

RPG

Band 29 | Heft 3 | 2023

3 | 2023

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Wissenschaftspreis**
Impfpflicht und Grundgesetz: Darf der Staat eine allgemeine Impfpflicht einführen?
 - **Übersicht**
Ausgaben- und rücklagenrelevante Effekte der Größe und des Tätigkeitsgebiets gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland: Eine quantitative Analyse
 - **Zur Diskussion gestellt**
Impulse für ein Versorgungsgesetz zur Regulation der ambulanten Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)
- Argumente zur Durchführung eines Modellprojektes nach §§ 63–65 SGB V**

HERAUSGEBER

V. Ulrich
S. Huster
G. Marckmann
E. Wille
G. Ulrich
J. Stoschek (Schriftleiter)

MITHERAUSGEBER

St. Allroggen
B. Brennecke
G. Demmler
K. Kemmritz
A. Kießling
O. Kirst
M. Meyer
G. Noelle
S. Postel
U. A. Richter
C. Schmidtke
G. Schulte
K. Schulz-Asche
T. Sorge
A. Tecklenburg
J. Zerth

Autoren des Heftes

Friederike Gebhard
Lisa Masciangelo
Michael Müller
Daniel Schaffer
Michael Wey

Editorial

Im Gesundheitswesen spielen nicht nur die verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen wie die Medizin, die Rechtswissenschaften oder die Ökonomie eine wichtige Rolle. Auch Politik, Verbände, Körperschaften oder Interessenverbände machen ihren Einfluss geltend. Für den Austausch unterschiedlicher Positionen der verschiedenen Akteure bietet sich die GRPG als Plattform an.

In diesem Heft findet sich daher wieder ein weites Themenspektrum zu aktuellen Fragestellungen: Darf der Staat eine allgemeine Impfpflicht einführen? Oder: Welche Auswirkungen hat die Größe einer Krankenkasse auf ihre Ausgaben? Ein weiterer Beitrag stellt Impulse für ein Versorgungsgesetz zur Regulation der ambulanten Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren zur Diskussion. Und als Antwort auf einen Beitrag in Heft 1/23 finden Sie in dieser Ausgabe einen Vorschlag für ein besonderes Modellprojekt.

Wir wünschen eine interessante Lektüre und anregende Diskussionen.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Wissenschaftspreis

Impfpflicht und Grundgesetz: Darf der Staat eine allgemeine Impfpflicht einführen?

Friederike Gebhard 55

Übersicht

Ausgaben- und rücklagenrelevante Effekte der Größe und des Tätigkeitsgebiets gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland: Eine quantitative Analyse

Lisa Masciangelo 65

Zur Diskussion gestellt

Impulse für ein Versorgungsgesetz zur Regulation der ambulanten Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Michael Müller | Daniel Schaffer 74

Argumente zur Durchführung eines Modellprojektes nach §§ 63–65 SGB V

Michael Wey 81

Aus der Rechtsprechung 73, 84

29. Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die *Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. GRPG* hat es sich zum Ziel gesetzt, den interdisziplinären Austausch und die wissenschaftliche Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes wie auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zu fördern. Darüber hinaus möchte die GRPG zu einem verbesserten gegenseitigen Verständnis im Gesundheitswesen beitragen und dazu rechtliche, volkswirtschaftliche, ethische und medizinische Gesichtspunkte vertiefen.

Vor diesem Hintergrund schreibt die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 3.000 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten, bevorzugt von Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern, aus. Die Arbeit muss sich mit Themen aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsrecht oder Gesundheitspolitik beschäftigen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf – mit Ausnahme von Dissertationen und Masterarbeiten – in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die GRPG nimmt Bewerbungs-Arbeiten für den 28. Wissenschaftspreis bis zum Eingangsschluss 31. Mai 2024 an. Zusendung der Arbeiten und der jeweiligen Gutachten (Erstgutachten und falls vorhanden auch Zweitgutachten) in zweifacher Ausfertigung an: Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München.

Weitere Informationen wie die Satzung des Wissenschaftspreises und der Gesellschaft erhalten Sie unter www.grpg.de oder unter info@grpg.de

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Lehrstuhl VWL und Gesundheitsökonomie
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. jur. Stefan Huster
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150
44801 Bochum

Prof. Dr. med. Georg Marckmann,
MPH Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Universität München
Lessingstraße 2
80336 München

Prof. Dr. Eberhard Wille
Universität Mannheim
L7, 3-5
68131 Mannheim

Dipl.-Volkswirtin Gaby Ulrich
Böttgerweg 3
95448 Bayreuth

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Mitherausgeber
St. Allroggen
B. Brennecke
G. Demmler
K. Kemmritz
A. Kießling
O. Kirst
M. Meyer
G. Noelle
S. Postel
U. A. Richter
C. Schmidtke
G. Schulte
K. Schulz-Asche
T. Sorge
A. Tecklenburg
J. Zerth

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2023 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation mbH
Holmblick 10
24857 Fahrdrorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreislise: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2023 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation mbH

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Friederike Gebhard

Impfpflicht und Grundgesetz: Darf der Staat eine allgemeine Impfpflicht einführen?¹

Die Entscheidung für eine Impfung, also dafür, sich selbst gegen eine Krankheit zu schützen, ist grundsätzlich eine individuelle Entscheidung. Warum aber – und wann? – kommt die Maßnahme einer allgemeinen Impfpflicht in Betracht? Welche tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen müssen vorliegen, damit der Staat den Bürgerinnen und Bürgern diese Entscheidung abnehmen und sie zu einer bestimmten Impfung verpflichten oder gar zwingen darf? Diese Fragen beschäftigen uns nicht erst seit der Covid-19-Pandemie, während der die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht kontrovers diskutiert und eine Covid-19-Impfpflicht in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sogar – befristet bis zum 31.12.2022 – eingeführt wurde. Im Mittelpunkt steht immer die Frage, wie der Staat als „Mittler“ die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit impfunwilliger Personen einerseits und impfunfähiger Personen andererseits einander zuordnet.

I. Die Impfpflicht – Dauerbrenner mit Konfliktpotenzial

Schutzimpfungen gehören zwar zu den effektivsten, sichersten und kostengünstigsten Möglichkeiten, den Ausbruch und die Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhindern.² Sie können nicht nur der Erkrankung des Einzelnen vorbeugen, sondern dadurch auch eine

Vielzahl von Menschen schützen.³ Was zunächst uneingeschränkt vorteilhaft klingt, wird dann zum Problem, wenn der Staat den Einzelnen rechtlich dazu verpflichten will, diesen medizinischen Vorteil – auch gegen seinen Willen – in Anspruch zu nehmen.⁴ Denn „nicht alles, was im Hinblick auf Prävention und Intervention epidemiologisch oder medizinisch effizient erscheint, ist rechtlich möglich. Insbesondere die Grundrechte und der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz erweisen sich als normative ‚Bremse‘ epidemiologisch-medizinischer Effek-

tivität.“⁵ Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit garantiert dem Einzelnen die biologisch-physiologische Integrität, die psychische Integrität und ein auf beide Gewährleistungen bezogenes Selbstbestimmungsrecht.⁶ Eine Pflicht zur Impfung stellt einen Eingriff in dieses Grundrecht dar⁷, weil es dabei aus medizinischer Sicht zu einer irreversiblen Versetzung des Organismus mit körperfremden Substanzen kommt. Die Vereinbarkeit mit dem Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit und – wenn Kinder verpflichtend geimpft werden sollen – auch mit dem Elterngrundrecht ist die Kernfrage der verfassungsrecht-

1 Es handelt sich um eine Kurzzusammenfassung der Dissertation „Impfpflicht und Grundgesetz“, erschienen als StudÖR Bd. 55, Tübingen 2022, 612 S.

2 Für viele *Dahl*, Impfungen in der Pädiatrie, in: *Ethik Med* 2002, S. 201 (202); *Deutscher Ethikrat*, Stellungnahme: Impfen als Pflicht? (2019), S. 7; *Klein/Schöneberg/Krause*, Vom Zwang zur Pockenschutzimpfung zum Nationalen Impfplan, in: *BGesBl.* 2012, S. 1512; *Pflug*, Pandemievorsorge (2013), S. 216; *Spiecker gen. Döhmman/Kurzenhäuser*, Das rechtliche Darstellungsgebot, in: Engel et al. (Hrsg.), *Recht und Verhalten* (2007), S. 133 (137); *Sodan*, § 56 – Infektionsschutzrecht, in: *Ehlers/Fehling/Pünder* (Hrsg.), *Bes. VerwR* Bd. 2 (2020), Rn. 45.

3 So *Deutscher Ethikrat*, Stellungnahme: Impfen als Pflicht? (2019), S. 7: „Vor allem gegen viele von Viren verursachte, bis heute nur symptomatisch therapierbare Infektionskrankheiten sind – von der Vermeidung des Kontakts zu Infektionsquellen abgesehen – Impfungen die wichtigste Maßnahme, um schwerwiegenden gesundheitlichen Gefahren vorzubeugen“.

4 Vgl. prägnant *Sacksofsky*, Allgemeine Impfpflicht – ein kleiner Piks, ein großes verfassungsrechtliches Problem, www.verfassungsblog.de/allgemeine-impfpflicht-ein-kleiner-piks-ein-groes-verfassungsrechtliches-problem/ (Seite zuletzt aufgerufen am 13.07.2023).

5 *Rixen*, Befugnisse und Grenzen des staatlichen Infektionsschutzrechts, in: *Kloepfer* (Hrsg.), *Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung* (2011), S. 67 (79).

6 *Jarass*, in: *Jarass/Pieroth GG Kommentar* (2022), Art. 2 Rn. 97, 99.

7 So i.E. auch *Mers*, Infektionsschutz im liberalen Rechtsstaat (2019), S. 144; *Rixen*, Verfassungsfragen der Masernimpfpflicht – Rechtsgutachten für „Ärzte für Individuelle Impfscheidung e.V.“ (2019), S. 36 f.

lichen Zulässigkeit einer Impfpflicht. Häufig wird die Positionierung für oder gegen eine Impfpflicht aber auch zu einer Art Grundsatzfrage über die Reichweite staatlicher Bestimmungsmacht erhoben, die das Potenzial hat, die Gesellschaft zu spalten⁸ – eindrucksvoll zu beobachten etwa bei der „Querdenker“-Bewegung. Bisweilen lassen sich ähnlich einer Verschwörungstheorie⁹ anmutende Meinungen finden¹⁰, eine extreme Ansicht verteuftelt Impfungen sogar als „Großangriff auf Gehirn und Seele“.¹¹ Solche Auffassungen können nur entstehen, wenn die Faktenlage verzerrt¹², verkehrte Schlüsse aus wissenschaftlichen Erkenntnissen gezogen¹³ oder unerfüllbare Erwartungen an die klassische Medizin gestellt werden.¹⁴ Hier gilt es, die Frage der Verfassungskonformität einer Impfpflicht allein aus der nüchtern-objektiven Perspektive des Rechts zu beantworten.

8 Gärditz spricht von einer „Widerstandsromantik der Querdenker-, Esoteriker- und Impfgegner-Szenen“, in: Grundrechtsdogmatik auf dem Jahrmarkt der Wahrheiten?, www.verfassungsblog.de/grundrechtsdogmatik-auf-dem-jahrmarkt-der-wahrheiten/ (Seite zuletzt aufgerufen am 13.07.2023).

9 Quattrociochi, „Fake News“ in sozialen Netzwerken, in: Könniker (Hrsg.), Fake oder Fakt? (2018), S. 143 (147).

10 Meyer/Reiter, Impfgegner und Impfskeptiker, in: BGesBl. 2004, S. 1182; Ratzel, Der Entwurf für ein neues Masernschutzgesetz, in: GesR 2019, S. 560.

11 So der Titel eines Buches von Harris L. Coulter.

12 Betsch, Psychologie des (Nicht-)Impfens, Interview, in: Barmer Ersatzkasse (Hrsg.), Arzneimittelreport 2019, S. 222 (224); Schaarschmidt, Gefühlte Wahrheit, in: Könniker (Hrsg.), Fake oder Fakt? (2018), S. 129 (136); Imhoff/Lamberty, Der Geheimniswitterer, in: Könniker (Hrsg.), Fake oder Fakt? (2018), S. 165 (174).

13 Betsch, Psychologie des (Nicht-)Impfens, Interview, in: Barmer Ersatzkasse (Hrsg.), Arzneimittelreport 2019, S. 222 (224); vgl. als Beleg gegen eine vermeintliche Wirkungslosigkeit von Impfungen beispielsweise das Phänomen der „Non-Responder“.

14 Betsch, Psychologie des (Nicht-)Impfens, Interview, in: Barmer Ersatzkasse (Hrsg.), Arzneimittelreport 2019, S. 222 (224); weiterführende Aufzählung bei Betsch et al., Impfverhalten psychologisch erklären, messen und verändern, in: BGesBl. 2019, S. 400 (404).

1. Medizinische Grundlagen

Dazu müssen zunächst die medizinisch-epidemiologischen Grundlagen der folgenden rechtlichen Überlegungen dargestellt werden. Bei einer Schutzimpfung werden dem menschlichen Organismus meist per Injektion intramuskulär oder subkutan abgeschwächte oder abgetötete Krankheitserreger, also körperfremde Stoffe, verabreicht.¹⁵ Diese Lebend- oder Totimpfstoffe¹⁶ provozieren eine körpereigene Immunantwort und stellen somit eine belastbare Krankheitsimmunität her.¹⁷ Ist der Einzelne also geimpft, ist er in der Regel immun und kann weder das Virus an andere Personen weitergeben noch selbst an der Zielkrankheit erkranken.¹⁸ Schutzimpfungen bewirken neben dem Individualschutz also auch einen Populationsschutz¹⁹: Ist eine ausreichende Anzahl an Personen, die

15 Kiehl, Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie (2015), S. 65.

16 Leidel, Impfungen: Die Abwehr stimulieren, in: Heilberufe 2015, S. 12 (14).

17 www.impfen-info.de/wissenswertes/aktive-und-passive-immunisierung/ (Seite zuletzt aufgerufen am 13.07.2023); vgl. *Psyhyrembel*, Klinisches Wörterbuch (2020), Stichwort „Immunisierung“, S. 813; *Wandeler et al.*, Infektionskrankheiten, in: Egger/Razum/Rieder (Hrsg.), Public Health Kompakt (2018), S. 437 (471); *Zwieauer*, Impfstoffe, Arten der Immunisierung, in: Kollaritsch/Wiedermann (Hrsg.), Leitfaden für Schutzimpfungen (2000), S. 16 (18).

18 Anders ist das jedoch bei der Impfung gegen Covid-19. Hier wird allerdings überwiegend davon ausgegangen, dass die Impfung zumindest für einen bestimmten Zeitraum die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung des Krankheitserregers verringert und einen Schutz vor der eigenen Erkrankung bewirkt, sog. funktionale bzw. protektive Immunität, www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html (Seite zuletzt aufgerufen am 13.07.2023).

