeschriebenen Risikomanagementsysteme den Behandlungsstandard erhöhen und damit einen konkreten Beleg dafür liefern, dass sozialrechtliche Vorgaben den Behandlungsstandard nicht nur in einem negativen Sinne, sondern sehr wohl auch in einem positiven Sinne beeinflussen können.

## II. Nutzen

### 1. Der Vorbehalt des Nutznachweises

Ein weiteres zentrales sozialrechtliches Kriterium des SGB V ist das des Nutzens, konkret die Leistungserbringung unter dem Vorbehalt des Nutznachweises: Gemäß § 92 Abs. 1 S. 1 Halbs. 3 SGB V kann der G-BA mittels Richtlinien die Erbringung von Leistungen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der Nutzen einer Leistung nicht nachgewiesen ist (sog. Verbots- und Regulierungsvorbehalt). Noch weiter geht § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V, der für den Fall neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung sogar ein präventives Verbot mit Erlaubnisvorbehalt normiert: Neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung erst dann erbracht werden, wenn die Anerkennung ihres Nutzens nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse feststeht.

Insbesondere letzteres Verbot des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V ist geradezu prädestiniert dafür, als weiterer Beleg für die Herabsetzung des Behandlungsstandards durch sozialrechtliche Vorgaben herhalten zu müssen. Entsprechend ist dann in der Literatur auch von Beschränkungen des Sozialrechts die Rede<sup>19</sup> und von einem Hindernis, weil sich Ärzte möglicherweise durch § 135 SGB V an der Anwendung einer bestimmten neuen Behandlungsmethode gehindert sehen, obwohl diese „in der medizinischen Wissenschaft ‚allgemeine Anerkennung‘ erfahren hat und daher zum Basisstandard gehört“.<sup>20</sup> Kurzum, der Vorwurf oder zumindest die Befürchtung ist also, dass das Sozialrecht gesetzlich Krankenversicherten die Segnungen des medizinischen Fortschritts vorenthalten könnte. Das Verbot des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V

<sup>19</sup> *Francke/Hart*, ZaeFQ 2001, 732 (733).

<sup>20</sup> *Kreße*, MedR 2007, 393 (399).

wird mehr oder weniger automatisch gleichgesetzt mit einer Schlechterstellung der GKV-Patienten.

## 2. Der Vorbehalt des Nutznachweises als Maßnahme der Qualitätssicherung

Zwingend ist diese Gleichsetzung allerdings nicht. Keineswegs muss jede rechtliche Vorgabe, die sich dem ungehinderten Einzug des sog. medizinischen Fortschritts in die Versorgung entgegenstellt, zwangsläufig mit einem Absenken des Behandlungsstandards einhergehen. Ganz im Gegenteil kann eine solche Schranke sogar zu einem *Heraufsetzen* des Behandlungsstandards führen, insbesondere wenn dadurch die Sicherheit einer Behandlung gewährleistet wird. Dies gilt gerade auch für § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V – diese Vorschrift ist zuallererst eine präventive Maßnahme der Qualitätssicherung.<sup>21</sup> § 135 SGB V gewährleistet Patientensicherheit, indem die Grundidee der Evidence Based Medicine aufgenommen wird, dass jede Behandlung grundsätzlich zunächst einmal ein Schadenspotential in sich trägt und daher beim Patienten auch erst dann zur Anwendung kommen darf, wenn nachgewiesen ist, dass man mit dieser Behandlung mehr nützt als schadet. Eben dieses Prinzip ist in § 135 SGB V normiert: Der Nutzen einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode muss erwiesen sein – die Bilanz einer vergleichenden Abwägung zwischen der Wirksamkeitswahrscheinlichkeit einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode einerseits und deren Risiken andererseits muss positiv ausfallen.<sup>22</sup>

