

21. Wissenschaftspreis der GRPG

Vergabe zwei weiterer Preise

Aufgrund ausgezeichneter Beurteilungen, hat das geschäftsführende Präsidium der GRPG beschlossen, zwei weitere Preise mit jeweils 1.000 EUR an folgende Mitbewerber zu vergeben an

Frau Dr. Dr. Christina M. Berchtold für ihre Dissertation

**Der Wandel genetischer Information
Personalisierte Medizin zwischen Informations- und Verschwiegenheitsinteressen**
erstellt an der Ludwig-Maximilians-Universität, Juristische Fakultät, München

und

Herrn Dr. Stefan Werner für seine Dissertation

**Schließung und Insolvenz gesetzlicher Krankenkassen - Eine vergleichende
Betrachtung unter besonderer Berücksichtigung der Absicherungsverfahren für
Gläubiger und Kassenbeschäftigte**
erstellt an der Universität Halle-Wittenberg

Dr. Christina M. Berchtold



Christina M. Berchtold studierte Medizin und Jura an der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Harvard Medical School Boston.

2011 wurde sie am Max von Pettenkofer-Institut in München mit einer Arbeit über die experimentelle Entwicklung neuer Impfstrategien zum Dr. med. promoviert. 2015 folgte die medizinrechtliche Promotion zum Dr. jur. am Institut für Politik und Öffentliches Recht der LMU München.

Während ihrer Studienzeit war sie u.a. Stipendiatin des DFG-Graduiertenkollegs 1202, der Harvard Munich Alliance, der Lindau Nobel Laureate Meetings, des Elite-netzwerks Bayern sowie der Studienstiftung des Deutschen Volkes.

Nach beruflichen Stationen in einer internationalen Großkanzlei und am Klinikum der Universität München ist sie als Senior Advisor und Medical Launch Lead eines international führenden Pharmaunternehmens tätig.

Dr. Stefan Werner



geboren am 08.07.1987 in Erlabrunn (Erzgebirge), studierte von 2006 bis 2011 Rechtswissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Im Anschluss daran arbeitete er an seiner von Prof. Dr. Wolfhard Kohte betreuten Promotion, die durch die Graduiertenförderung des Landes Sachsen-Anhalt unterstützt wurde. Parallel dazu nahm er das Graduiertenstudium „Medizin-Ethik-Recht“ auf, das er 2014 mit dem Mastergrad „M.mel.“ abschloss.

Im Jahr 2016 absolvierte Herr Dr. Werner das zweite juristische Staatsexamen und wurde mit der Arbeit „Schließung und Insolvenz gesetzlicher Krankenkassen“ zum Dr. iur. promoviert. Nach zwischenzeitlicher Tätigkeit als Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ist er nunmehr Richter auf Probe in Thüringen und derzeit beim Sozialgericht Nordhausen eingesetzt.

„Der Wandel genetischer Information – Personalisierte Medizin zwischen Informations- und Verschwiegenheitsinteressen“

Dr.Dr. Christina Berchtold

„Wie persönlich ist die Personalisierte Medizin?“ Gegenstand der Arbeit ist der Wandel genetischer Informationen, der sich gegenwärtig im Spannungsfeld einer Personalisierung inmitten Medizin und Recht vollzieht. Die Besonderheit genetischer Information spiegelt dabei das Spezifikum diagnostischer und prädiktiver Gendiagnostik wider: Eine Genanalyse kann nicht nur die genetische Disposition des Einzelnen identifizieren, sondern offenbart gegebenenfalls auch das Erkrankungsrisiko genetisch mit ihm verwandter Personen. Diese Besonderheit genetischer Information bedingt einen diffizilen Grundrechtskonflikt, wenn Informations- und Verschwiegenheitsinteressen konfliktieren – der folgende Fall illustriert dies wie folgt:

Ein 20-Jähriger fällt „unerwartet ins Koma und stirbt. Ein Arzt erkennt eine über das X-Chromosom erbliche Stoffwechselstörung der Leber als Ursache und erklärt der Mutter, an dem Defekt könnten auch die heranwachsenden Söhne ihrer beiden Schwestern erkranken. Aus Scham bewahrt die Frau jedoch das Geheimnis, und der Mediziner fühlt sich an seine Schweigepflicht gebunden, obwohl er weiß, wie die Leberstörung mit einer strikten Diät kontrolliert werden könnte. Davon ahnen die Tanten des Toten und deren Söhne nichts – die Familientragödie nimmt ihren Lauf. Drei Jahre nach dem ersten Koma-Opfer stirbt ein Cousin auf gleiche Weise, und dessen Mutter klagt den Arzt an: Sein Schweigen habe ihren Sohn einer Chance beraubt, seinem vermeidbaren Tod zu entgehen.“¹

Zunächst mag man in dieser Frage auf Leben und Tod geneigt sein, eine Informationspflicht zu bejahen – bei weniger einschneidenden Diagnosen oder geringeren Behandlungschancen ist ein Geheimhaltungsinteresse jedoch möglicherweise differenziert zu betrachten. Jeder muss sich fragen: Wie viel Wissen braucht der Mensch, wie viel Wissen verträgt der Mensch?

Der Konflikt zwischen Informations- und Verschwiegenheitsinteressen lässt sich zunächst individuell lösen – wenn die Entscheidung auf die eigenen Informationen beschränkt ist, und der Patient persönlich in eine genetische Untersuchung einwilligen kann. Diffizil wird eine Entscheidung, sobald ein informationeller Drittbezug genetischer Daten für verwandte Familienangehörige, wie den Cousin des 20-Jährigen, gegeben ist. Die zugrundeliegende Problematik ist dabei mitunter auf den Wandel des ärztlichen und medizinischen Selbstverständnisses zurückzuführen: Bedingt durch den Wandel genetischer Information empfinden Menschen bereits die Wahrscheinlichkeit, erkranken zu können, als beeinträchtigende Belastung – gar als Krankheit. Es entsteht das Phänomen des „gesunden Kranken“. Befunde werden präsymptomatisiert, und die Betroffenen treffen in der Abwägung

¹ Stollorz, Mehr als nur ein Familiengeheimnis, FAZ vom 30.06.2010, <http://www.faz.net/s/Rub268AB64801534CF288DF93BB89F2D797/Doc~E4CE617A52F614754ACB762D5C71CD268~ATpl~Ecommon~Scontent.html> [letzter Aufruf am 08.11.2013]. Siehe auch Albrecht, „Habe auch den Defekt“, Der Spiegel 46/2012, S. 138, http://magazin.spiegel.de/reader/index_SP.html#j=2012&h=46&a=89571166 [letzter Aufruf am 28.04.2013].

genanalytischer Erkenntnisse weitreichende Entscheidungen: Der vielfach zitierte Fall einer amerikanischen Schauspielerin ist dabei wohl das bekannteste Beispiel, sich aufgrund eines statistischen Erkrankungsrisikos zu einer Brustamputation zu entscheiden, ohne dass konkrete Krankheitssymptome vorliegen.