19 *Fine*, Herd Immunity, in: *Epidemiologic Reviews* Vol. 15 (1993) No. 2, S. 265; *Speiecker gen. Döhmann/Kurzenhäuser*, Das rechtliche Darstellungsgebot, in: Engel et al. (Hrsg.), Recht und Verhalten (2007), S. 133 (137); *Nassauer/Meyer*, Impfungen von Kindern und Jugendlichen auch gegen den Elternwillen?, in: BGesBl. 2004, S. 1230; *Grenfell*, Boosting understanding of pertussis outbreaks, in: PNAS 2011, S. 7279; ähnlich *Deutscher Ethikrat*, Stellungnahme: Impfen als Pflicht? (2019), S. 23, der neben dem Populationsschutz auch das „solidarische Gemeinwohl“ als Ziel flächendeckender Impfungen nennt.

jeweils krankheitsspezifisch zu bestimmen ist, steril immun, besteht eine sogenannte Herdenimmunität, die eine Infektionsbarriere zum Schutz auch des nicht immun(isiert)en Teils der Bevölkerung bildet.²⁰ Nur dadurch können auch Personen geschützt werden, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können²¹: das sind Neugeborene, Kleinkinder, Immundefizienten und Immunsupprimierte, sog. Non-Responder und Personen, die allergisch auf Impfstoffe reagieren. Aus medizinischer Sicht schützen Impfungen also wirksam vor der Ansteckung und Übertragung gefährlicher Infektionskrankheiten.

2. Historie

Ausgangspunkt der erfolgreichen Entwicklung von Schutzimpfungen gegen verschiedenste Infektionskrankheiten war Ende des 18. Jahrhunderts die Entdeckung der Vakzination, der Impfung gegen die Pocken, durch *Jenner*.²² Vorläufer einer heutigen Impfpflicht in Deutschland war die Impfpflicht gegen die Pocken von 1874.²³ Nachdem die Pocken im Jahr

20 *Ehlikes/May*, Seuchen – gestern, heute, morgen, in: APuZ 20–21 (2015), S. 3, 5; *Plans*, New preventive strategy to eliminate measles, mumps and rubella, in: Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2013, S. 961; vgl. *Plans-Rubió*: Evaluation of the establishment of herd immunity, in: Human Vaccines and Immunotherapeutics 2012, S. 184; vgl. auch *Rashid/Khandaker/Booy*, Vaccination and herd immunity, in: Current Opinion in Infectious Diseases 2012, S. 243–249; *Trotter/Maiden*, Meningococcal vaccines and herd immunity, in: Expert Rev Vaccines 2009, S. 851; *Wandeler et al.*, Infektionskrankheiten, in: Egger/Razum/Rieder (Hrsg.), Public Health Kompakt (2018), S. 437 (442, 474).

21 Zu den Kontraindikationen zählen akute behandlungsbedürftige Erkrankungen, angeborene oder erworbene Immundefekte sowie schwere allergische Reaktionen auf den Impfstoff bzw. auf dessen Bestandteile, *Keller-Stanislawski*, Impfkomplicationen und Impfschäden, in: *Spieß/Heininger/Jilg* (Hrsg.), Impfkompodium (2015), S. 69.

22 Vgl. *Jenner*, The Origin of the Vaccine inoculation (1801), S. 6; *Kastner*, Der Impfwang und das Reichs-Impfgesetz vom 8. April 1874 (1909), S. 9; *Kübler*, Geschichte der Pocken (1901), S. 153; *Hess*, Seuchengesetzgebung (2009), S. 93.

23 Reichs-Impfgesetz vom 8. April 1874; in Kraft getreten am 01.01.1875.

1872 noch knapp 130.000 Todesopfer forderten²⁴, trug diese maßgeblich dazu bei, dass die Pocken weltweit letztlich im Jahr 1980 ausgerottet waren.²⁵ Trotz der positiven Effekte hatten sich jedoch schon in der jungen Bundesrepublik mehrere deutsche Obergerichte und der BGH in den 1950er Jahren mit der Verfassungskonformität der Pockenimpfpflicht zu befassen.²⁶ Alle Judikate bescheinigten dem Reichsimpfgesetz Verfassungskonformität, legten jedoch Rechtsansichten zugrunde, die heute unter einer weiterentwickelten Grundrechtsdogmatik nicht mehr zu überzeugen vermögen.²⁷ Zudem sind weder die Pockengefahr noch die Risiken der Pockenimpfung mit heute virulenten Infektionskrankheiten vergleichbar.²⁸ Wesentliche verfassungsrechtliche Gesichtspunkte sind daher nicht schon durch die damalige Rechtsprechung geklärt worden.

II. Vereinbarkeit mit dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit

Aus epidemiologischer Sicht geht es bei der Verpflichtung des Einzelnen zu einer Impfung darum, erstens die Übertragung eines Virus zu verhindern, um zweitens Infektionsketten zu unterbrechen und dadurch drittens eine Herdenimmunität herzustellen, um damit auch impfunfähige Personen vor einer Ansteckung zu schützen. Aus rechtlicher Sicht stellt diese Verpflichtung einen wesentlichen Eingriff²⁹ vorrangig in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit dar. Zwar sind die Grundrechte „Leben“ und „körperliche Unversehrtheit“ eng miteinander verbunden³⁰, da potenziell jede Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit in eine Bedrohung des Lebensgrundrechts umschlagen kann.³¹ Die Betroffenheit des Lebensgrundrechts setzt indes eine gewisse Zielgerichtetheit voraus.³² Ob ein Eingriff zudem wesentlich ist, beurteilt sich nach dem betroffenen Bereich der Grundrechtsausübung³³, der Grundrechts-

relevanz.³⁴ Jedenfalls, wenn zukünftige Situationen wenig kalkulierbar und für die Existenz des einzelnen Bürgers zwar möglicherweise gravierende Eingriffe bedeuten³⁵, bedarf es einer Leitentscheidung des Gesetzgebers.³⁶ Eine Schutzimpfung hingegen bezweckt zwar nicht die Beeinträchtigung der Gesundheit des Impflings, sondern soll als Präventivmaßnahme gerade (auch) dessen eigener Gesundheitserhaltung dienen.³⁷ Eine präventive Stoßrichtung widerspricht jedoch weder überhaupt der Einordnung als Eingriff noch – angesichts eines gewissen Restrisikos von Impfschäden – der Einordnung dieses Eingriffs als „wesentlich“.³⁸ Er bedarf daher einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung.

1. Ausgangspunkt: Die grundrechtliche Schutzpflicht für Grundrechte Dritter

Ausgangspunkt der verfassungsrechtlichen Rechtfertigung des Eingriffs ist die grundrechtliche Schutzpflicht für die körperliche Unversehrtheit impfunfähiger

24 Grotjahn, Soziale Pathologie (1923), S. 23.

25 Vgl. Bundesgesundheitsamt, Gutachten über die Durchführung des Reichsimpfgesetzes (1959), S. 7; Sasse/Gelderblom, Pockenausbrüche nach dem zweiten Weltkrieg in Deutschland, in: BGesBl. 2015, S. 730 ff.

26 Gutachten des BGH v. 25.01.1952 – VRG 5/51, BGHSt 4, S. 375–379 = BGH DÖV 1953, S. 343 f.; BGH, Urt. v. 19.02.1953 – III ZR 208/51 = BGHZ 9, 83 = NJW 1953, S. 857; OVG Niedersachsen/Schleswig-Holstein, Urt. v. 10.05.1955 – IV A 183/54, VerwRspr 1958, S. 839–842; VGH Stuttgart, Urt. v. 12.09.1957 – 2 S 212/56, DÖV 1958, S. 159; BVerwG, Urt. v. 14.07. 1959 – I C 170.56, BVerwGE 9, 78.

27 So wurde das Erfordernis eines Entschädigungsanspruchs für Impfschäden uneinheitlich beurteilt und der Zweck der Pflicht teilweise im Schutz des Impflings selbst gesehen.

28 So lag die Wahrscheinlichkeit, nach der Pockenimpfung eine in 30–50% der Fälle letale postvaksinale Enzephalitis zu erleiden, bei 1:23.000 Fällen, Ständige Impfkommission, Voraussetzungen der Aufhebung des Impfgesetzes von 1874, in: Weise (Hrsg.), Abhandlungen aus dem Bundesgesundheitsamt, Heft 11 (1974), S. 4.

29 Mers, Infektionsschutz im liberalen Rechtsstaat (2019), S. 144; Rixen, Verfassungsfragen der Masernimpfpflicht – Rechtsgutachten für „Ärzte für Individuelle Impfscheidung e.V.“ (2019), S. 36 f.; Krüper, in: Brosius-Gersdorf, (Hrsg.), Dreier GG Kommentar, Bd. 1 (2023), Art. 2 Abs. 2 S. 1 Rn. 56.

30 Panagopoulou-Koutnatzi, Die Selbstbestimmung des Patienten (2009), S. 29; Starck, in: v. Mangoldt/Klein/Starck GG Kommentar, Bd. 1 (2018), Art. 2 Abs. 2 Rn. 189; Steiger, Mensch und Umwelt (1975), S. 33; vgl. Zwermann-Milstein, Grund und Grenzen einer verfassungsrechtlich gebotenen gesundheitlichen Mindestversorgung (2015), S. 128.

31 Vgl. Starck, in: v. Mangoldt/Klein/Starck GG Kommentar, Bd. 1 (2018), Art. 2 Abs. 2 Rn. 189.

32 Vgl. Di Fabio, in: Dürig/Herzog/Scholz GG Kommentar (2023), Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Rn. 33–35.

33 Eine Materie ist wesentlich, wenn es sich um eine „wegen ihrer weitreichenden Auswirkungen auf die Bürger, insbesondere auf ihren Freiheits- und Gleichheitsbereich, auf die allgemeinen Lebensverhältnisse und wegen der notwendigerweise damit verbundenen Art und Intensität der Regelung [...] grundlegende und wesentliche Entscheidung“ handelt, BVerfGE 49, 89 (90).

34 BVerfGE 33, 125 (158); 33, 303 (342); Busch, Das Verhältnis des Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG zum Gesetzes- und Parlamentsvorbehalt (1992), S. 22; Erichsen, Zum staatlich-schulischen Erziehungsauftrag und zur Lehre vom Gesetzes- und Parlamentsvorbehalt, in: VerwArch 1978, S. 387 (395); Schmidt-Aßmann, Der Rechtsstaat, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), HStR II (2004), § 26 Rn. 64.

35 Vgl. unter dem Gesichtspunkt der mit der Wesentlichkeitstheorie zusammenhängenden Frage des Parlamentsvorbehalts BVerfGE 49, 89 (97) sowie Böckenförde, Gesetz und gesetzgebende Gewalt (1981), S. 393 ff.

36 BVerfGE 49, 89 (97).

37 Meyer et al., Über die Bedeutung von Schutzimpfungen, in: BGesBl. 2002, S. 323; wenig überzeugend daher der Vergleich von Grüner, Biologische Katastrophen (2017), S. 264 ff., die eine Schutzimpfung mit einem finalen Rettungsschuss gem. § 14 Abs. 3 LuftSiG a.F. vergleicht, wobei jedoch eingestanden wird, dass die Unterschiede wohl überwiegen.

38 Die Zielrichtung einer Schädigung der körperlichen Unversehrtheit ist keine Voraussetzung für das Vorliegen eines Grundrechtseingriffs, vgl. Di Fabio, in: Dürig/Herzog/Scholz GG Kommentar (2023), Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Rn. 60; Hofmann, in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke GG Kommentar (2022), Art. 2 Rn. 69.

und damit vulnerabler Grundrechtsträger.³⁹ Obwohl die Primärfunktion der Grundrechte des Grundgesetzes ursprünglich die Abwehrmöglichkeit des einzelnen Grundrechtsberechtigten gegen den Staat als in diese Grundrechte Eingreifen konzipiert war⁴⁰, gehört die Existenz staatlicher Schutzpflichten mittlerweile zu den „grundlegenden Weichenstellungen des Verfassungsrechts unter dem Grundgesetz“.⁴¹ Sie dienen als Kompensation für die Akzeptanz des staatlichen Gewaltmonopols durch den Bürger⁴² und sichern die Grundrechtsgüter des Einzelnen gegen Angriffe von Seiten Dritter ab.⁴³ Die Schutzpflicht für das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ist vom Bundesverfassungsgericht in mehreren wegweisenden Entscheidungen

wie den Urteilen zum Schwangerschaftsabbruch, zum Fluglärm oder zum Nichtrauchererschutzgesetz hergeleitet und etabliert worden.⁴⁴ Aufgrund der Nähe der körperlichen Unversehrtheit zur Menschenwürde lässt sie sich dogmatisch in Art. 2 Abs. 2 S. 1 sowie Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG verorten⁴⁵, woraus jedoch kein absolutes Abwägungsverbot, sondern lediglich ein strengerer Verhältnismäßigkeitsmaßstab folgt. Die Schutzpflicht existiert aber nicht latent aus sich selbst heraus⁴⁶, sondern muss erst durch eine Risikolage aktiviert werden, die der Staat zu einem möglichst frühen Zeitpunkt abwehren dürfen muss. Im Beispiel der Impfpflicht bedeutet das: Sofern eine latente Ansteckungsgefahr für impfunfähige Personen besteht, die darauf angewiesen sind, nicht von anderen angesteckt zu werden, was immer dann der Fall ist, wenn noch keine Herdenimmunität aufgebaut wurde, ist die grundrechtliche Schutzpflicht als aktiviert anzusehen. Dadurch kann sie in Abwägung zur abwehrrechtlichen Dimension des Grundrechts des Impfwilligen treten.⁴⁷ Es stehen sich also auf Seiten der Impfverpflichteten das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit in seiner abwehrrechtlichen Dimension und auf Seiten der impfunfähigen Grundrechtsträger das gleiche Grundrecht in seiner Schutzdimension gegenüber. Dadurch entsteht ein Dreieck zwischen den beiden kollidierenden Grundrechtsdimensionen

und dem Staat als Mittler⁴⁸, der diesen Konflikt durch Abwägung lösen muss.

2. Keine Pflicht zum Schutz vor sich selbst

Die aktivierte Schutzpflicht darf jedoch nicht angeführt werden, um denjenigen, in dessen Grundrecht eingegriffen werden soll, selbst – gegen seinen Willen – zu schützen.⁴⁹ Dass die Schutzimpfung auch den Gesundheitsschutz dessen bewirkt, der auf diesen Schutz eigentlich verzichten möchte, ist für die verfassungsrechtliche Betrachtung unerheblich: Eine selbstbezogenen schädigende Handlung, die von der eigenverantwortlichen Selbstbestimmung des Grundrechtsträgers, die zum Würdekern der Grundrechte gehört⁵⁰, geleitet ist, löst keine grundrechtliche Schutzpflicht aus.⁵¹ Dürfte der Staat dem Einzelnen die Pflicht zur bestmöglichen Wahrnehmung seiner Freiheitsgarantien auferlegen⁵², würde die fundamentale Funktion des Grundrechts

39 Skeptisch allerdings jüngst *Nettesheim*, Impfpflichten (2023), S. 111.

40 So grundlegend BVerfGE 50, 290 (337); *Böckenförde*, Grundrechtstheorie und Grundrechtsinterpretation, in: NJW 1974, S. 1529 (1530); *ders.*, Grundrechte als Grundsatznormen, in: Der Staat Bd. 29 (1990), S. 1 (19); *Clausen*, Das Verhältnis von Achtungs- und Schutzpflichten in Ausnahmesituationen (2018), S. 89; *Gellermann*, Grundrechte in einfachgesetzlichem Gewande (2000), S. 46; ähnlich *Jarass*, Grundrechte als Wertentscheidungen, in: AöR 110, S. 363 (384); vgl. *Calliess*, Schutzpflichten, in: Merten/Papier (Hrsg.), HGR II (2006), § 44 Rn. 10; *Poscher*, Grundrechte als Abwehrrechte (2003), S. 96.