## 3. Wissenschaftliche Evidenz statt praktischer Erfahrung

§ 135 Abs. S. 1 SGB V normiert damit an sich also eine bloße Selbstverständlichkeit, die nicht nur für das Sozialrecht, sondern auch für das Haftungsrecht gilt. Auch haftungsrechtlich kann nur Standard sein, was „mehr nützt als schadet“. Das Nutzen-Prinzip ist so betrachtet nicht allein ein sozial-, sondern auch ein haftungsrechtliches Prinzip. Zu einem spezifisch sozialrechtlichen Prinzip wird es erst durch die besonderen Anforderungen, die gerade das Sozialrecht an den Nutznachweis stellt. Anders als im Haftungsrecht, wo Standard herkömmlicherweise definiert wird als ein Konsens, basierend auf wissenschaftlicher Erkenntnis *und/oder ärztlicher Erfahrung*, bedarf es nach dem SGB V eines Konsenses, der allein auf wissenschaftlicher Erkenntnis und zwar evidenzbasierter wissenschaftlicher Erkenntnis basiert. Das Sozialrecht lässt es also regelmäßig gerade nicht ausreichen, wenn sich ein Nutznachweis auf eine mehr oder weniger diffuse praktische ärztliche Erfahrung ohne jede Evidenz stützt. Das Sozialrecht fordert vielmehr wissenschaftliche Erkenntnis

21 Vgl. dazu auch *Plagemann*, MedR 2005, 401: „Es entspricht einer schon Jahrzehnte andauernden Allgemeinüberzeugung, dass neue Behandlungsmethoden, bevor sie zur allgemeinen Verwendung freigegeben werden, einer *präventiven Kontrolle* bedürfen“.

22 *Francke/Hart*, MedR 2008, 2 (14).

und zwar wissenschaftliche Erkenntnis auf Basis des sog. best available evidence, auf Basis der höchstmöglichen Evidenzklasse. Gemäß § 20 der Verfahrensordnung des G-BA ist der Nutzen einer Methode, „soweit möglich“, durch „Unterlagen der Evidenzstufe I mit patientenbezogenen Endpunkten“ zu belegen. Nur wenn diese höchstmögliche Evidenz nicht erreichbar oder nicht angemessen ist, sind auch Nachweise auf niedrigerer Evidenzstufe möglich, kann also auf der „Evidenztreppe“ hinabgeschritten werden. Ärztliche Erfahrung allein reicht demgegenüber für den sozialrechtlichen Nutznachweis grundsätzlich nicht aus.<sup>23</sup>

Damit erfolgt eine Schwerpunktverschiebung gegenüber der herkömmlichen Standarddefinition. Wenn dort von einem Konsens die Rede ist, der auf wissenschaftlicher Erkenntnis *und/oder ärztlicher Erfahrung* beruht, bedarf es nunmehr eines Konsenses, basierend allein auf wissenschaftlicher Erkenntnis und zwar evidenzbasierter wissenschaftlicher Erkenntnis. Man kann darin – negativ formuliert – eine Beschränkung ärztlicher Therapiehoheit sehen. Man kann darin aber auch – positiv formuliert – eine Entwicklung hin zu einer rationaleren Gesundheitsversorgung sowie einer objektiveren und fundierteren Standardfestlegung sehen.

Schließlich mag man auch einwenden, dass, je wissenschaftlicher, evidenzbasierter und damit auch „unbestechlicher“ ein System ist, dann zugleich auch die Gefahr umso größer ist, dass ein solches System blind für Einzelfälle und Einzelschicksale wird. Diese Befürchtung ist durchaus berechtigt. Der Beschluss des BVerfG zur Bioresonanztherapie liefert ein solches Beispiel dafür, wann ein verwissenschaftlichtes und ausschließlich auf Evidenz basiertes System an seine Grenzen stößt, wann eben doch die Besonderheiten des Einzelfalls Berücksichtigung finden müssen und Wissenschaft und Evidenz in den Hintergrund treten müssen.<sup>24</sup> Eben diese Grenzen und Feinjustierungen sind inzwischen jedoch dank der Rechtsprechung von BVerfG und BSG sowie der Fortschreibung des SGB V so weit entwickelt worden, dass insbesondere in notstandsähnlichen Situationen das Verbotsprinzip des § 135 SGB V nicht absolut gilt, sondern Ausnahmen zugunsten des einzelnen Betroffenen zulässig sind.<sup>25</sup>