Gleichermaßen gilt es auch in Rechnung zu stellen, dass sich der „gesunde Kranke“ möglicherweise gar nicht annäherungsweise Aussagen der Gendiagnostik aussetzen möchte? Zu reflektieren ist, ob die Komplexität genetischer Disposition in einem Wechselspiel von exogenen, epigenetischen Faktoren der biologischen, gesellschaftssozialen und politischen Umwelt des Menschen nicht genetisch informierte Präventionslogiken überspielt? Denn selbst bei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu prognostizierenden Krankheiten, wie Chorea Huntington, muss man sich fragen, ob die Krankheitsdiagnose nicht zu einer beträchtlichen psychischen Verunsicherung des Patienten führt, wenn Behandlungsoptionen fehlen? In diesem komplexen Interessengeflecht würde ein konservativ behandelnder Arzt das Konzept der „personalisierten“ Information gewiss erweitern und „persönliche“ Informationen, wie etwa die Lebensumstände oder Familienkonstellationen, in die Bewertung des Einzelfalls einflechten. Zugleich ist das Informationsverlangen genetisch Verwandter auch nicht vorbehaltlos zu gewähren. So gilt es, die aktive Auseinandersetzung mit dem Recht auf Wissen verfahrensrechtlich einzuschränken, als im Hinblick auf die Kenntnisgenerierung in der Ergebniskommunikation die Entwicklung des Verwandten – etwa eines Kindes – zu berücksichtigen ist. Insoweit muss die Möglichkeit des Missbrauchs oder eines etwaigen Nachteils der Datenverwendung durch Dritte angesichts der von genetischen Daten ausgehenden Diskriminierungsgefahr abgesichert werden. Dies könnte über Modalitäten der ärztlichen Schweigepflicht oder verwandtschaftliche Verschwiegenheitsauflagen erfolgen. Insofern erscheinen rechtliche Feinjustierungen – namentlich in Bezug auf die „Bedeutung“ oder genetischen Disposition für eine „vermeidbare oder behandelbare Erkrankung“ geboten. Erst wenn eine Erkrankung auch Behandlungsrelevanz aufweist oder Therapieoptionen gegeben sind, lässt sich die Sinnhaftigkeit der Informationsweitergabe bekräftigen. Die Lösung des innerfamiliären Entscheidungskonflikts liegt also in einer „persönlicheren“ Betrachtung des Einzelfalls. Dabei kann den hohen Anforderungen des Spannungsverhältnisses zwischen Diagnostik und Therapie, zwischen Information und Verschwiegenheit und schließlich zwischen dem Betroffenen und seinen Familienangehörigen nur in einer partizipatorischen und auf Dauer angelegten Arzt-Patienten-Beziehung Rechnung getragen werden.

Doch die Dimensionen der personalisierten Medizin reichen um ein Vielfaches weiter. In ihrer Fortentwicklung stützt sich die personalisierte Medizin mitunter auf gendiagnostische Informationen in Biobanken. Ziel ist es, genetische Proben in Verknüpfung mit persönlichen Daten zu sichern. Zugleich stellen Biobanken aber auch ein relativ neues Problem für das Recht dar: Der Spender, der sein Blut, sein Gewebe oder seine DNS für diagnostische, therapeutische oder Forschungszwecke entnehmen lässt, sieht sich in seinem Recht auf informationelle Selbstbestimmung betroffen. Mit einer intensivierten Auswertung des Gewebes und den hieraus gewonnenen Informationen können auch Daten über den gegenwärtigen Gesundheitszustand erzeugt oder Prognosen für die künftige Gesundheitsentwicklung getroffen werden.

Die zentrale Herausforderung einer gesetzlichen Regulierung der Genmedizin ist insoweit eine angemessene interdisziplinäre Wissensbalance, die den Konflikt zwischen Information und Verschwiegenheit von Betroffenen und Angehörigen im Einzelfall auflöst. In Zeiten der Postgenomics wird ein persönlich-kooperatives und interdisziplinär umhegtes Miteinander einer freien, individuell geführten Abwägungsentscheidung über genetisches Wissen oder Nichtwissen zum rechtlichen Maßstab einer Neugestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Schließung und Insolvenz gesetzlicher Krankenkassen – Eine vergleichende Betrachtung unter besonderer Berücksichtigung der Absicherungsverfahren für Gläubiger und Kassenbeschäftigte

Dr. Stefan Werner

Die Arbeit befasst sich mit dem Normkomplex der §§ 146a, 155, 164, 171, 171b bis 172 SGB V, der in den vergangenen Jahren durch das GKV-OrgWG und das GKV-WSG geschaffen bzw. entscheidend geändert worden ist. Dieser Komplex enthält das Recht der Abwicklung gesetzlicher Krankenkassen aus wirtschaftlichen Gründen, das in der Arbeit umfassend aufbereitet wird.