41 *Wahl/Masing*, Schutz durch Eingriff, in: JZ 1990, S. 553 (556); vgl. auch *Böckenförde*, Grundrechte als Grundsatznormen, in: Der Staat Bd. 29 (1990), S. 1 f., der der Bedeutung der Grundrechte als objektive Grundsatznormen bzw. Wertentscheidungen, aus denen sich wiederum die grundrechtlichen Schutzpflichten ableiten lassen, den Status als „Grundbestand des Grundrechtswissens“ beimisst (zustimmend *Jarass*, Die Grundrechte: Abwehrrechte und objektive Grundsatznormen, in: Badura/Dreier [Hrsg.], FS 50 Jahre Bundesverfassungsgericht Bd. 2 [2001], S. 35), jedoch gleichzeitig mit der Einschränkung, der objektiv-rechtliche Gehalt der Grundrechte sei eine „Entwicklung“, aber keine Vorgabe des Grundgesetzes.

42 *Calliess*, Schutzpflichten, in: Merten/Papier (Hrsg.), HGR II (2006), § 44 Rn. 2; *Clausen*, Das Verhältnis von Achtungs- und Schutzpflichten in Ausnahmesituationen (2018), S. 54 f.; *Loer*, Gesundheitspolitik zwischen Schutzpflicht und Eigenverantwortung, in: Pünder/Klafki (Hrsg.), Risiko und Katastrophe als Herausforderung für die Verwaltung (2016), S. 81 (84).

43 *Winkler*, Bedingt abwehrbereit? (2007), S. 163.

44 BVerfGE 39, 1 (Schwangerschaftsabbruch I); 88, 203 (Schwangerschaftsabbruch II); 46, 160 (Schleyer); 49, 89 (Kalkar); 53, 30 (Mülheim-Kärlich); 56, 54 (Fluglärm); 77, 170 (C-Waffen); 121, 317 (Nichtraucherschutzgesetz).

45 Vgl. *Seewald*, Gesundheit als Grundrecht (1982), S. 18; *ders.*, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit (1981), S. 69; zumindest offengelassen bei *Zwermann-Milstein*, Grund und Grenzen einer verfassungsrechtlich gebotenen gesundheitlichen Mindestversorgung (2015), S. 115 ff.

46 Anknüpfend bei *Szczekalla*, Die sogenannten grundrechtlichen Schutzpflichten (2002), S. 172.

47 Vgl. *Rixen*, in: Sachs (Hrsg.), GG Kommentar (2021), Art. 2 Rn. 181.

48 Vgl. *Loer*, Gesundheitspolitik zwischen Schutzpflicht und Eigenverantwortung, in: Pünder/Klafki (Hrsg.), Risiko und Katastrophe als Herausforderung für die Verwaltung (2016), S. 81 (84).

49 Für viele *Horn*, in: Stern/Becker (Hrsg.), Grundrechte Kommentar (2019), Art. 2 GG Rn. 86; *Krings*, Grund und Grenzen grundrechtlicher Schutzansprüche (2003), S. 209; *Mers*, Infektionsschutz im liberalen Rechtsstaat (2019), S. 95, 147; v. *Münch*, Grundrechtsschutz gegen sich selbst?, in: Stödter/Thieme (Hrsg.), FS Ipsen (1977), S. 113 (128); *Stoll*, Sicherheit als Aufgabe von Staat und Gesellschaft (2003), S. 359; i.E. auch BVerfGE 59, 275 (278 f.).

50 *Robbers*, Sicherheit als Menschenrecht (1987), S. 188; *Bleckmann*, Grundrechtsschutz gegen sich selbst, in: RdA 1988, S. 332 (335) mit Verweis auf den auf *Immanuel Kants* „Metaphysik der Sitten“ zurückgehenden Begründungsansatz; vgl. allerdings mit Verankerung in der allgemeinen Handlungsfreiheit Art. 2 Abs. 1 GG *Hillgruber*, Der Schutz des Menschen vor sich selbst (1992), S. 148; *Scherzberg*, Grundrechtsschutz und „Eingriffsintensität“ (1989), S. 178.

51 A.A. *Stern/Sachs*, Staatsrecht III/1 (1988), S. 736.

52 *Bleckmann*, Grundrechtsschutz gegen sich selbst, in: RdA 1988, S. 332 (335); *Grüner*, Biologische Katastrophen (2017), S. 258; *Hochhuth*, Grundrechte und Grundfreiheiten als Schutzpflichten?, in: Anderheiden et al. (Hrsg.), Paternalismus und Recht (2006), S. 207 (208); *Krings*, Grund und Grenzen grundrechtlicher Schutzansprüche (2003), S. 209.

mittels seiner Schutzpflichtdimension gegen sich selbst gekehrt.⁵³ Die Grundrechtsgewährleistungen hoben sich quasi selbst auf.⁵⁴ Eine „Schutzpflicht für den Eingriffsadressaten selbst“ darf daher nicht als legitimer Zweck für die Impfpflicht als Eingriff in dessen körperliche Unversehrtheit dienen.⁵⁵ Der legitime Zweck einer Impfpflicht kann nur in einer aktivierten Schutzpflicht für vulnerable Dritte bestehen, die dem vom Eingriff betroffenen Grundrechtsträger im „Grundrechtsdreieck“ auf gleicher Ebene gegenüberstehen.

3. Dogmatisches Kernproblem: Gewicht der kollidierenden Grundrechtsdimensionen

Da auf beiden Seiten die gleiche Grundrechtsgewährleistung – aber in verschiedenen Dimensionen – steht⁵⁶, stellt sich die Frage, ob einer der beiden Dimensionen schon vor der Abwägung im konkreten Fall ein höheres Gewicht zukommt.⁵⁷ Dann stünde die Waage von vornherein nicht mehr „auf Null“.⁵⁸ Für einen Abwägungsvorteil der Abwehrdimension, mit der Konsequenz, dass die

Schutzpflichtdimension das Gewicht des Abwehrrechts im Rahmen der konkreten Entscheidung dann *deutlich* überwiegen müsste, um sich durchzusetzen, sprechen zwar die ursprüngliche Konzeption der Grundrechte als Eingriffsabwehrrechte⁵⁹ sowie das Konkretisierungsbedürfnis der schützenden staatlichen Handlung gegenüber dem schlichten Unterlassen des Eingriffs, das die Abwehrdimension fordert.⁶⁰ Überzeugender ist indes, eine abstrakte Gleichwertigkeit der aktivierten Schutzpflicht und der abwehrrechtlichen Dimension des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit anzunehmen: Der *Schutzanspruch* des Einzelnen fungiert als Gegenleistung dafür, dass der Einzelne das Gewaltmonopol dem Staat überlassen und sich selbst eine Friedenspflicht auferlegt hat („neminem-laedere-Gebot“).⁶¹ Der Schutz *durch* den Staat steht in seiner Bedeutung nicht hinter dem Schutz *vor* dem Staat zurück. Vor der Abwägung im konkreten Fall besteht somit keine Präponderanz für eine der

beiden kollidierenden Grundrechtsdimensionen.⁶²

4. Auflösung des Grundrechtsdreiecks

Dieses mehrpolige Verfassungsrechtsverhältnis, in dem sich die gleichbedeutenden Dimensionen des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit gegenüberstehen, kann nun durch den vermittelnden und abwägenden Staat mittels der Konzeption „Schutz durch Eingriff“, genauer: mithilfe der Impfpflicht aufgelöst werden. Dieser Weg ist aber nur verfassungskonform, wenn er verhältnismäßig ist, der Eingriff in Gestalt der Impfpflicht also letztlich in einem angemessenen Verhältnis zur Bedeutung des legitimen Zwecks steht.

a) Verhältnismäßigkeitsprüfung

Die Verpflichtung zu einer Impfung verfolgt den Zweck, eine Herdenimmunität herzustellen, durch die auch impfunfähige Personen geschützt sind und somit die aktivierte grundrechtliche Schutzpflicht zu erfüllen⁶³, da ungeimpfte, aber impffähige Personen stets ein latentes Ansteckungsrisiko vermitteln, jedenfalls sofern noch keine krankheitsspezifische

53 Vgl. andeutend *Goerlich*, Schutzpflicht – Grundrechte – Verfahrensschutz, in: NJW 1981, S. 2616; *Hermes*, Das Grundrecht auf Schutz von Leben und Gesundheit (1987), S. 229.

54 *Hillgruber*, Der Schutz des Menschen vor sich selbst (1992), S. 148.

55 So auch *Wedlich*, Nationale Präventionsmaßnahmen (2014), S. 48; mit leicht abweichender Tendenz aber *Schaks*, Schriftliche Stellungnahme zu BT-Drs. 19/13452, Ausschuss-Drs. 19(14)112(14), S. 11.

56 Vgl. auch *Schaks*, Schriftliche Stellungnahme zu BT-Drs. 19/13452, Ausschuss-Drs. 19(14)112(14), S. 10.

57 Vgl. ausführlich *Clausen*, Das Verhältnis von Achtungs- und Schutzpflichten in Ausnahmesituationen (2018), S. 80–138; vgl. *Klatt/Schmidt*, Abwägung unter Unsicherheit, in: Klatt (Hrsg.), Prinzipientheorie und Theorie der Abwägung (2013), S. 105 (112) unter Rückgriff auf die Gewichtsformel von *Robert Alexy*; ähnlich *Rusteberg*, Der grundrechtliche Gewährleistungsgehalt (2009), S. 59.

58 Mit dieser Metapher auch *Clausen*, Das Verhältnis von Achtungs- und Schutzpflichten in Ausnahmesituationen (2018), S. 82.

59 *Kersten*, Die Tötung von Unbeteiligten, in: NVwZ 2005, S. 661 (663); *Winkeler*, Bedingt abwehrbereit? (2007), S. 176.

60 *Wahl/Masing*, Schutz durch Eingriff, in: JZ 1990, S. 553 (558); ähnlich *Grüner*, Biologische Katastrophen (2017), S. 256; *Staudinger*, Verfassungsrechtliche Untersuchung der Impfgesetzgebung in Deutschland (2021), S. 113; *Winkeler*, Bedingt abwehrbereit? (2007), S. 176 f.; ähnlich auch *Winkler*, Kollisionen verfassungsrechtlicher Schutznormen (2000), S. 303.

61 *Calliess*, Gewährleistung von Freiheit und Sicherheit, in: DVBl. 2003, S. 1096 (1101); vgl. *Schmidt-Aßmann*, Der Rechtsstaat, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), HStR I (1987), § 24 Rn. 21, der die „ordnende Kraft des Rechts“ betont; vgl. auch *Stemmler*, Das „Neminem-laedere-Gebot“ (2005), S. 14.

62 I. E. zustimmend *Häberle*, Die Wesensgehaltgarantie des Art. 19 Abs. 2 Grundgesetz (1972), S. 72; *Hellermann*, Die sogenannte negative Seite der Freiheitsrechte (1993), S. 242; *Hermes*, Das Grundrecht auf Schutz von Leben und Gesundheit (1987), S. 206; *Mayer*, Untermaß, Übermaß und Wesensgehaltgarantie (2005), S. 77 ff.; *Pietzcker*, Drittwirkung – Schutzpflicht – Eingriff, in: Maurer (Hrsg.), FS Dürig (1990), S. 345 (348); *Schwarz*, Die Dogmatik der Grundrechte, in: Blaschke et al. (Hrsg.), Sicherheit statt Freiheit? (2005), S. 29 (43); *Stern/Sachs*, Staatsrecht III/1 (1988), S. 949.

63 *Höfling/Stöckle*, Elternrecht, Kindeswohl und staatliche Impfverantwortung, in: RdJB 2018, S. 284 (292).

Herdenimmunität besteht.⁶⁴ Mangels einer Verpflichtung zur bestmöglichen Freiheitsausübung sind aber stets nur diejenigen Personen Bezugspunkt der Schutzpflicht, die nicht selbst eine Ansteckung verhindern können, sondern darauf angewiesen sind, nicht von Ungeimpften (im gefahrenabwehrrechtlichen Sinne: die „Störer“) angesteckt zu werden. Eine Impfpflicht ist bei Wirksamkeit vorhandener Impfstoffe auch zur Erfüllung dieser Schutzpflicht geeignet⁶⁵, ohne dass es hier schon auf ihre Durchsetzbarkeit als sekundäre Eingriffsmaßnahme ankommt.⁶⁶ Bei der Frage, ob mildere, aber gleich effektive Maßnahmen zur Erfüllung der Schutzpflicht zur Verfügung stehen, ob eine Impfpflicht also erforderlich ist, stehen mehrere zu prüfende Möglichkeiten im Raum, deren gleiche Effektivität aber fraglich ist. Bei der Betrachtung der psychologischen Hintergründe impfkritischer Haltungen erscheint jedenfalls ein Erreichen der Herdenimmunität durch Impfungen auf freiwilliger Basis schwierig.⁶⁷ Positive Anreizefaktoren wie etwa Boni für die Inanspruchnahme einer Schutzimpfung, die in § 65a Abs. 1

SGB V ermöglicht werden⁶⁸, können nur Wirkung zeigen, wenn der in Aussicht gestellte Bonus für den Einzelnen einen Mehrwert darstellt.⁶⁹ Negative Anreizefaktoren wie die Abwälzung von Behandlungskosten für die jeweilige Infektionskrankheit bei unterbliebener Impfung sind *de lege lata* unzulässig, weil § 52 Abs. 1 S. 1 SGB V mindestens Eventualvorsatz hinsichtlich des Hervorrufens einer Erkrankung verlangt⁷⁰, wovon beim Unterlassen einer nur empfohlenen Impfung, bei dem auf die Nichtansteckung vertraut wird, nicht ausgegangen werden kann. Ein Leistungsausschluss *de lege ferenda* verstieße gegen das Solidarprinzip des Sozialstaats⁷¹, denn dieses findet seine Grenze – mit der Konsequenz, dass die Solidargemeinschaft den Einzelnen mit seinem Schaden allein lässt – erst in solidarwidrigem Verhalten, das final auf die Auslösung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche gerichtet ist.⁷² Gefahrenabwehrmaßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz (wie etwa die Meldepflicht oder Riegelungsimpfungen)

können stets erst bei Anhaltspunkten für Gefahrenlagen greifen⁷³ und sind daher ebenfalls weniger effektiv. Insgesamt gilt, dass der schutzverpflichtete Staat sich kraft seiner Einschätzungsprärogative aber nicht auf unsichere Mittel verlassen muss, so dass eine Impfpflicht zur Erreichung der Herdenimmunität auch erforderlich ist.⁷⁴

b) Dogmatische Weiterentwicklung der Angemessenheitskontrolle: Die Gleichwertigkeitsprüfung

Im Rahmen des letzten Prüfungsschrittes innerhalb der Verhältnismäßigkeitskontrolle erfolgt eine dogmatische Weiterentwicklung. Nach dem Prinzip der praktischen Konkordanz, wonach ein Grundrechtskonflikt so zu lösen ist, dass jedes der kollidierenden Verfassungsgüter „an Wirklichkeit gewinnt“⁷⁵ und beide Grundrechte bzw. die Grundrechtsdimensionen zu „optimaler Wirksamkeit“ gelangen können⁷⁶, sollen an dieser Stelle die Gewichte beider Grundrechtsdimensionen gegeneinander abgewogen werden. Die Erfüllung von Schutzpflichten ist jedoch immer eine Prognoseentscheidung, da unsicher ist, ob und in welcher Intensität das Risiko für das Schutzgut in eine tatsächliche Schädigung umschlägt. Das bedeutet, dass sich nur anhand von Risikoprognosen bestimmen lässt, die je nach Krankheit verschieden sind, welche

64 Vgl. *Poethko-Müller/Schmitz*, Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland, in: BGEsBl. 2013, S. 845; anknüpfend auch in BVerfG, Beschluss der I. Kammer des Ersten Senats vom 11.05.2020 – 1 BvR 469/20, 1 BvR 470/20, Rn. 15. Vgl. ferner auch *Gebhard*, Zur Bedeutung grundrechtlicher Schutzpflicht im Kontext der Masernimpfpflichten, in: RdJB 2021, S. 277 (281 ff.).