Festhalten lässt sich daher: Das SGB V mag mit seinem Erfordernis eines evidenzbasierten Nutznachweises zwar durchaus „unbequem“ sein, für Ärzte, weil es ärztlicher Erfahrung regelmäßig keine Relevanz zuspricht und stattdessen evidenzbasierte wissenschaftliche Erkenntnis verlangt, für Patienten, weil es dem Hoffnungsträger medizinischer Fortschritt in gewisser Weise einen Riegel vorschiebt und stattdessen belastbare Nutznachweise fordert. Beides sind jedoch keine Belege dafür, dass das SGB V damit auch zu irgendeiner Art von Standardabsenkung führt.

23 Francke/Hart, MedR 2008, 2 (19).

24 BVerfG v. 6.12.2005 – 1 BvR 347/98 -, BVerfGE 115, 25.

25 Zur Fortschreibung des SGB V siehe insbesondere die durch das GKV-WSG eingefügten 6-Monats-Fristen bei Untätigkeit (§ 135 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V); zur Rechtsprechung in notstandsähnlichen Situationen siehe Engelmann, MedR 2006, 245 (253); zur Geltung der sog. Nikolaus-Rechtsprechung des BVerfG auch für Arzneimittel siehe § 31 Abs. 1 S. 4 SGB V sowie Hess, KassKomm SGB V, § 35b Rdn. 9 (Anwendung der „Nikolaus“-Grundsätze auch auf die Arzneitherapie).



Das Erfordernis des Nutznachweises führt umgekehrt sogar zu einer Standarderhöhung, es ist ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit. Im Einzelfall kann zwar das Verbotprinzip des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V durchaus zu einer zeitversetzten Erhöhung des Behandlungsstandards führen. Dieses Zeitmoment ist jedoch unvermeidbar, wenn „Fortschritt“ im Interesse von Qualitätssicherung und Patientensicherheit überprüft und kontrolliert werden soll. Und sollte dieses Zeitmoment im Einzelfall tatsächlich einmal zu nicht mehr hinnehmbaren Konsequenzen führen, kann dem durch die von der Rechtsprechung entwickelten Korrekturen zum SGB V in ausreichender Weise Rechnung getragen werden.

#### 4. Nutzenprinzip und haftungsrechtlicher Behandlungsstandard

Die Objektivierung und wissenschaftliche Fundierung der Standardfestlegung, die mit dem Nutzenprinzip des SGB V einhergeht, ist nicht nur für das Sozialrecht, sondern gerade auch für das Haftungsrecht zu fordern. Hier wie dort, im Sozial- wie im Haftungsrecht, ist zu fordern, dass eine neue Behandlungsmethode erst dann Einzug in den medizinischen Alltag finden darf, wenn ein Nutznachweis erbracht ist, wenn also belegt ist, dass diese neue Methode mehr nützt als schadet. Was passieren kann, wenn man auf solch einen evidenzbasierten Nutznachweis verzichtet und dem – oftmals eben nur vermeintlichen – medizinischen Fortschritt allzu bereitwillig die Türen öffnet, hat vor nicht allzu langer Zeit der BGH-Fall Robodoc mehr als deutlich vor Augen geführt.<sup>26</sup> Robodoc – eine neue computergestützte Operationsmethode – wurde als medizinischer Fortschritt im Behandlungsalltag mehr als herzlich willkommen geheißen und kam in der Praxis über 10 Jahre hinweg zum Einsatz, ohne dass der Nutzen dieser Methode auf irgendeine wissenschaftliche Erkenntnisbasis gestützt worden wäre.<sup>27</sup> Basis war vielmehr allein die euphorische Einschätzung der behandelnden Ärzte. Erst als sich die Beschwerden von Robodoc-geschädigten Patienten häuften, kam es (nach 10 Jahren!) zu einer umfassenden wissenschaftlichen Bewertung dieser Methode – und das mit einem negativen Ergebnis. Robodoc wurde dann aus dem Verkehr gezogen, allerdings erst, nachdem diese mit erheblichen Risiken behaftete Methode bei mehr als 10 000 Patienten zum Einsatz gekommen war. Mit Patientensicherheit hat dies offensichtlich nichts mehr zu tun. Um eine solche Patientensicherheit zu gewährleisten, hätte es gerade eines solch strengen Nutznachweises bedurft, wie er in § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V normiert ist.<sup>28</sup>