Für gesetzliche Krankenkassen sind zwei mögliche Abwicklungsverfahren für den Fall einer nicht mehr gegebenen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit vorgesehen: Erstens ein sozialrechtlich stark modifiziertes Insolvenzverfahren, zweitens ein rein sozialrechtliches Schließungsverfahren mit der Aufsichtsbehörde als zentralem Akteur. Diese Parallelexistenz zweier Abwicklungsverfahren ist nur vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung der Vorschriften verständlich. Diesem Hintergrund widmet sich der erste Abschnitt der Arbeit. Hierbei zeigt sich, dass die parallele Anwendbarkeit von sozialrechtlichen Schließungsvorschriften und insolvenzrechtlichen bzw. konkursrechtlichen Normen auf gesetzliche Krankenkassen schon seit langer Zeit besteht, aber in der Vergangenheit nur selten untersucht und problematisiert wurde. Bei der Schaffung des aktuellen sozialrechtlich modifizierten Kassen-Insolvenzverfahrens hat sich der Gesetzgeber um eine Anlehnung an die für Unternehmen der Kreditwirtschaft und der privaten Versicherungswirtschaft geltenden Regelungen bemüht.

Nach einem Überblick über die Finanzierungssystematik der gesetzlichen Krankenversicherung wird dargestellt, welche Möglichkeiten zur Vermeidung von Abwicklungsfällen und zur Sanierung einer gesetzlichen Krankenkasse bestehen und welche ergänzenden Regelungen sinnvoll wären. Dabei findet insbesondere die spezifische Einnahmen- und Ausgabenstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung Berücksichtigung: Aufgrund der zu über 90% gesetzlich festgelegten Leistungen, der langfristigen Bindung der Kassen durch Gesamtverträge und des Zwanges zur Aufnahme von Mitgliedern sind die Sanierungsmöglichkeiten für eine notleidende gesetzliche Krankenkasse sehr eingeschränkt. Insbesondere sind die aus dem VVG für private Versicherungsunternehmen bekannten aufsichtlichen Sanierungsinstrumente auf gesetzliche Krankenkassen im Wesentlichen nicht übertragbar. Im Bereich der GKV stehen somit als Reaktionsmöglichkeiten hauptsächlich die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse und die Erhöhung des Zusatzbeitrags zur Verfügung.

Die beiden möglichen Abwicklungsverfahren werden im nächsten Abschnitt im Hinblick auf ihre tatbestandlichen Voraussetzungen und ihre rechtlichen Probleme untersucht und miteinander verglichen. Die Darstellung orientiert sich am chronologischen Ablauf beider Verfahren. Insbesondere wird das Verhältnis beider Abwicklungsverfahren zueinander untersucht. Die zentrale Norm ist dabei § 171b Abs. 3 S. 2 SGB V. Dessen Soll-Regelung zugunsten des Schließungsverfahrens wird in der Praxis dazu führen, dass das Insolvenzverfahren für gesetzliche Krankenkassen eine rein theoretische Option bleibt.

Vertiefend wird überdies auf die spezifischen sozialrechtlichen Absicherungsregelungen für die Gläubiger einer Krankenkasse und auf das Unterbringungsverfahren für Kassenbeschäftigte eingegangen, die beide eine Fülle von Unklarheiten und rechtlichen Problemen mit sich bringen. Auffallend ist dabei die starke Annäherung des modifizierten Kasseninsolvenzverfahrens an die Regelungen des sozialrechtlichen Schließungsrechts. Diese Annäherung ist in vielen Fällen durch verfassungsrechtliche Vorgaben und die

Funktionslogik des GKV-Systems bedingt und daher nicht grundsätzlich zu kritisieren. Sie wirft jedoch die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Anwendung des Insolvenzrechtes auf die gesetzlichen Krankenkassen auf, wenn die praktischen Unterschiede zum parallel existierenden Schließungsverfahren im Ergebnis nur marginal sind.

Die Arbeit schließt mit einer Bewertung der geltenden Rechtslage und mit Anregungen zu einer Neuregelung des Rechts der Abwicklung gesetzlicher Krankenkassen. Vorgeschlagen wird die Beschränkung auf ein einziges Abwicklungsverfahren, bei dem es sich um ein reformiertes sozialrechtliches Schließungsverfahren handeln sollte, weil das Insolvenzverfahren im Bereich der GKV seine spezifischen Stärken nicht ausspielen kann.