65 So auch *Aligbe*, in: BeckOK IfSG (2023), § 20 Rn. 144.

66 A.A. *Höfling/Stöckle*, Elternrecht, Kindeswohl und staatliche Impfverantwortung, in: RdJB 2018, S. 284 (295) sowie *Rixen*, Rezension zu *Gebhard*, Impfpflicht und Grundgesetz, in: MedR 2023, S. 510.

67 Vgl. etwa zur „protection motivation theory“, *Norman/Boer/Seydel*, Protection motivation theory, in: *Conner/Norman* (Hrsg.), Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models (2005), S. 81–126; *Conner*, Cognitive Determinants of Health Behavior, in: *Stephoe* (Hrsg.), Handbook of Behavioral Medicine (2010), S. 19 (21 ff.); dazu eingehend im Kontext von Impfverhalten und -skeptis: *Betsch/Böhm/Chapman*, Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness, in: *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 2015, Vol. 2(1), S. 61 (62).

68 *Gebert*, Verhaltens- und verhältnisbezogene Primärprävention (2020), S. 213.

69 *Rudolph*, Erwartung und Anreiz, in: *Brandstätter/Otto* (Hrsg.), Handbuch der Allgemeinen Psychologie, Bd. 11 (2009), S. 21 (22); vgl. *Beckmann/Heckhausen*, Motivation durch Anreiz und Erwartung, in: *Heckhausen/Heckhausen* (Hrsg.), Motivation und Handeln (2018), S. 119 (121).

70 LSG Sachsen, Entsch. v. 09.10.2002 – L 1 KR 32/02; *Legde*, in: *Hänlein/Schuler* (Hrsg.), SGB V-Kommentar (2022), § 52 Rn. 2; *Nebendahl*, in: *Spickhoff* (Hrsg.), Medizinrecht (2012), § 52 SGB V Rn. 5; *Reyels*, in: *Engelmann/Schlegel* (Hrsg.), jurisPK SGB V (Stand: 08.02.2022), § 52 Rn. 45 f.; *Samhat*, Gesundheitsgerechtes Verhalten (2019), S. 81; *Griehn*, Gesundheitsbezogene Handlungspflichten (2001), S. 66; *Lang*, in: *Becker/Kingreen* (Hrsg.), SGB V Kommentar (2022), § 52 Rn. 2; *Süß*, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter (2014), S. 175.

71 A.A. *Brosius-Gersdorf/Friedlein*, Mehr Eigenverantwortung in der GKV: Beteiligung Nichtgeimpfter an den Kosten ihrer Covid-19-Behandlung, Gesundheitsrecht Blog v. 20.02.2023, www.gesundheitsrecht.blog/beteiligung-nicht-geimpfter-an-den-kosten-ihrer-covid-19-behandlung/ (Seite zuletzt aufgerufen am 13.07.2023).

72 *Butzer*, Fremddasten in der Sozialversicherung (2001), S. 511; *Süß*, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter (2014), S. 132, 181.

73 *Höhl/Siewerin/Feil*, Ausbruchmanagement von Masern, in: BGEsBl. 2013, S. 1287 (1288).

74 So i.E. auch *Höfling/Stöckle*, Elternrecht, Kindeswohl und staatliche Impfverantwortung, in: RdJB 2018, S. 284 (296) sowie *Staudinger*, Verfassungsrechtliche Untersuchung der Impfgesetzgebung in Deutschland (2021), S. 174; vgl. i.E. auch *Schaks*, Schriftliche Stellungnahme zu BT-Drs. 19/13452, Ausschuss-Drs. 19(14)112(14), S. 9, allerdings in Bezug auf das Masernschutzgesetz, das lediglich eine Masern-Impfpflicht für bestimmte Personengruppen statuiert.

75 *Hesse*, Grundzüge des Verfassungsrechts (1999), Rn. 72.

76 BVerfGE 89, 214 (232); 97, 169 (176); *Hesse*, Grundzüge des Verfassungsrechts (1999), Rn. 72.

Beeinträchtigungsintensität beide gegeneinander abzuwägenden Grundrechtsdimensionen im schlimmsten Fall hinnehmen müssten.⁷⁷ Das Bundesverfassungsgericht wandte bisher in den Entscheidungen, in denen die grundrechtliche Schutzpflicht für Leben und körperliche Unversehrtheit tatbestandlich gegenüber Abwehrgrundrechten zu gewichten war⁷⁸, Kriterien an, die sich in drei Kategorien zusammenfassen lassen: Die jeweilige *verfassungsrechtliche Bedeutung der kollidierenden Rechtsgüter*, gewöhnlich deren *Schutzbedürftigkeit* und deren *Gefahrennähe*. Die verfassungsrechtliche Bedeutung der Schutzgüter ist jedoch notwendigerweise identisch, wenn sich auf beiden Seiten das gleiche Grundrecht, nämlich „Leben“ und „körperliche Unversehrtheit“, gegenübersteht. Auch das Kriterium der Schutzbedürftigkeit (mangels Selbstschutzmöglichkeit) kann die tatbestandliche Gewichtung der Schutzpflicht nicht determinieren, da es der Grundrechtsposition nicht zum Nachteil gereichen kann, wenn jene Selbstschutzmaßnahmen, für die keine verfassungsrechtliche Verpflichtung besteht, vom Grundrechtsträger nicht ergriffen werden. Von diesen Kriterien ist somit nur die „Gefahrennähe“ auf die Grundrechtskonstellation der Impfpflicht anwendbar. Da das Potenzial dieses Abwägungskriteriums aber bislang noch nicht in vollem Maße ausgeschöpft wird, bietet sich ein Modell an, das sich den einzelnen Aspekten der „Gefahrennähe“ stufenweise zu nähern versucht: Auf der ersten Stufe werden die Schadensereignisse miteinander ver-

glichen, die für beide Grundrechtsdimensionen zu erwarten sind. Dazu werden diese Schadensereignisse bewertet und in Beziehung zu ihren Eintrittswahrscheinlichkeiten gesetzt. Dabei wird auch berücksichtigt, wie zuverlässig die Methode ist, die zur Wahrscheinlichkeitsermittlung gewählt wurde. Ergibt sich auf der ersten Stufe eine größere Gefahrennähe für die Schutzpflichtdimension, ist eine Impfpflicht grundrechtskonform. Ist die ermittelte Gefahrennähe auf Seiten der Abwehrrechtsdimension größer, ist eine Impfpflicht verfassungsrechtlich unzulässig. Nur, wenn sich auf der ersten Stufe eine Gleichwertigkeit beider Grundrechtsdimensionen ergeben hat, wird die Prüfung auf der zweiten Stufe fortgesetzt, wo nach der zeitlichen Nähe der Schadensereignisse gefragt wird. Nur, wenn sich auch hier eine Gleichwertigkeit ergibt, fragt die dritte Stufe nach der Reversibilität der Schadensereignisse. Ergibt sich auch hier eine Gleichwertigkeit, muss die abwehrrechtliche Grundausrichtung der Grundrechte gegen eine Impfpflicht sprechen.

c) Infektionskrankheiten als Anwendungsfälle verfassungsrechtlicher Vorgaben

Die Abwägung beider Grundrechtsdimensionen und damit die Klärung, für welche Krankheit eine Impfpflicht derzeit verfassungskonform wäre, kann schließlich nur für jede einzelne Infektionskrankheit gesondert erfolgen: Unter Zugrundelegung der vorhandenen Daten-

lage⁷⁹ wird diese Frage für diejenigen Krankheiten beantwortet, gegen die Ende 2019 eine Grundimmunisierung von der STIKO empfohlen wurde, die ausschließlich von Mensch zu Mensch übertragbar sind, ausschließlich durch Tröpfcheninfektion übertragen werden, nach § 6 Abs. 1 IfSG meldepflichtig waren und in den vergangenen Jahren Inzidenzen von mehr als 0,0 aufwiesen. Nach Anwendung der Gleichwertigkeitsprüfung war nach dem Stand der Datenlage nur eine allgemeine Impfpflicht gegen Masern verfassungskonform. Hinsichtlich der Infektionskrankheiten Mumps, Meningokokken C, Keuchhusten und Windpocken bzw. Gürtelrose ließ sich aus den vorhandenen Daten schlussfolgern, dass die erforderliche krankheitsspezifische Herdenimmunität bereits tendenziell erreicht ist, also keine latente Ansteckungsgefahr besteht. Aus verfassungsrechtlicher Perspektive bedeutet das, dass die grundrechtliche Schutzpflicht nicht aktiviert ist und damit auch gar nicht erst für die Abwägung mit dem Abwehrrecht in Stellung gebracht werden kann. An diesem Ergebnis zeigt sich auch, dass die Verwendung von Kombinationsimpfstoffen im Rahmen einer Impfpflicht durchaus

79 Vorwiegend Daten von Institutionen mit staatlicher Anbindung, namentlich Veröffentlichungen des RKI (die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Impfquoten, KiGGS-Studie, DEGS-Studie, vom Robert-Koch-Institut koordinierte KV-Impfsurveillance), der WHO (Data and statistics, Immunization Monitoring and Surveillance), des Bundesgesundheitsministeriums (Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination von Masern und Röteln in Deutschland) und der gesetzlichen Krankenversicherung (*Barmer Ersatzkasse*, Arzneimittelreport 2019), ergänzt durch weitere Studien von Mitgliedern dieser Institute bzw. den dort ansässigen Gremien (etwa *Forster/Heininger/Mankertz* [Mitglieder des Robert-Koch-Instituts, der STIKO], *Poethko-Müller* [Mitglied des Robert-Koch-Instituts], *Jilg* [ehem. Mitglied der STIKO] sowie *Menzner/Meyer/Keller-Stanislawski* [Mitglieder des Paul-Ehrlich-Instituts] verwendet; ferner auch von *Mutz* [ehem. Vorsitzender des Impfausschusses des Obersten Sanitätsrates Österreichs]). Stand der Datensammlung, die in der Dissertation verwendet wird: Ende 2019 (Erlass des Masernschutzgesetzes).

77 Mit gleicher Tendenz *Höfling/Stöckle*, Elternrecht, Kindeswohl und staatliche Impfverantwortung, in: RdJB 2018, S. 284 (292).

78 Zu nennen sind hier insbesondere BVerfGE 39, 1 („Schwangerschaftsabbruch I“), BVerfGE 88, 203 („Schwangerschaftsabbruch II“), BVerfGE 46, 160 („Schleyer“), BVerfGE 49, 89 („Kalkar“), BVerfGE 53, 30 („Mülheim-Kärlich“), BVerfGE 56, 54 („Fluglärm“), BVerfGE 77, 170 („C-Waffen“) und BVerfGE 121, 317 („Nichttraucherschutzgesetz“).

problematisch ist⁸⁰, denn für die verfassungsrechtlich zulässige Umsetzung einer Impfpflicht kommt es darauf an, dass Pflichtadressaten zumindest die Möglichkeit haben, sich nur gegen diejenige Krankheit impfen zu lassen, auf die sich die Verpflichtung bezieht.⁸¹ Die Impfung gegen weitere Krankheiten, die jedoch gar keine grundrechtlich relevante Risikolage und somit auch keine Schutzpflicht hervorrufen, stellt einen eigenständigen Grundrechtseingriff dar. Dieser ist jedoch – anhand der derzeitigen Datenlage – verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen.⁸² Faktische Impfpflichten „als Beifang“⁸³ sind verfassungsrechtlich bedenklich.⁸⁴

III. Vereinbarkeit mit dem Elterngrundrecht

Von der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ist aber nicht nur das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit der Impfpflichtigen betroffen. Sofern es sich bei den zur Impfung verpflichteten Personen um Minderjährige handelt, betrifft

die Impfpflicht auch das Elterngrundrecht. Diese Gewährleistung enthält einen Recht-Pflicht-Komplex für die Eltern als Grundrechtsträger⁸⁵, der neben dem Grundrecht zur Wahrnehmung der Pflege und Erziehung auch die Grundpflicht der Eltern beinhaltet, dieses Recht wahrzunehmen (sog. „Junktum von Recht und Pflicht“).⁸⁶ Beides gemeinsam bildet die „Elternverantwortung“⁸⁷, die zugleich Inhalt, Umfang und Grenze des Schutzbereichs von Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG darstellt. Oberste Richtschnur der Eltern-

verantwortung ist das Kindeswohl⁸⁸, das zunächst die Eltern interpretieren dürfen.⁸⁹ Das elterliche Interpretationsprimat verläuft jedoch in den Rechten des Kindes selbst⁹⁰, weshalb der Kindeswohlbegriff durch die Menschenwürde und das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Kindes bestimmt wird.⁹¹ Nur, wenn ein elterliches Verhalten nicht mehr dem Kindeswohl entspricht, bewegt es sich

80 A.A. jedenfalls hinsichtlich der Verwendung von MMR-Kombinationsimpfstoffen im Rahmen der Masernimpfpflicht gem. § 20 Abs. 8 ff. IfSG Schaks, Die Pflicht zur Verwendung von Kombinationsimpfstoffen gegen Masern, in: MedR 2020, S. 201 ff.

81 Vgl. Kießling, Coronavirus, Masern und die Grundrechte, <https://verfassungsblog.de/coronavirus-masern-und-die-grundrechte/> (Seite zuletzt aufgerufen am 18.07.2023); Pieper/Schwager-Wehming, Impfpflichten zur Bekämpfung von Masern- und COVID-19-Viren auf dem verfassungsrechtlichen Prüfstand, in: DÖV 2021, S. 287 (290).

82 Ähnlich Staudinger, Verfassungsrechtliche Untersuchung der Impfgesetzgebung in Deutschland (2021), S. 195; a.A. Schaks, Die Pflicht zur Verwendung von Kombinationsimpfstoffen gegen Masern, in: MedR 2020, S. 201 (206).

83 Wortlaut der Kritik des Bundesrates zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum Masernschutzgesetz, BR-Drs. 358/1/19, S. 32.

84 Vgl. Höfling, Vom präventiven Selbst zum immunisierten Volkskörper, in: JZ 2019, S. 776 (778); Rixen, Verfassungsfragen der Masernimpfpflicht – Rechtsgutachten für „Ärzte für Individuelle Impfscheidung e.V.“ (2019), S. 93; ders., Die Impfpflicht nach dem Masernschutzgesetz, in: NJW 2020, S. 647 (648).