26 BGH v. 13.6.2006 - VI ZR 323/04 -, BGHZ 168, 103 = NJW 2006, 2477; GesR 2006, 411; MedR 2006, 650; zu dieser Entscheidung *Buchner*, VersR 2006, 1460; *Katzenmeier*, NJW 2006, 2738.

27 Näher *Buchner*, VersR 2006, 1460 (1463).

28 Das Verbotprinzip des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V gilt allerdings nur für die vertragsärztliche Versorgung; siehe demgegenüber für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus § 137c SGB V.

Auch für das im SGB V festgeschriebene Nutzenprinzip gilt daher im Ergebnis: Von einer pauschalen Absenkung des Behandlungsstandards durch das sozialrechtliche Nutzenprinzip kann nicht gesprochen werden. Das Erfordernis eines Nutzenachweises mag zwar im Einzelfall zu einer erst zeitversetzten Einführung neuer und besserer Behandlungsmethoden führen. Diese potentielle Verspätung wiederum wird aber mehr als kompensiert durch den Schutz vor solchen neuen Behandlungsmethoden, die nur vermeintlich besser sind, den Patienten tatsächlich aber mehr schaden als nützen.

### III. Wirtschaftlichkeit

Zu guter Letzt zu dem sozialrechtlichen Kriterium, das regelmäßig zuallererst mit einer Absenkung des Behandlungsstandards in Verbindung gebracht wird: das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V.

#### 1. Der Begriff der Wirtschaftlichkeit

„Wirtschaftlichkeit“ im Sinne des SGB V ist zunächst einmal ein nur schwer fassbarer Begriff, der im SGB V in den verschiedensten Ausprägungen Verwendung findet. Teils ist die Bedeutung von Wirtschaftlichkeit so allgemein und undifferenziert, dass sich daraus von vornherein keine konkreten Konsequenzen für den Standard ableiten lassen. Dies gilt gerade auch für die zentrale Norm des § 12 SGB V. Aus dem Begriff der Wirtschaftlichkeit lässt sich hier schon deshalb kein konkreter eigenständiger Bedeutungsgehalt ableiten, weil die „Wirtschaftlichkeit“ des § 12 SGB V als Oberbegriff so verschiedene Einzelkriterien wie ausreichend, zweckmäßig und notwendig umfasst.

Ähnlich undifferenziert präsentiert sich auch der Begriff der Wirtschaftlichkeit (bzw. Unwirtschaftlichkeit) in § 34 Abs. 3 SGB V. Nach dieser Vorschrift soll ein Arzneimittel u.a. dann unwirtschaftlich sein, wenn dessen Wirkungen nicht hinreichend sicher beurteilt werden können oder wenn ein „therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist“. Wirtschaftlichkeit in dieser Bedeutung entspricht damit mehr oder weniger dem gerade zuvor erörterten Nutzen. Ein genuin „wirtschaftlicher“ Bedeutungsgehalt fehlt demgegenüber. Dass die Verordnung eines Arzneimittels ohne Nutzen auch nicht wirtschaftlich ist, ist nicht weiter überraschend.

#### 2. Wirtschaftlichkeit als direkte Sparvorgabe

An anderen Stellen des SGB V ist die Zielvorgabe der Wirtschaftlichkeit zwar nicht als solche benannt, hat dafür jedoch in Form von konkreten Sparmaßnahmen ihre Umsetzung gefunden, insbesondere als Leistungsausschlüsse oder Leistungsbeschränkungen. In erster Linie handelt es sich dabei um solche Vorschriften des

SGB V, die bestimmte Leistungen der Eigenverantwortung der Versicherten zu schreiben. Dazu zählt etwa § 52 SGB V, wonach bei Selbstverschulden des Versicherten Leistungsbeschränkungen vorgesehen sind; auch § 34 SGB V mit seinen Ausschlüssen insbesondere für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zählt hierzu und schließlich auch die Verordnungsausschlüsse der Arzneimittel-Richtlinien.<sup>29</sup> Für die Standarddiskussion sind solcherlei rein wirtschaftlich motivierte Leistungsbeschränkungen und -ausschlüsse, die zum Zwecke von Einsparungen auf die Eigenverantwortung des Einzelnen verweisen, offensichtlich ohne Relevanz. Die Maßstäbe für eine standardgemäße Behandlung werden durch solcherlei Ausschlüsse und Einschränkungen nicht berührt. Der Arzt muss auch die von der Leistung ausgeschlossenen Arzneimittel verordnen, wenn er dies für geboten hält. Er wird dies auch ohne weiteres tun, allerdings nicht ohne den Patienten über die Kostentragung aufzuklären. Ein „haftungsrechtliches Dilemma“ wird sich für den Arzt hier jedenfalls nicht stellen.<sup>30</sup>

Ohne Relevanz für den Standard sind auch die viel kritisierten Budgetierungen. Zwar werden im Zusammenhang mit der Diskussion um längere Wartezeiten für GKV-Versicherte gerade die Praxisbudgets immer wieder als Beleg für eine in Deutschland herrschende Zweiklassenmedizin herangezogen. Sozialrechtlich ist die Lage jedoch klar und eindeutig: Sozialrechtlich ist es dem Arzt gerade nicht erlaubt, einem Versicherten Leistungen nur deshalb zu verweigern, weil diese möglicherweise nach Überschreiten des Budgets nicht oder nicht mehr voll honoriert werden. So sind Ärzte auch sozialrechtlich verpflichtet, ohne Rücksicht auf finanzielle Aspekte ihren Patienten so lange Termine zu geben, als ihnen dies aufgrund ihrer persönlichen Arbeitsbedingungen noch zumutbar ist.<sup>31</sup> Dass damit in der Praxis gleichwohl keine vollständige Gleichbehandlung von GKV- und Privatpatienten einhergeht, liegt nicht am „sozialrechtlichen Standard“ als solchen, sondern an den praktischen Defiziten bei der Umsetzung sozialrechtlicher Vorgaben.

### 3. Wirtschaftlichkeit als Kosten/Nutzen-Bewertung

Mehr Probleme als die gerade eben genannten Ausprägungen des Wirtschaftlichkeitsgebots wirft das Wirtschaftlichkeitsgebot in seiner Ausprägung als Kosten/Nutzen-Bewertung auf. Je weiter der medizinische Fortschritt geht und vor allem je teurer dieser wird, desto mehr wird diese Kosten/Nutzen-Bewertung in das Zentrum der Standarddiskussion rücken und desto häufiger wird ein Konflikt auftreten zwischen dem, was medizinisch an sich als Optimal-Behandlungsstandard möglich wäre, und dem, was sozialrechtlich tatsächlich gewährleistet werden kann.

29 Hess, KassKomm SGB V, § 92 Rdn. 13 (Verordnungsausschluss als Interpretation des Wirtschaftlichkeitsgebots).

30 Kreße, MedR 2007, 393 (398).

31 BSG v. 14.3.2001 - B 6 KA 54/00 R -, BSGE 88, 20.

Seit dem GKV-WSG ist die Kosten/Nutzen-Bewertung explizit in § 35b SGB V normiert, praktiziert wurde sie allerdings auch schon vorher.<sup>32</sup> Wesentliche Elemente dieser Kosten/Nutzen-Bewertung lassen sich der Clopidogrel-Entscheidung des BSG entnehmen:<sup>33</sup>

Die erste Aussage des BSG zum Wirtschaftlichkeitsgebot ist dabei aus Standardperspektive relativ unproblematisch: Wenn es das BSG zum „Kernbestandteil des Wirtschaftlichkeitsgebots“ zählt, dass bei gleichwertigem Nutzen der kostengünstigere Therapieansatz zu wählen ist<sup>34</sup>, ist dies schon deshalb unproblematisch, weil unter der Prämisse eines gleichwertigen Nutzens von vornherein keine Abweichung vom Standard nach unten zu befürchten ist.