85 BVerfGE 121, 69 (92); Epping, Grundrechte (2021), Rn. 517.

86 Für viele Böckenförde, Elternrecht – Recht des Kindes – Recht des Staates, in: Krautscheid/Marré (Hrsg.), Essener Gespräche Bd. 14 (1980), S. 54 (67); Brosius-Gersdorf, in: dies., (Hrsg.), Dreier GG Kommentar, Bd. 1 (2023), Art. 6 Rn. 348 f.; Erichsen/Reuter, Elternrecht – Kindeswohl – Staatsgewalt (1985), S. 33; Heiderhoff, in: v. Münch/Kunig GG Kommentar, Bd. 1 (2021), Art. 6 Rn. 103; Höfling/Stöckle, Elternrecht, Kindeswohl und staatliche Impferantwortung, in: RdJB 2018, S. 284 (289); Höfling, Elternrecht, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), HStR VII (2009), § 155 Rn. 13; Hölbling, Wie viel Staat vertragen Eltern? (2010), S. 130; Hohmann-Dennhardt, Kindeswohl und Elternrecht, in: FPR 2008, S. 476 (477); Langenfeld/Wiesner, Verfassungsrechtlicher Rahmen für die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe, in: DIJuF e.V. (Hrsg.), Verantwortlich handeln – Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdungen (2004), S. 45 (50).

87 Für viele BVerfGE 24, 119 (143); 59, 360 (376 f.); 107, 150 (169); 108, 82 (102); Hanschmann, Staatliche Bildung und Erziehung (2017), S. 74; Heiderhoff, in: v. Münch/Kunig GG Kommentar, Bd. 1 (2021), Art. 6 Rn. 103; Höfling, Elternrecht, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), HStR VII (2009), § 155 Rn. 29; Hofmann, in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke GG Kommentar (2022), Art. 6 Rn. 48; Horndasch, Zum Wohle des Kindes (1983), S. 57; Jestaedt, Staatliche Rollen in der Eltern-Kind-Beziehung, in: DVBl. 1997, S. 693; Robbers, in: v. Mangoldt/Klein/Starck GG Kommentar, Bd. 1 (2018), Art. 6 Abs. 2 Rn. 143; kritisch zu diesem Begriff Brüser, Die Bedeutung der Grundrechte (2010), S. 38.

88 BVerfGE 60, 79 (88); 121, 69 (92); für viele Badura, in: Dürig/Herzog/Scholz GG Kommentar (2023), Art. 6 Rn. 139; Brosius-Gersdorf, Demografischer Wandel und Familienförderung (2011), S. 451; Hofmann, in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke GG Kommentar (2022), Art. 6 Rn. 48; Ossenbühl, Das elterliche Erziehungsrecht (1981), S. 50; ders., Schule im Rechtsstaat, in: DÖV 1977, S. 801 (806); Uhle, in: BeckOK GG (2023), Art. 6 Rn. 48; Wapler, Kinderrechte und Kindeswohl (2015), S. 113; Heiderhoff, in: v. Münch/Kunig GG Kommentar, Bd. 1 (2021), Art. 6 Rn. 102; Höfling, Elternrecht, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), HStR VII (2009), § 155 Rn. 17 f., 49; Kotzur/Vasel, in: Stern/Becker (Hrsg.), Grundrechte Kommentar (2019), Art. 6 GG Rn. 98; Robbers, in: v. Mangoldt/Klein/Starck GG Kommentar, Bd. 1 (2018), Art. 6 Abs. 2 Rn. 145; Reith, Der Erziehungs-, Bildungs- und Betreuungsauftrag des Staates (2014), S. 123; Jestaedt bezeichnet das Kindeswohl gar als „Gravitationszentrum der Elternverantwortung“, ders., Staatliche Rollen in der Eltern-Kind-Beziehung, in: DVBl. 1997, S. 693 (697); einschränkend aber Sanders, Mehrelternschaft (2018), S. 143.

89 Facius, Elternverantwortung und staatliches Erziehungsmandat (2011), S. 87; Herdegen, Die Aufnahme besonderer Rechte des Kindes in die Verfassung, in: FamRZ 1993, S. 374 (376); Jeand'Heur, Der Kindeswohl-Begriff aus verfassungsrechtlicher Sicht (1991), S. 20; Löhnig/Preisner, Anm. zu BGH XII ZB 157/16, in: FamRZ 2017, S. 1060 (1061); Ossenbühl, Das elterliche Erziehungsrecht (1981), S. 64; ders., Schule im Rechtsstaat, in: DÖV 1977, S. 801 (806); Sanders, Mehrelternschaft (2018), S. 139; Schulze, Elternrecht und Beschneidung (2017), S. 96; Uhle, in: BeckOK GG (2023), Art. 6 Rn. 57; ähnlich Erichsen/Reuter, Elternrecht – Kindeswohl – Staatsgewalt (1985), S. 50.

90 Schulze, Elternrecht und Beschneidung (2017), S. 106.

91 Für viele BVerfGE 24, 119 (144); 72, 155 (172); Badura, in: Dürig/Herzog/Scholz GG Kommentar (2023), Art. 6 Rn. 133, 135; Brüser, Die Bedeutung der Grundrechte (2010), S. 39; Hölbling, Wie viel Staat vertragen Eltern? (2010), S. 144 f.; ähnlich Höfling, Elternrecht, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), HStR VII (2009), § 155 Rn. 36; Jeand'Heur, Verfassungsrechtliche Schutzgebote zum Wohl des Kindes (1993), S. 208 sowie Wapler, Kinderrechte und Kindeswohl (2015), S. 100.

außerhalb des Schutzbereichs.⁹² Aus dem elterlichen Interpretationsspielraum ausgenommene Grenze ist das Minimum der objektiv bestimmbaren Rechtsposition des Kindes⁹³, die bei einer eindeutigen, „offenkundigen“ Gefährdung des Kindeswohls erreicht ist.⁹⁴ Die elterliche Bestimmungsmöglichkeit reicht „bis zur Grenze einer missbräuchlichen Handhabung“⁹⁵, also bis zu dem Punkt, an dem Eltern die Entwicklung des Kindes gefährden.⁹⁶ Wenngleich es im Familienrecht die Tendenz gibt, die Gewährung von Schutzimpfungen als für das Kind erhebliche Angelegenheit gem. § 1628

BGB einzuordnen⁹⁷, ist die Entscheidung gegen eine Impfung noch vom Schutzbereich des Elterngrundrechts umfasst⁹⁸. Eine negative elterliche Impfscheidung stellt lediglich die Aufrechterhaltung eines Ansteckungsrisikos dar, ist aber mit Kindeswohlgefährdungen wie Misshandlung, Unterernährung oder Verwahrlosung nicht vergleichbar. Ein „Optimierungsgebot“ des Staates, das den Eltern aufgeben könnte, ihre Elternverantwortung bestmöglich wahrzunehmen, gibt es nicht.⁹⁹ Der Eingriff in das Elterngrundrecht kann aber ebenfalls durch die Erfüllung der grundrechtlichen Schutzpflicht für impfunfähige Dritte, nicht aber durch die Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes für das Kindeswohl nach Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG, welches nur bei Kindeswohlgefährdungen zum Tragen kommt¹⁰⁰, gerechtfertigt werden. Eine Impfpflicht ist auch im Lichte des Elterngrundrechts verfassungsrecht-

lich zulässig¹⁰¹, da letztlich keine Infektionskrankheit denkbar ist, gegen die eine Impfpflicht zwar bezüglich Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG verhältnismäßig ist, nicht aber hinsichtlich des Elterngrundrechts.

IV. Staatsorganisationsrechtliche Herausforderungen bei der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht

Schlussendlich stellen sich aber auch verfassungsrechtliche Fragen zur einfachrechtlichen Umsetzung der Impfpflicht. Obwohl Schutzimpfungen (insb. Riegeimpfungen) auch im Fall einer biologischen Katastrophe zur Eindämmung von Gesundheitsgefahren dienen und damit als Katastrophenschutzmaßnahme in die Regelungskompetenz der Länder gemäß Art. 70, 30 GG fallen können, fällt die allgemeine Impfpflicht – als präventive katastrophenvorbauende Gesundheitsmaßnahme – in die Kompetenz des Bundesgesetzgebers gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG.¹⁰² Der Bund darf eine Impfpflicht wegen ihrer Grundrechtswesentlichkeit und des daraus folgenden Parlamentsvorbehalts aber nur in einem förmlichen Parlamentsgesetz regeln.¹⁰³ Die Regelung im Verordnungswege, so etwa durch die Verordnungsermächtigung

92 Vgl. *Brosius-Gersdorf*, in: dies. (Hrsg.), *Dreier GG Kommentar*, Bd. 1 (2023), Art. 6 Rn. 359; *Epping*, *Grundrechte* (2021), Rn. 520; *Heiderhoff*, in: v. Münch/Kunig *GG Kommentar*, Bd. 1 (2021), Art. 6 Rn. 148; *Höfling*, *Elternrecht*, in: *Isensee/Kirchhof* (Hrsg.), *HStR VII* (2009), § 155 Rn. 17, 35; *Uhle*, in: *BeckOK GG* (2023), Art. 6 Rn. 57; *Vellmer*, *Religiöse Kindererziehung* (2010), S. 53; *Wapler*, *Kinderrechte und Kindeswohl* (2015), S. 113; vgl. *Jestaedt*, *Staatliche Rollen in der Eltern-Kind-Beziehung*, in: *DVBl.* 1997, S. 693 (696 f.).

93 *Uhle*, in: *BeckOK GG* (2023), Art. 6 Rn. 57; *Umbach*, in: *Umbach/Clemens* (Hrsg.), *Mitarbeiterkommentar GG*, Bd. 1 (2002), Art. 6 Rn. 75; *Coelln*, in: *Sachs* (Hrsg.), *GG Kommentar* (2021), Art. 6 Rn. 71.

94 *Hanschmann*, *Staatliche Bildung und Erziehung* (2017), S. 78; *Höfling*, *Elternrecht*, in: *Isensee/Kirchhof* (Hrsg.), *HStR VII* (2009), § 155 Rn. 47; *Höfling/Stöckle*, *Elternrecht, Kindeswohl und staatliche Impferantwortung*, in: *RdJB* 2018, S. 284 (290); anders aber *Geiger*, *Kraft und Grenze der elterlichen Erziehungsverantwortung*, in: *Krautscheid/Marré* (Hrsg.), *Essener Gespräche Bd. 14*, S. 9 (25), der den Schutzbereich weiter ziehen will und nicht schon eine Gefährdung, sondern erst eine Verletzung des Kindeswohls als außerhalb des Schutzbereichs liegend betrachtet.

95 *Höfling*, *Wie viel Staat vertragen Eltern?* (2010), S. 129.

96 *Wapler*, *Kinderrechte und Kindeswohl* (2015), S. 119.

97 BGH, Beschluss vom 03.05.2017 – XII ZB 157/16; OLG Frankfurt, Beschl. v. 04.09.2015 – 6 UF 150/15 = *FamRZ* 2016, 834; OLG Karlsruhe, Beschl. v. 02.06.2015 – 18 UF 117/15; KG Berlin, Beschl. v. 18.05.2005 – 13 UF 12/05 = *FamRZ* 2006, 142; a.A. OLG Frankfurt, Beschl. v. 07.06.2010 – 2 WF 117/10 = *FamRZ* 2011, 47; OLG Dresden, Beschl. v. 07.06.2010 – 20 UF 350/10 = *FamRZ* 2011, 48; AG Darmstadt, Beschl. v. 11.06.2015 – 50 F 39/15 SO = *FamRZ* 2016, 248; Nachweise bei *Götsche*, *Elterliches Sorgerecht und Schutzimpfung*, in: *jurisFamFR* 2017, Anm. 7; *Schwedler*, Anm. zu BGH XII ZB 157/16, in: *NZ Fam* 2017, S. 564.

98 A.A. aus einer medizinischen Perspektive *Nassauer/Meyer*, *Impfungen von Kindern und Jugendlichen auch gegen den Elternwillen?*, in: *BGesBl.* 2004, S. 1230 (1233).

99 Vgl. *Böckenförde*, *Elternrecht – Recht des Kindes – Recht des Staates*, in: *Krautscheid/Marré* (Hrsg.), *Essener Gespräche Bd. 14* (1980), S. 54 (76); *Brosius-Gersdorf*, *Demografischer Wandel und Familienförderung* (2011), S. 452; *Facius*, *Elternverantwortung und staatliches Erziehungsmandat* (2011), S. 88; *Nassauer/Meyer*, *Impfungen von Kindern und Jugendlichen auch gegen den Elternwillen?*, in: *BGesBl.* 2004, S. 1230 (1233).

100 BVerfGE 69, 79 (88); *Böckenförde*, *Elternrecht – Recht des Kindes – Recht des Staates*, in: *Krautscheid/Marré* (Hrsg.), *Essener Gespräche Bd. 14* (1980), S. 54 (76); *Brosius-Gersdorf*, *Demografischer Wandel und Familienförderung* (2011), S. 451; vgl. *Brüser*, *Die Bedeutung der Grundrechte* (2010), S. 45; *Landenberg-Roberg*, *Elternverantwortung im Verfassungsstaat* (2021), S. 151.

101 In Bezug auf die Masernerkrankung i.E. so auch *Höfling/Stöckle*, *Elternrecht, Kindeswohl und staatliche Impferantwortung*, in: *RdJB* 2018, S. 284 (298) sowie *Komp/Thrun*, *Impfzwang als verfassungsrechtlich zulässiges Mittel gegen Masern?*, in: *JA* 2020, S. 196 (200).

102 So i.E. auch *Staudinger*, *Verfassungsrechtliche Untersuchung der Impfgesetzgebung in Deutschland* (2021), S. 178.

103 *Ratzel*, *Der Entwurf für ein neues Masernschutzgesetz*, in: *GesR* 2019, S. 560 (561); vgl. für den Parlamentsvorbehalt als Rechtsfolge der Wesentlichkeitstheorie *Kloepfer*, *Der Vorbehalt des Gesetzes im Wandel*, in: *JZ* 1984, S. 685 (691 f.); vgl. auch *Klafki*, *Risiko und Recht* (2017), S. 346–352; tendenziell auch *Pieper/Schwager-Wehming*, *Impfpflichten zur Bekämpfung von Masern- und COVID-19-Viren auf dem verfassungsrechtlichen Prüfstand*, in: *DÖV* 2021, S. 287 (288).

gung in § 20 Abs. 6, 7 IfSG, die nicht zuletzt hinsichtlich ihrer Bestimmtheit problematisch erscheint¹⁰⁴, ist mit dem Parlamentsvorbehalt hingegen nicht vereinbar.¹⁰⁵ Aus dem Parlamentsvorbehalt folgt in materieller Hinsicht, dass der Gesetzgeber alle wesentlichen normativen Grundlagen des zu regelnden Rechtsbereichs selbst festlegen muss.¹⁰⁶ Ein die Impfpflicht regelndes Gesetz muss somit genau festlegen, gegen welche Krankheit Pflichtimpfungen erfolgen sollen, wer Adressat der Pflicht ist, in welcher Reihenfolge die Pflicht umgesetzt wird und unter welchen Voraussetzungen ein Entschädigungsanspruch besteht. Bei der parlamentsgesetzlichen Einführung einer allgemeinen Impfpflicht kommt dem Robert-Koch-Institut als selbstständiger Bundesoberbehörde i.S.v. Art. 87 Abs. 3

S. 1 GG¹⁰⁷ schließlich die Aufgabe der Beobachtung der Immunitätslage und der Unterrichtung zuständiger Bundesministerien¹⁰⁸ zu, um seitens des Gesetzgebers die Aktivierung bzw. Deaktivierung der Schutzpflicht überhaupt feststellen zu können. Diese Funktion geht Hand in Hand mit seiner bereits jetzt in § 4 Abs. 1 S. 1, 2 IfSG gesetzlich zugewiesenen Aufgabe, Konzeptionen zur „Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen“ zu entwickeln. Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zur Grundimmunisierung sollten die Grundlage der Auswahl der mittels einer Impfpflicht einzudämmenden Krankheiten durch den Gesetzgeber darstellen. Allerdings dürfen diese – begründet in der Standardvorgehensweise (SOP) bei der Ermittlung der Impfpflicht – keine „Vorabentscheidung“ von Fragen herbeiführen, die nur dem Gesetzgeber zustehen. Dieses Problem besteht derzeit allerdings hinsichtlich einzelner Fragen des SOP-Fragenkatalogs, wie etwa der Festlegung einer Impfstrategie und des Pro-

blems der gesellschaftlichen Akzeptanz von Impfungen.