Ein weiterer Grundsatz, den das BSG in seiner Clopidogrel-Entscheidung herstellt, ist der Grundsatz, dass eine Wirtschaftlichkeit dann nicht mehr bejaht werden kann, wenn einerseits nur ein ganz geringer Nutzenvorteil, andererseits aber eine hohe Kostendifferenz zu erwarten ist.<sup>35</sup> Auch ein solches Verständnis von Wirtschaftlichkeit lässt sich noch mit dem haftungsrechtlichen Standard vereinbaren, zumindest dann, wenn man in Rechnung stellt, dass auch mit dem haftungsrechtlichen Standard gerade kein Optimal-, sondern lediglich ein Mindeststandard geschuldet ist, dass also nicht jede noch so kleine medizinisch mögliche Verbesserung auch unbedingt „weitergereicht“ werden muss.<sup>36</sup>

Geht es hingegen um *deutliche* Nutzenvorteile, hält das BSG insoweit explizit fest, dass dann auch höhere Kosten in Kauf genommen werden müssen, sich der Nutzen in einer Kosten/Nutzen-Bewertung dann also stets gegenüber den Kosten durchsetzt.<sup>37</sup>

Bei einem solchen Verständnis von Wirtschaftlichkeit, wie es das BSG anstellt, lässt sich daher auch im Rahmen einer Kosten/Nutzen-Bewertung das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V noch mit dem haftungsrechtlichen Standard, zumindest mit dem sog. Mindeststandard vereinbaren.

#### 4. Rationierung

Besondere Brisanz erhält die Kosten/Nutzen-Bewertung allerdings, weil nunmehr in § 35b SGB V explizit davon die Rede ist, dass bei der wirtschaftlichen Bewertung „auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherungsgemeinschaft“ zu berücksichtigen ist. Spätestens mit einer solchen Möglichkeit der Berücksichtigung der „Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherungsgemeinschaft“ ist der Weg hin zu einer expliziten

32 Hess, KassKomm SGB V, § 35b Rdn. 10 ff.; Francke/Hart, MedR 2008, 2 (22).

33 BSG v. 31.5.2006 - B 6 KA 13/05 R -, BSGE 96, 261 - Clopidogrel.

34 Sog. Minimalprinzip; BSG v. 31.5.2006 - B 6 KA 13/05 R - Clopidogrel, Rdn. 44.

35 BSG v. 31.5.2006 - B 6 KA 13/05 R - Clopidogrel, Rdn. 74.

36 Siehe dazu schon oben A II 2.

37 BSG (Fn. 35).

Rationierung von Leistungen eröffnet. Leistungen können allein aus dem Grund ausgeschlossen werden, dass sie für die Versicherungsgemeinschaft zu teuer sind, auch wenn sie an sich einen erheblichen Zusatznutzen versprechen würden.<sup>38</sup> Zwar mag die durch § 35b SGB V eröffnete Möglichkeit einer Rationierung zunächst einmal dadurch ein wenig an Brisanz verlieren, dass auch schon vor Einführung des § 35b SGB V eine Rationierung dem Grunde nach möglich war, jedoch noch nie praktiziert worden ist: Schon bislang hatte der G-BA für sich in Anspruch genommen, im Rahmen einer Kosten/Nutzen-Bewertung auch die Folgekosten für die Gesamtheit der Versicherten mit zu berücksichtigen,<sup>39</sup> gleichwohl ist es aber bisher noch nie zu einem Ausschluss medizinisch standardgemäßer Leistungen gekommen, wenn für diese keine Alternative besteht.<sup>40</sup> Andererseits kann aber keineswegs ausgeschlossen werden, dass sich in Zukunft Konstellationen auf tun werden, die eine solche Wirtschaftlichkeitsprüfung unausweichlich machen, weil zwar der eindeutige Zusatznutzen einer medizinischen Innovation zu bejahen ist, diese Innovation aber den Finanzierungsrahmen der GKV sprengen würde.

Einen Vorgeschmack darauf, wie eine solche Konstellation aussehen könnte, bietet der Fall Lucentis/Avastin.<sup>41</sup> Lucentis und Avastin, die beiden Arzneimittel aus der Augenheilkunde zur Behandlung der sog. Makuladegeneration, liefern ein Beispiel dafür, welche Dimensionen einer finanziellen Mehrbelastung auf das Gesundheitssystem infolge des medizinischen Fortschritts zukommen können.<sup>42</sup> In Rede stehen hier Kosten in Höhe von bis zu neun Milliarden Euro pro Jahr bei Einsatz des neuen Arzneimittels Lucentis – verglichen mit Kosten in Höhe von lediglich 32 Millionen Euro bei Einsatz des bisherigen Arzneimittels Avastin.<sup>43</sup> Spätestens bei solchen Relationen wäre es lebensfremd, den Aspekt der Wirtschaftlichkeit ausblenden zu wollen, gerade auch in seiner Ausprägung als Rationierung. Rationierung ist hier unausweichlich, der sozialrechtliche Leistungsstandard kann hier nicht mehr das leisten, was der medizinische Optimal-Standard hergeben würde.

Die Wirtschaftlichkeitsvorgabe in ihrer Ausprägung als Rationierung führt damit also zu einem Konflikt – zumindest zu einem Konflikt zwischen sozialrechtlichem Standard und *medizinischem* Standard. Dies heißt allerdings nicht, dass damit automatisch auch ein Konflikt zwischen sozialrechtlichem Standard und *haftungsrechtlichem* Standard anzunehmen wäre; denn auch im Haftungsrecht spielen Aspekte der

38 *Francke/Hart*, MedR 2008, 2 (23 f.).

39 Siehe § 17 Abs. 2 Nr. 3 lit c VerfO G-BA; *Hess*, KassKomm SGB V, § 35b Rdn. 12.

40 *Francke/Hart*, MedR 2008, 2 (24).

41 Zum Sachverhalt im Einzelnen siehe den Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen vom 11.2.2008 - L 11 (10) B 17/07 KA ER.

42 Wobei sich der „Fortschritt“ im Falle von Lucentis zunächst einmal darauf beschränkt, dass der Nutzen dieses neuen Arzneimittels anders als im Fall von Avastin durch Evidenz belegt ist.

43 So die Zahlen im Deutschen Ärzteblatt vom 17.10.2007 (Heft 43, A 2910); dass im konkreten Fall die vergleichende Kosten/Nutzen-Bewertung keine Rolle spielt, ist darauf zurückzuführen, dass die Behandlung mit Avastin im Off Label Use erfolgt und in einem solchen Fall die Möglichkeit einer vergleichenden Kosten/Nutzen-Bewertung nicht eröffnet ist.

Finanzierbarkeit und Wirtschaftlichkeit durchaus eine Rolle. Auch im Haftungsrecht gibt es – wie bereits dargelegt<sup>44</sup> – eine Vielzahl von Fällen, in denen mit Rücksicht auf wirtschaftliche und praktische Zwänge im Ergebnis eine Absenkung dessen bejaht wird, was haftungsrechtlich als Behandlungsstandard geschuldet ist. Haftungs- und Sozialrecht weisen so gesehen auch bei Wirtschaftlichkeitsaspekten eine Parallele auf und es wäre auch völlig unrealistisch anzunehmen, dass der Aspekt der Wirtschaftlichkeit außerhalb des Sozialrechts einfach ausgeblendet werden könnte, gerade mit Blick auf den immer schneller voranschreitenden und vor allem auch immer kostspieliger werdenden medizinischen Fortschritt.