V. Fazit

Zurück zur Eingangsfrage: Die Einführung einer Impfpflicht ist grundsätzlich in verfassungskonformer Weise möglich. Der Gesetzgeber darf von dieser grundrechtsrelevanten Infektionspräventionsmaßnahme allerdings nur dann Gebrauch machen, wenn durch Unterschreitung der infektionsspezifischen Herdenimmunitätsschwelle eine Risikolage besteht, die die grundrechtliche Schutzpflicht für die körperliche Unversehrtheit impfunfähiger Personen aktiviert. Eine weitere rechtsstaatliche Leitplanke, die einzuhalten ist, besteht in der Verhältnismäßigkeit: Eine Impfpflicht ist nur dann mit Grundrechten vereinbar, wenn die Risiken der Krankheit für impfunfähige Dritte die Risiken der Impfung für die Pflichtadressaten überwiegen.

Autorin:

JProf.'in Dr. Friederike Gebhard
Juniorprofessur für Gesundheits- und Medizinrecht Fakultät für Rechtswissenschaft / Medizinische Fakultät OWL Universität Bielefeld
Postfach 100131
33501 Bielefeld

104 So auch *Klafki*, Risiko und Recht (2017), S. 349; a.A. aber *Grüner*, Biologische Katastrophen (2017), S. 215; *Mers*, Infektionsschutz im liberalen Rechtsstaat (2019), S. 143; *Schaks/Krahner*, Die Einführung einer Impfpflicht zur Bekämpfung der Masern. Eine zulässige staatliche Handlungsoption, in: *MedR* 2015, S. 860 (863) sowie *Staudinger*, Verfassungsrechtliche Untersuchung der Impfgesetzgebung in Deutschland (2021), S. 96.

105 So i.E. auch *Deutscher Ethikrat*, Stellungnahme: Impfen als Pflicht? (2019), S. 38.

106 Für viele *Böckenförde*, Gesetz und gesetzgebende Gewalt (1981), S. 392; *Busch*, Das Verhältnis des Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG zum Gesetzes- und Parlamentsvorbehalt (1992), S. 74; *Kloepfer*, Der Vorbehalt des Gesetzes im Wandel, in: *JZ* 1984, S. 685 (692); *Sodan*, § 56 – Infektionsschutzrecht, in: *Ehlers/Fehling/Pünder* (Hrsg.), *Bes. VerwR* Bd. 2 (2020), Rn. 11; *Staube*, Parlamentsvorbehalt und Delegationsbefugnis (1986), S. 129, 136.

107 *Burgi*, in: v. Mangoldt/Klein/Starck GG Kommentar, Bd. 3 (2018), Art. 87 Rn. 100; *Hollo*, in: *Kießling* (Hrsg.), *Infektionsschutzgesetz Kommentar* (2021), § 4 Rn. 6; *Pflug*, Pandemievorsorge (2013), S. 123; *Trute*, Pandemien als potentiell globale Katastrophe, in: *GSZ* 2018, S. 125 (129); *Walus*, Pandemie und Katastrophennotstand, in: *DÖV* 2010, S. 127 (129).

108 Vgl. *BT-Drs.* 14/2530, S. 45.

Lisa Masciangelo

Ausgaben- und rücklagenrelevante Effekte der Größe und des Tätigkeitsgebiets gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland: Eine quantitative Analyse

1. Hintergrund

Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands reduziert sich seit Jahren in einem stetig fortschreitenden Konzentrationsprozess. 2020 waren von den 1970 vorhandenen 1.815 Kassen allein als Folge von Fusionsmaßnahmen nur noch 105 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland tätig. Die Werte zeigen für den Zeitraum seit 2010 einen Rückgang von mehr als 37 Prozent (1). Ursprung hat dieser Prozess in gesetzlichen Rahmenbedingungen. Gesetzliche Krankenkassen operieren seit der Einführung der Kassenwahlfreiheit im Jahr 1996 durch das Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) in einem zunehmend wettbewerblichen Setting. Versicherte können wählen, bei welcher Krankenkasse sie sich versichern lassen möchten. Es gibt für gesetzliche Krankenkassen jedoch nur beschränkte Möglichkeiten, sich von Wettbewerbern abzuheben. So gibt es einen festgelegten, einheitlichen Leistungskatalog (2) und den einheitlichen allgemeinen Beitragssatz (3). Die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen gibt an, dass auch Bonusprogramme bei Versicherten kaum als Wahlinstrument für oder gegen eine Kasse zum Tragen kommen können (4). Das Bundesamt für Soziale Sicherung (bis 2019 Bundesversicherungsamt) fordert mehr Transparenz über Angebote beson-

derer Versorgungsformen der einzelnen Kassen, damit diese in Zukunft die Wahlentscheidungen beeinflussen können (5). Die scheinbare Homogenität der Kassen und die Komplexität des Krankenversicherungsmarktes wird auch in der Literatur angesprochen (6). Trotz der Relevanz der Gesundheit wird daher keine starke Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen der über 100 Wahlmöglichkeiten bei der Krankenkassenwahl angenommen (6–8). So muss nach weiteren Instrumenten gesucht werden, um wettbewerbliche Vorteile zu erlangen, Versicherte zu gewinnen und nicht davon bedroht zu sein, vom Markt zurücktreten zu müssen.

Das Instrument der Fusionierung, welche nach § 171a SGB V kassenartübergreifend stattfinden darf, führt zu einem sofortigen, zum Teil erheblich größeren Versichertenkollektiv. Im Jahr 2012 fusionierte die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) mit der BKK Gesundheit. Die neue Kasse hatte zum Zeitpunkt der Fusion 6,6 Millionen Versicherte und wurde damit die drittgrößte gesetzliche Krankenkasse Deutschlands (9). Davor standen die durch eine Fusion zweitgrößte gesetzliche Krankenkasse Barmer GEK mit 8,6 Millionen Versicherten und die Techniker Krankenkasse mit damals 7,6 Millionen Versicherten (10). Die Vielzahl solcher Fusionen weist darauf hin,

dass eine Vergrößerung des Versichertenkollektivs der Krankenkassen mit der Erwartung des Eintretens eines positiven Einflusses auf die Kasse verbunden zu sein scheint. In den Medien ist im Zusammenhang mit Krankenkassenfusionen zuweilen von einer Kompetenzbündelung die Rede (11).

Die Erwartung orientiert sich eventuell an der in der Betriebswirtschaft anerkannten ökonomischen Theorie der positiven Skaleneffekte, auf deren Existenz auch im Gesundheitssektor, besonders dessen stationärem Sektor, vieles hinweist (12). Der Theorie nach können Unternehmen ab einer bestimmten Größe eine bessere Leistungsfähigkeit erreichen (13). Studien zu den Auswirkungen eines großen Versichertenkollektivs bei Krankenkassen auf ihre Ausgaben und Rücklagen wurden nach eigenen Recherchen und nach Resch (2018) (14) bisher nicht für Deutschland publiziert. Lediglich eine Dissertation aus dem Jahr 2010 beschäftigte sich mit Zielgrößenerfüllung und Performance gesetzlicher Krankenkassen und zeigte mittels der Entwicklung eines Kennzahlensystems, dass die Kassengröße den Umfang der Zielerfüllung einer Krankenkasse signifikant positiv beeinflusst (15). Auch Studien anderer Länder sind rar und selten aktuell – ein Umstand, der gerade bei Krankenkassen, die einem ständigen Wandel

durch neue Gesetzgebungen unterliegen, den Erkenntnisgewinn aus diesen stark einschränkt. Eine US-amerikanische Studie untersuchte Skaleneffekte in Krankenversicherungsunternehmen des Landes und konnte in Bezug auf die Gesamtausgaben das Vorhandensein von Skaleneffekten aufzeigen (16). Eine Studie im Review of Economics and Statistics der Harvard Kennedy School fand bei Verwaltungsausgaben von privaten Krankenkassen starke Evidenz für das Vorliegen von Skaleneffekten (17). In der Folgestudie wurde geschlussfolgert, die Anzahl der großen Krankenversicherer sollte im Laufe der Zeit zunehmen (18). Es ist aufgrund struktureller Unterschiede in den Gesundheitssystemen fraglich, wie übertragbar diese Erkenntnisse in das deutsche Gesundheitssystem sind, in dem die gesetzlichen Krankenkassen eine Körperschaft des öffentlichen Rechts sind (§ 4 Abs. 1 SGB V) und anderen Finanzierungs- und Regulationsmechanismen und Gesetzen unterliegen, andere Leistungskataloge und Versorgungs- und Versicherungsstrukturen haben usw.

Forschungsziel

Für das zukünftige Leistungsvermögen und Tragen der steigenden finanziellen Lasten des Gesundheitssektors durch die Krankenkassen ergibt sich daraus folgende Forschungsfrage:

Inwiefern haben deutsche gesetzliche Krankenkassen mit großen Versichertenkollektiven ausgaben- und rücklagenrelevante Vorteile gegenüber gesetzlichen Krankenkassen mit kleineren Versichertenkollektiven?

Erwartet wird, dass es Unterschiede bezüglich Personalstärke, Know-how in der Vertragspolitik, Marktmacht und Umsetzungskraft bezüglich innovativer finanzmittelsparender Versorgungsmodelle gibt, die sich in der finanziellen Lage der Krankenkassen spiegeln.

Eine Analyse der Auswirkung eines bundesunmittelbarem Tätigkeitsgebietes im Vergleich zu den Auswirkungen eines regional beschränkten Tätigkeitsgebietes wird durchgeführt, da es aktuelle Diskussionen über finanzielle Vorteile für landesunmittelbar agierende Krankenkassen gibt (19–21).

2. Methodik

Datengrundlage

Datengrundlage sind die Rechnungsergebnisse der GKV, die jährlich im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Es handelt sich durch die seit 2014 bestehende gesetzliche Pflicht nach § 305b SGB V um eine Vollerhebung. Die Arbeit berücksichtigt alle im Jahr 2018 tätigen gesetzlichen Krankenkassen. Für die „KARL MAYER Betriebskrankenkasse“, die „BKK MEM Meuselwitz“ und die „BKK evm“ werden aufgrund fehlender Veröffentlichungen die Daten des Vorjahres verwendet. Die „BKK der Grillo-Werke AG“ ist nicht eingeschlossen, da sie trotz weiteren Bestehens bereits seit 2013 keine Rechnungsergebnisse mehr veröffentlicht. Es ergibt sich eine Anzahl von 109 Krankenkassen.

Variablenauswahl und -aufbereitung

Als besonders untersuchenswert klassifiziert wurden die von Vertragsverhandlungen berührten Ausgaben für Arzneimittel, ärztliche Behandlung, Heilmittel und Krankenhausbehandlung, sowie die Ausgaben für Verwaltung und die finanziellen Rücklagen. Betrachtet wurden die durchschnittlichen Beträge pro Versicherten (Mitglieder und beitragsfrei Mitversicherte) pro Jahr in Euro.

Die Analyse fand unter Bereinigung der kassenindividuellen Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds statt. Hierzu wurde für jeden Ausgabenposten eine Variable aus

dem Verhältnis der Ausgaben pro Versicherten für den jeweiligen Bereich und den Einnahmen pro Versicherten aus den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds pro Versicherten berechnet. Es besteht somit eine simulierte Grundlage gleicher Krankheitslasten zwischen den Versichertenkollektiven.

Für die Bestimmung des Tätigkeitsgebietes wurde die Krankenkassenliste des GKV-Spitzenverbandes verwendet (22). Für die dort nicht gelisteten Betriebskrankenkassen wurde per Internetrecherche über die aufsichtspflichtigen Institutionen gesondert recherchiert. Es ergibt sich eine Anzahl von 52 bundes- und 57 landesunmittelbaren Krankenkassen.

Krankenkassen wurden eingeteilt in kleine, mittelgroße, große und sehr große Krankenkassen. Kassen, die über eine Millionen Versicherte haben (Gruppe „sehr große Krankenkassen“), wurden gesondert betrachtet, während die Grenzwerte für die Umkodierung der übrigen Kassen rechnerisch durch 33,33-Prozent- und 66,67-Prozent-Perzentile der Grundgesamtheit der Kassen, die weniger als eine Millionen Versicherte haben, festgelegt wurden. Kassen mit mehr als einer Millionen Versicherten wurden gesondert betrachtet, da bei der Häufigkeitsauswertung festgestellt wurde, dass es zwischen ihnen und den nächstgroßen weniger versichertenreichen Kassen eine für den Datensatz vergleichsweise große Differenz zwischen den Werten gibt.

Unter kleinen und mittelgroßen Krankenkassen befinden sich nur Betriebskrankenkassen (BKK). Auch die Gruppe „große Krankenkassen“ wird von den BKK dominiert. Unter den großen Krankenkassen sind außerdem zwei Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), zwei Ersatzkassen (EK) und fünf Innungskrankenkassen (IKK). Sehr große Krankenkassen gibt es im Jahr 2018 bei allen Krankenkassenarten. Etwa 50 % davon weist die AOK auf.

	Krankenkassengröße	Mittelwert	Tätigkeitsgebiet	Mittelwert
Ausgaben ambulante ärztliche Behandlung	Klein	0,190 ***	Bundesunmittelbar	0,194 *
	Sehr groß	0,171 ***	Landesunmittelbar	0,185 *
Ausgaben stationäre Behandlung	Klein	0,311 ***	Bundesunmittelbar	0,314
	Sehr groß	0,350 ***	Landesunmittelbar	0,323
Arzneimittelausgaben	Klein	0,166	Bundesunmittelbar	0,163
	Sehr groß	0,171	Landesunmittelbar	0,166
Heilmittelausgaben	Klein	0,034	Bundesunmittelbar	0,033
	Sehr groß	0,033	Landesunmittelbar	0,032
Verwaltungsausgaben	Klein	0,057	Bundesunmittelbar	0,052
	Sehr groß	0,053	Landesunmittelbar	0,055
Rücklagen	Klein	0,068 ***	Bundesunmittelbar	0,051
	Sehr groß	0,033 ***	Landesunmittelbar	0,056

Tabelle 1: Ergebnisse der t-Tests nach Krankenkassengröße und Tätigkeitsgebiet

Anmerkung: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Statistische Analyse

Mittels der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics, Version 25, wurden t-Testes für unabhängige Strichproben und einfache lineare Regressionen durchgeführt. Die t-Tests wurden jeweils für den Vergleich einer Gruppe und der nächstgrößeren Gruppe, sowie für einen Vergleich der kleinen mit den sehr großen Krankenkassen durchgeführt. Die Regressionsmodelle enthielten je eine unabhängige und eine abhängige Variable. Das vorab festgelegte Signifikanzniveau lag bei mind. 0,05. Um eine lineare Korrelation zwischen Tätigkeitsgebiet und Krankenkassengröße auszuschließen, wurde dies mittels der Ausgabe des Eta-Koeffizienten (für die Anzahl der Versicherten) und eines Chi-Quadrat-Tests (für bereits umkodierte Krankenkassengrößen) getestet.

3. Ergebnisse

Krankenkassengröße

Bei den ambulanten ($p = 0,003$) und stationären Ausgaben ($p = 0,001$) bestehen zwischen den kleinen und sehr großen Krankenkassen hochsignifikante Unterschiede (s. Tabelle 1). Größere Kassen

haben im Durchschnitt pro Versicherten geringere Ausgaben für die ambulante Behandlung und höhere Ausgaben für die stationäre Behandlung. Das Muster zeigt sich statistisch nicht signifikant auch in den anderen Gruppenvergleichen, also bspw. zwischen den kleinen und mittelgroßen Kassen. Für die Arzneimittel-, Heilmittel- und Verwaltungsausgaben zeigt sich bei keinem Test ein signifikanter Unterschied zwischen den Kassen unterschiedlicher Größe.

Bei den Rücklagenhöhen besteht zwischen den kleinsten und den größten Krankenkassen ein hochsignifikanter Unterschied ($p = 0,000$). Die größeren Kassen haben geringere Rücklagen. Das Muster zeigt sich auch in den anderen Gruppenvergleichen, dort jedoch ohne statistische Signifikanz.

Die einfachen linearen Regressionsanalysen unterstützen die bivariaten Erkenntnisse. Krankenkassen mit größeren Versichertenkollektiven haben im Mittel pro Versicherten geringere Ausgaben für die ambulante Versorgung als kleinere Krankenkassen ($p = 0,004$) (s. Tabelle 2). Der Regressionskoeffizient B liegt bei -0,005 Euro. In diesem Umfang verändert

sich die Höhe der Ausgaben pro Versicherten pro Jahr durch eine Zunahme der Versichertenanzahl um 1. Eine Krankenkasse, die 100.000 zusätzliche Versicherte erhält, spart demnach 500 Euro pro Jahr bei den ambulanten ärztlichen Ausgaben.

Bei den stationären Ausgaben zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang. Größere Krankenkassen haben höhere Ausgaben pro Versicherten für die stationäre Versorgung ($p = 0,000$). Bei einer Zunahme von 100.000 Versicherten steigen die jährlichen Ausgaben für stationäre Behandlungen um 1.110 Euro.

Bei den Ausgaben für Arzneimittel ($p = 0,681$), Heilmittel ($p = 0,522$) und Verwaltung ($p = 0,158$) zeigen sich keine signifikanten Auswirkungen der Krankenkassengröße.

Rücklagenhöhen sind im Mittel bei den größeren Krankenkassen geringer als bei den kleineren ($p = 0,000$). Eine Krankenkasse, die um 100.000 Versicherte größer ist als eine andere, hat pro Jahr um 1.200 Euro geringere Rücklagen.

Mit den Modellen können durch die Krankenkassengröße 7,7 Prozent der ambulanten ärztlichen Ausgaben, 12,4 Pro-

ÜBERSICHT

zent der stationären Ausgaben, lediglich 0,2 Prozent der Arzneimittelausgaben und 0,4 Prozent der Heilmittelausgaben, 1,9 Prozent der Verwaltungsausgaben, aber bereits 17,3 Prozent der finanziellen Rücklagen einer Krankenkasse erklärt bzw. vorhergesagt werden (s. Tabelle 2).

Tätigkeitsgebiet

Ein signifikanter Unterschied zwischen Tätigkeitsgebieten zeigt sich lediglich bei den ambulanten Ausgaben. Landesunmittelbare Kassen geben pro Versicherten, unabhängig von der Krankheitslast, durchschnittlich weniger finanzielle Mittel für die ambulante ärztliche Behandlung aus als bundesunmittelbare Kassen ($p = 0,025$). Ein Zusammenhang dieser Richtung zeigt sich auch in der multivariaten Analyse ($p = 0,025$).

Sensitivitätsanalyse

Aufgrund der unterschiedlichen Gruppengrößen wurden alle Berechnungen zusätzlich mit zwei weiteren Einteilungen durchgeführt: Variante 1: Drei gleichgroße Gruppen ($n = 36-37$), Variante 2: sechs gleichgroße Gruppen ($n = 17-19$), angepasst an die Gruppengröße von $n = 17$ bei den Krankenkassen mit über einer Millionen Versicherten. Es zeigen sich ähnliche β - und R^2 -Werte, sowie nicht veränderte Zusammenhangsrichtungen. Lediglich die Verwaltungsausgaben

erhalten bei den alternativen Gruppeneinteilungen eine zuvor nicht gezeigte Signifikanz (Variante 1: $\beta = -0,247$, $p = 0,01$ **; Variante 2: $\beta = -0,209$, $p = 0,029$ *).

Effektgrößenvergleich

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass die Höhe der Rücklagen einer gesetzlichen Krankenkasse deutlich stärker von der Krankenkassengröße beeinflusst ist ($\beta = -0,416$ ***) als von ihrem Tätigkeitsgebiet ($\beta = 0,083$). Gleiches gilt für die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlungen (**) und stationäre Behandlungen (***), sowie für die Verwaltungsausgaben (n.s. / * / **). Auf die durchschnittlichen Arzneimittelausgaben pro Versicherten (n.s.) und die durchschnittlichen Heilmittelausgaben pro Versicherten (n.s.) hat das Tätigkeitsgebiet einen leicht größeren Einfluss als die Krankenkassengröße. Gemeinsame Regressionsanalysen für Krankenkassengröße und Tätigkeitsgebiet mit jeweils einer der abhängigen Variablen zeigen, dass mit dem Wissen um die Größe und das Tätigkeitsgebiet 13,5 Prozent der Ausgaben für die ambulante Versorgung, 14,8 Prozent der stationären Ausgaben, 1,2 Prozent der Ausgaben für Arzneimittel, 4,0 Prozent der Ausgaben für Heilmittel, 3,7 Prozent der Verwaltungsausgaben und 17,5 Prozent der Rücklagen vorausgesagt werden können.

4. Diskussion

Ziel des Beitrags war es zu prüfen, ob Zusammenhänge zwischen den individuellen Größen der gesetzlichen Krankenkassen und ihren Rücklagen und Ausgaben bestehen, und ob der Effekt stärker oder schwächer ist als der des vieldiskutierten Tätigkeitsgebiets. Die Höhe der Ausgaben und Rücklagen werden deutlich stärker von der Krankenkassengröße als von dem Tätigkeitsgebiet beeinflusst. Dennoch zeigen die Berechnungen in der Gesamtschau eine größtenteils unerwartete Ähnlichkeit der Ausgaben. Größe und Tätigkeitsgebiet wurden scheinbar nicht so genutzt, dass ein erheblicher, systematischer ausgabenrelevanter Unterschied entstehen konnte. Im Folgenden werden literaturgestützte Hypothesen über mögliche Gründe für die Ergebnisse aufgestellt.

Arznei- und Heilmittel: Größenirrelevanz

Das Preisbildungssystem der Heilmittel bestand bis zum Jahr 2018 aus Verhandlungen zwischen den Heilmittelerbringerverbänden und den Landesverbänden der Krankenkassen. Kassenartspezifische Unterschiede könnten so bestehen, nicht jedoch kassenindividuelle (23).

Ausgabenunterschiede bei Arzneimitteln können durch Rabattverträge herbeigeführt werden, welche nahezu alle

Ausgaben/Rücklagen	Krankenkassengröße			Tätigkeitsgebiet		
	B	β	R^2	B	β	R^2
Amb. ärztl. Behandlung	-0,005 **	-0,277 **	0,077	-0,009 *	-0,215 *	0,046
Stationäre Behandlung	0,011 ***	0,353 ***	0,124	0,008	0,120	0,014
Arzneimittelausgaben	0,001	0,040	0,002	0,004	0,096	0,009
Heilmittelausgaben	0,000	-0,062	0,004	-0,001	-0,184	0,034
Verwaltungsausgaben	-0,001	-0,136	0,019	0,003	0,147	0,022
Rücklagen	-0,012 ***	-0,416 ***	0,173	0,005	0,083	0,007

Tabelle 2: Ergebnisse der linearen Regression nach Krankenkassengröße und Tätigkeitsgebiet

Anmerkung: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Krankenkassen abschließen. Insgesamt wurden 2017 dadurch über vier Milliarden Euro Einsparungen erzielt (24). Die fehlenden Ausgabenunterschiede können ein Resultat externer Verhandlungshilfen für weniger verhandlungsstarke Krankenkassen sein. Kassen der BKK erhalten regelhaft externe Unterstützung durch die Landesverbände bei Vertragsverhandlungen (25). Vorteile können dabei nicht nur durch eine bundesweite Größe und Marktmacht entstehen, sondern auch durch regionale Größe (26).

Ambulante ärztliche Behandlung: Größenvorteile

Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung sinken, wie angenommen, mit steigender Krankenkassengröße. Wettbewerbsvorteile nutzen können Krankenkassen im ambulanten Sektor nur mit Selektivverträgen. Diese kassenindividuellen Verträge können für die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V, die ambulante fachärztliche Versorgung nach § 73c SGB V und über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f-g SGB V abgeschlossen und als qualitätsförderndes und potenziell ausgaben-senkendes Mittel genutzt werden (27). Extrabudgetäre Vergütungen machten im ersten Quartal des Jahres 2014 etwa ein Drittel der Gesamtvergütung aus (27) und sind damit ausgabenrelevant. Der Abschluss der Verträge gilt jedoch als besonders aufwändig und lohne sich für kleine Krankenkassen nicht. Das hänge auch damit zusammen, dass vermehrt Zusammenschlüsse auf Leistungserbringerseite erfolgten. Krankenhäuser und Praxen gingen immer häufiger in Ärztenetze und Krankenhausketten über, um ihre Verhandlungsposition gegenüber den größer werdenden Krankenkassen zu stärken (28). Ralf Sjuts, bis 2008 Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK,

bemängelt, dass kleine Krankenkassen bei Verhandlungen mit Leistungserbringern als Vertragspartner „nicht mehr sehr ernst genommen“ würden (29). Ebenso hindere die Aussicht auf eine zu geringe Einschreibungsrate die Abschlüsse von Selektivverträgen (30). Geringere Einschreibungsraten bei Krankenkassen mit kleineren Versichertenkollektiven können erwartet werden. Passend dazu kürt die aktuelle Ausgabe des für Versicherte konzipierten jährlichen Krankenkassenvergleichs von Focus Money im Bereich der besonderen Versorgungsformen einzig zwei Krankenkassen mit über einer Millionen Versicherten mit der Bestnote. Sie schlossen die meisten Verträge, die Versicherten einen Zugang zu Behandlungsprogrammen nach § 140a-d SGB V verschafften (31). Möglich ist auch, dass sich die finanziellen Vorteile von risikoselektiven Verhalten in den Ausgabenunterschieden zeigt. Besteht das Wissen über eine Überdeckung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bei einer bestimmten Krankheit, d.h. die Zuweisungen übersteigen die durchschnittlichen tatsächlichen Ausgaben (32), kann der Anreiz bestehen, diese Versicherten mittels passender Angebote zum Kassenwechsel zu bewegen. Die dies nutzenden Kassen können dadurch einen doppelten Vorteil kreieren: Den der potenziell ausgaben-senkenden Versorgungsmodelle und den des Effektes der Überdeckung. Widersprüchlich scheint bei der Annahme der größeren Nutzung besonderer Versorgungsformen bei großen Krankenkassen, dass diese höhere stationäre Ausgaben haben als kleinere Kassen. Besondere Versorgungsformen sollten die Kosten des stationären Sektors verringern, die durch Folgeschäden aufgrund mangelnder Kooperation und Koordinierung bei der ambulanten Versorgung entstehen können. Die erhöhten stationären Ausgaben können jedoch auch durch andere

Faktoren bedingt sein, die die einsparenden Effekte überdecken.

Stationäre Behandlung: Größennachteile

Mit steigender Kassengröße erhöhen sich die Kosten für die stationäre Behandlung linear. Diseconomies of Scale, finanzielle Nachteile durch große Unternehmensgröße, wurden bspw. auch bei Krankenhäusern selbst beobachtet (33). Generell erreichen über 50 Prozent fusionierter Unternehmen ihre damit verbundenen monetären Ziele nicht (13). Vergütungsvereinbarungen über das Budget der Krankenhäuser werden jährlich getroffen. Der Großteil der Leistungen wird dabei über bundesweit einheitliche Diagnosis Related Groups vergütet. Bei Leistungen, die nicht nach diesem System vergütet werden, können krankenhaushausindividuelle Vergütungsvereinbarungen getroffen werden. Vertragspartner der Krankenhäuser sind allerdings die Landesverbände der Krankenkassen (27). Krankenkassenindividuelle Ausgaben können durch das Prüfverhalten der Kassen beeinflusst werden (32). Die Prüfung des Kodierverhaltens der Krankenhäuser und die Notwendigkeit der erbrachten Leistungen ist verpflichtend (34). Führt eine Prüfung nicht zu einer notwendigen Minderung des Abrechnungsbetrags, müssen die Krankenkassen den betroffenen Krankenhäusern nach § 275 Abs. 1c SGB V eine Aufwandspauschale gewährleisten (34). Im Jahr 2016 haben sich diese Zahlungen auf insgesamt 144,5 Millionen Euro belaufen. Die Gesamtausgaben für die Prüfungen lagen bei 800 Millionen Euro. Die Ersparnisse der Krankenkassen durch Abrechnungsprüfungen lagen bei 1,2 Milliarden Euro (35) und können damit als ausgabenrelevant bezeichnet werden. Krankenkassen führen die Abrechnungsprüfung mit unterschiedlichen Techniken und unterschiedlichem

Erfolg durch. Einheitliche und verbindliche Richtlinien zur Durchführung gibt es nicht (35). Kleinere Krankenkassen sind nicht zwingend benachteiligt, denn das Verfahren kann auch mit externer Hilfe, bspw. durch die Landesverbände durchgeführt werden. Der Bundesrechnungshof deckte außerdem auf, dass einige Krankenkassen auf die Prüfungen von Krankenhäusern gänzlich verzichteten. Sie hatten Verträge mit Krankenhäusern abgeschlossen, in denen diese einer pauschalen Kürzung der Rechnungen zustimmen, wenn die Krankenkassen im Gegenzug ihrer Abrechnungsprüfungsverpflichtung nicht nachgehen (36). Ob es bei diesen Verträgen einen Zusammenhang zu der Größe der Krankenkassen gibt, bleibt zu prüfen.