### C. Fazit

Das SGB V ist deutlich besser als sein Ruf. Insbesondere die Befürchtung, dass das Sozialrecht stets eine latente „Bedrohung“ für den Behandlungsstandard im Arzt-Patienten-Verhältnis darstellt, ist so nicht begründet. Was sozialrechtliche Vorgaben wie Qualitätssicherung und Nutznachweis angeht, führen diese sogar zu einer Verbesserung, nicht zu einer Verschlechterung des Behandlungsstandards. Und selbst bei dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit greift es zu kurz, wenn hier das Problem der Finanzierbarkeit von Leistungen allein für die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert wird. Wenn immer wieder zu lesen ist, dass sich mit dem zunehmenden medizinischen Fortschritt der Konflikt zwischen dem, was medizinisch möglich ist, und dem, was *sozialrechtlich* geleistet wird, stetig weiter verschärfen wird, so ist dies nur die halbe Wahrheit. Die ganze Wahrheit ist vielmehr, dass dieser Konflikt nicht nur allein ein Problem des GKV-Systems ist, sondern vielmehr das Problem eines jeden wie auch immer strukturierten Gesundheitssystems sein wird. Daher ist auch das eigentliche Spannungsverhältnis nicht ein solches zwischen Standard und SGB V, sondern ein solches zwischen dem medizinischen Fortschritt und dessen Finanzierbarkeit. So betrachtet ist dann das SGB V auch nicht Teil des Problems, sondern umgekehrt vielmehr sogar Teil der Lösung. Die Grundsätze des SGB V können gerade dazu beitragen, das Spannungsverhältnis zwischen dem medizinischen Fortschritt und dessen Finanzierbarkeit aufzulösen. Insbesondere das hier angesprochene sozialrechtliche Prinzip des Nutzens, das Prinzip, dass jede Leistungserbringung unter dem Vorbehalt eines Nutznachweises steht, ist von ganz zentraler Bedeutung, weil es das, was als Fortschritt präsentiert wird, überprüft und hinterfragt und damit auch wirkliche Innovationen von kostspieligen Scheininnovationen trennt.

Im praktischen Ergebnis mag das Sozialrecht dann zwar durchaus zu einem „Weniger“ an Leistungen führen, weil eben nicht alles, was als innovative Leistung präsentiert wird, auch ungehindert den Weg in das sozialrechtliche Leistungsspektrum findet. Dieses Weniger an Leistung führt allerdings gerade nicht automatisch auch

44 Siehe oben A II 2.

zu einem Weniger an Standard, weil nicht alles, was neuer, teurer oder innovativer ist, zwangsläufig auch besser für Patienten ist. Oftmals spiegelt vielmehr der hoch geschätzte und viel zitierte „medizinische Fortschritt“ nichts anderes wider als all die mehr oder weniger irrationalen Hoffnungen auf Besserung und Heilung, die mit dem medizinischen Fortschritt so gern verknüpft werden.

Belege dafür, wie ausgeprägt diese oftmals irrationale Verknüpfung von „neu & teuer“ mit „besser“ ist, finden sich viele. Nur ein Beispiel sei abschließend genannt<sup>45</sup> – das des Placebos, welches US-amerikanische Forscher in einem Versuch Patienten als angebliches „Schmerzmittel“ verabreicht hatten: der einen Patientengruppe präsentiert als innovatives, neu entwickeltes Schmerzmittel zum Stückpreis von 2,50 \$, der anderen Patientengruppe präsentiert als herkömmliches Standardmittel zum Billigpreis von 10 Cent. Das Ergebnis war eine relativ um fast 40 Prozent erhöhte Erfolgsquote im Fall des vermeintlich neuen, innovativen und teuren „Schmerzmittels“. Zu verdanken war dieser Erfolg ausschließlich dem Glauben an die Segnungen des Neueren und Teureren. Vielleicht steht das SGB V teils auch deshalb so in der Kritik, weil es uns mit seiner Objektivierung und Evidenz-Basierung diesen Placebo-Effekt nimmt und damit auch all die mit dem Neuen und Teuren verbundenen Hoffnungen. Nachvollziehbar ist diese Kritik durchaus, berechtigt nicht.

45 Nachzulesen im April-Heft 2008 der Zeitschrift „Forschung & Lehre“ (Forschung & Lehre 4/2008, S. 243).