Verwaltungsausgaben: Größenvorteile

Bei den Verwaltungsausgaben zeigt sich bei allen drei Modellen ein negativer Zusammenhang zwischen Krankenkassengröße und Ausgabenhöhe, welcher bei zwei Modellen signifikant ist. Größere Krankenkassen haben demnach geringere Verwaltungsausgaben pro Versicherten. Es kann davon ausgegangen werden, dass die für die Verwaltung notwendigen vorgehaltenen Ressourcen, wie bspw. die IT-Struktur, besser ausgelastet sind. Zudem können größere Erfahrungswerte in der Verwaltungsarbeit und bessere Managementkenntnisse erwartet werden (17). Höhere Verwaltungsausgaben sind trotz negativer Konnotationen nicht pauschal als negativ zu bewerten. Verwaltungsausgaben sind grundsätzlich zum Zweck der Versorgungssicherstellung notwendig. Da einige Krankenkassen größere Serviceangebote (z.B. die Nutzung diverser Medien für die Versichertenbetreuung, Dichte des Geschäftsstellennetzes etc.) und größere Leistungsangebote als andere Krankenkassen bieten,

kann sich dies durch Bereitstellungskosten und Entwicklung, Management und Weiterentwicklung der zusätzlichen Leistungen in den Ausgaben widerspiegeln, wenn nicht genügend Skaleneffekte realisiert werden können, um den Mehraufwand zu kompensieren.

Rücklagen: Größennachteile

Bei den von Vertragspolitik tangierten Ausgaben zeigen sich dieser Arbeit nach zwischen den verschiedenen Krankenkassengrößen nur kleine Unterschiede. Erklärungen für den Rücklagenunterschied würden daher zuerst in Unterschieden in den Einnahmen vermutet. Der allgemeine Beitragssatz ist jedoch einheitlich. Einnahmen aus dem Zusatzbeitragssatz werden nach § 270a SGB V durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) umverteilt. Zudem hängt der Zusatzbeitragssatz nach einer Regressionsanalyse nicht signifikant mit der Krankenkassengröße zusammen ($p = 0,274$).

Es ist denkbar, dass die Krankenkassen, deren finanzielle Rücklagen im Vergleich niedrig sind, höhere Ausgaben für Ausgabenposten haben, die in dieser Arbeit nicht betrachtet wurden, bspw. Krankengeld, Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Prävention etc. Im Bereich der Prävention ist es für die gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a-c SGB V gesetzlich verpflichtend pro Versicherten mindestens 7,34 Euro (2018) für primäre Prävention und Gesundheitsförderung im Jahr aufzuwenden (37). Da es sich hierbei um Ausgabenposten handelt, die proportional zur Versichertenanzahl wachsen sollten, kann davon ausgegangen werden, dass größere Krankenkassen höhere Ausgaben haben und sich das ggf. in den Rücklagen abzeichnet. 2018 wurden für Gesundheitsförderung, Prävention in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung und individuelle verhaltens-

bezogene Präventionsmaßnahmen 544 Millionen Euro durch die Krankenkassen aufgewendet (37). Zudem sind größere Kassen, von denen angenommen werden kann, dass sie i.d.R. ein stärker ausgeprägtes Markenimage haben, u.U. eher interessiert, ihren Versicherten über die Verpflichtung nach § 20a-c SGB V hinausgehende Zusatzleistungen anzubieten. Die Überprüfung der Hypothese einer sich nach Krankenkassengröße unterscheidenden Höhe der Präventionsausgaben wäre mit Rechnungsdaten theoretisch möglich. Die Daten sind inhaltlich jedoch nicht standardisiert. Hilfreicher Anhaltspunkt ist der jährliche Krankenkassenvergleich von Focus Money. Im Bereich der Bonuszahlungen für Versicherte für die Wahrnehmung von Präventionsleistungen nach § 65a SGB V haben 3 der 6 mit Bestnote ausgezeichneten Krankenkassen über eine Millionen Versicherte. Diese 3 belegen die Bestplatzierungen Rang 1 bis 3 (31). Bei den Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung für individuelle Personen und im schulischen bzw. betriebliches Setting haben 4 der 18 Krankenkassen mit Bestnote über eine Millionen Versicherte. Diese 4 belegten Platz 1 bis 4 (31). Bei anderen Satzungsleistungen, bspw. im Bereich der Seh- und Hörhilfen oder der Schutzimpfungen, gehören 2 der 4 Bestplatzierten den Kassen mit über einer Millionen Versicherten an. Sie belegen Rang 1 und 2 (31). Einer der für die Höhe der finanziellen Rücklagen einflussnehmenden Parameter können auch die Werbe- bzw. Marketingmaßnahmen sein. Die Relevanz dieser wird bewusst, wenn deutlich wird, dass Personen auf dem Krankenversicherungsmarkt nicht so viel Konsumentensouveränität wie auf anderen Märkten zugesprochen wird (s. Kapitel 1). Krankenkassen können daher auf den Einfluss der Kommunikationspolitik setzen. Innerhalb dieser wird die Relevanz von Positionierung

und Profil genannt (6). Ziel dessen ist es, eine Markenidentität zu generieren, die als Ankerpunkt und Ersatz für die direkte Informationssuche nach objektiven Informationen durch den potenziellen Versicherten funktioniert (8). Mit der geschaffenen Identität soll ein dominantes, positives Image im Kopf des Kunden eingenommen werden. Die Markenidentität wird daher als ein strategischer Wettbewerbsfaktor bezeichnet, der für den Unternehmenserfolg von höchster Bedeutung ist. Das gelte insbesondere für Dienstleistungssektoren (8). Relevant für das Erreichen dieses Ziels ist neben der konkreten Darstellung des Unternehmens auch Exposure, also ein gewisses Grundrauschen, das ermöglicht, bemerkt zu werden (38). Das geschieht vor allem durch Printwerbung, Öffentlichkeitsarbeit und Social-Media-Kanäle. Die Printwerbung ist bei Krankenkassen das beliebteste Instrument für die Kundengewinnung und für die Informierung über Zusatzleistungen. Public-Relations-Maßnahmen und Social Media werden häufig zum Halten und Stärken der Marktposition und zur Imageverbesserung eingesetzt (39). Zwar gibt es durch die Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden eine Budgetierung für Ausgaben des Marketings, aber es bietet sich immer noch Spielraum, der sich in den niedrigeren Rücklagen deutlich machen kann. Zudem werden die Budgetgrenzen für die Werbemaßnahmen laut Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Krankenkassen immer wieder überschritten (5). Laut den gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden ist das Wirtschaftlichkeitsgebot im Bereich Marketing eingehalten, wenn Ausgaben nicht mehr als 0,15 Prozent der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) je Mitglied überschreiten (40). Im Jahr 2020 liegt diese bei 3.185 Euro – das Durchschnittsentgelt in Deutschland im letzten Kalenderjahr

(41). Werbegeschenke sind dazu in der Höhe von etwa 0,2 Prozent der monatlichen Bezugsgröße erlaubt (40). Im Jahr 2016 kamen die AOKen damit auf knapp 80 Millionen Euro für Werbemaßnahmen. Es folgten die Ersatzkassen, darunter z.B. die Techniker Krankenkasse und die BARMER mit knapp 71 Millionen Euro, die damit seit dem Jahr 2012 eine 53-prozentige Erhöhung der Ausgaben verzeichneten (42). Die Beträge sind dem Gesetz nach abhängig von der Mitgliederanzahl und demnach bei größeren Krankenkassen potenziell höher.

Implikationen

Einer Reduktion der Krankenkassenanzahl, wie sie in aktuellen Entwicklungen zu beobachten ist, wird argumentativ häufig entgegengesetzt, dass sie den Wettbewerb zwischen den Kassen reduzieren und damit der Verlust diverser Vorteile des Wettbewerbs in Kauf genommen würde (43). Diese Arbeit weist darauf hin, dass der gesetzlich erlaubte Wettbewerb zumindest kaum zu einer Ausdifferenzierung führt, die durch monetäre Vorteile sichtbar wird.

Für krankenkasseninterne Überlegungen stellt sich vor dem Hintergrund der Ergebnisse und der wenig dichten bisherigen Studienlage die Frage, ob etwaige Gewinne durch eine Fusion die entstehenden Integrationskosten aufwiegen. Für Versicherte einer fusionierenden Krankenkasse zeigen sich durch die Fusion keine direkten Auswirkungen. Eine solche organisatorische Veränderung aber belastet die beiden fusionierenden Einheiten durch die Bindung finanzieller und personeller Ressourcen für die Durchführung des Fusionsprozesses. Darunter fallen die Sondierung eines geeigneten Partners anhand geeigneter Auswahlkriterien, die Sichtung der Unterlagen der Verhandlungspartner (relevant sind bspw. die Struktur des Versichertenbestandes,

das Vermögen, der Markenauftritt), die Verhandlungen, die i.d.R. mindestens drei Monate andauern und die Stellung des Antrags, der mit einem detailliertem Konzept über die auf den Zusammenschluss folgende Restrukturierung der Kasse informiert (26). Die Arbeit liefert keine Hinweise auf eine Amortisierung dieser Kosten. Kooperation zwischen den Krankenkassen scheinen ebenso zielführend für einen Ausgleich krankenkassenindividueller Defizite. Es bedarf hier jedoch noch weiterer Forschung.

Für das Gesundheitssystem als Ganzes ist ein jeglicher Gedanke über einen Weg zur Ausgabensenkung ohne Leistungsverlust der Verfolgung wert, daher werden weitere Forschungsaktivitäten in diesem Bereich empfohlen.

Methodische Stärken und Schwächen

Die Arbeit trägt zur Nutzung und Auswertung vorhandener Daten im Gesundheitswesen bei. Es liegt eine Vollerhebung mit öffentlich zugänglichen Daten vor. Reproduktion und Folgeanalysen sind problemlos möglich. Die Ergebnisse wurden mit verschiedenen Gruppeneinteilungen validiert. Schwächen finden sich in der Beschränkung der Forschung auf ein Untersuchungsjahr und eine beschränkte Variablenanzahl. Dies ist der Knappheit der personellen und zeitlichen Ressourcen geschuldet.

Weiterer Forschungsbedarf

Die Auswahl der abhängigen Variablen geschah vor dem Hintergrund ihrer angenommenen Abhängigkeit von der Vertragspolitik. In einem nächsten Schritt können allumfassende Gesamtausgaben und die Gesamtleistungsausgaben analysiert werden. Von Interesse ist auch die Analyse des Verwaltungsvermögens und der Höhe der Betriebsmittel. Sie gelten nach § 259 SGB V neben den Rückkla-

gen als Mittel einer Krankenkasse. Ihre potenziellen Unterschiede können ggf. weitere Erklärung für die Unterschiede der Rücklagen kleiner und großer Krankenkassen bieten. Für die Quantifizierung der reinen Effekte der betrachteten Variablen auf die Ausgaben und Rücklagen können weitere denkbare Einflussvariablen in den Berechnungsmodellen berücksichtigt werden (s. Diskussion). Die Daten können zudem längsschnittlich ausgewertet werden. So können ggf. auch monetär optimale Krankenkassengrößen identifiziert werden. Der Gedanke, dass die Bewertung „optimale Krankenkassengröße“ oder „sinnvolle Fusion“ sich unter Betracht der Kernfunktion einer Krankenkasse nicht nur auf das Merkmal der Ausgabenhöhe berufen sollte, muss jedoch bei allen Forschungsvorhaben und Diskussionen dieses Themenfeldes mit-schwingen.

Referenzen

1. GKV-Spitzenverband. Die gesetzlichen Krankenkassen; 2020. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp.
2. Verband der Ersatzkassen e. V. Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); 2019. Verfügbar unter: <https://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen.html>.
3. Bundesministerium für Gesundheit. Beiträge und Tarife; 2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege-und-tarife.html>.
4. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen. Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenkassen. Anreiz für gesundheitsbewusstes Verhalten oder Prämienzahlung für Gesunde? Untersuchung der Verbraucherzentrale NRW; 2015.
5. Bundesversicherungsamt. Sonderbericht. Zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung; 2018.
6. Borocho W, Matusiewicz D. Vierfelder-Matrix der Markenpositionierung von gesetzlichen Krankenkassen. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 2016; 105 (2): 131–147.
7. Ackermann G. CSR in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Hildebrandt A, Landhäußer W, Hrsg. CSR und Digitalisierung. Der digitale Wandel als Chance und Herausforderung für Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler; 2017. S. 947–957.
8. Borocho W. Markenzentrierte Unternehmensführung gesetzlicher Krankenkassen als strategische Antwort auf Kunden- und Kostenexzellenz. In: Matusiewicz D, Stratmann F, Wimmer J, Hrsg. Marketing im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019. 107–119.
9. Schäfers M. DAK und BKK Gesundheit: Eine neue Großkrankenkasse entsteht; 2011. Verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/dak-und-bkk-gesundheit-eine-neue-grosskrankenkasse-entsteht-11489460.html>.
10. Czycholl H. Wenn Kassen fusionieren – die Folgen für Patienten; 2011. Verfügbar unter: <https://www.welt.de/finanzen/verbraucher/article13664445/Wenn-Kassen-fusionieren-die-Folgen-fuer-Patienten.html>.
11. Klusen N. Hat nur Groß eine Chance? Kranken- und Pflegeversicherung 2008; 11: 280.
12. Rice T, Gildemeister S, Buerschaper H. Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung. Deutsche Erstausgabe. Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft; 2004.
13. Schwenker B, Bötzel S. Die Grenzen des Wachstums überwinden. Größenvorteile nutzen, Größennachteile vermeiden: Roland Berger Strategy Consultants; 2005.
14. Resch S. Risikoselektion im Mitglieder Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaften; 2018.
15. Loth J, Greß S, Wasem J. Krankenkassen: Unternehmensgröße beeinflusst Zielerfüllung. Kranken- und Pflegeversicherung 2010; 10: 310–313.
16. Malhotra DK, Poteau RR, Russel PS. ECONOMIES OF SCALE IN LIFE AND HEALTH INSURANCE INDUSTRY. International Journal of Business, Accounting, & Finance 2018; 12 (1): 89–102.
17. Blair RD, Jackson JR, Vogel RJ. Economies of Scale in the Administration of Health Insurance. The Review of Economics and Statistics 1975; 57 (2): 185–189.
18. Blair RD, Vogel RJ. A survivor analysis of commercial health insurers. The Journal of Business 1978; 51 (3): 521–529.
19. Elsner U. Einwurf. Weniger Rechtsstreite durch einheitliche Aufsicht! ersatzkasse magazin 2019; 2019 (4).
20. Waschinski G. Aufsichtschaos bei den gesetzlichen Krankenkassen; 2019. Verfügbar unter: <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheits-aufsichts-chaos-bei-den-gesetzlichen-krankenkassen/24866340.html?ticket=ST-1324304-phIAAgTgdIRN3DjTfdPs-ap2>.
21. Monopolkommission. Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. 75. Sondergutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4; 2017.
22. GKV-Spitzenverband. Krankenkassenliste; 2020. Verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp>.
23. Finkenstädt V. Die Heilmittelversorgung der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich. WIP-Diskussionspapier 2/2014. Köln; 2015.
24. AOK-Bundesverband. Erfolgsmodell AOK-Arzneimittelrabattverträge; 2019. Verfügbar unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/arzneimittelrabattvertraege/aok_amv_faq_stand_juni2019.pdf.
25. BKK-Landesverband NORDWEST. Aufgaben des BKK Landesverbandes; 2020. Verfügbar unter: <https://www.bkk-lv-nordwest.de/bkk-in-nordwest/der-verband/aufgaben-des-bkk-landesverbandes/>.
26. Tjulenev J, Frank M. Fusionen im deutschen gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 2012; 101 (2): 191–208.
27. Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: hogrefe; 2017.
28. Scherf D. Große Kassen, bessere Gesundheit; 2009. Verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/krankenkassen-grossekassen-bessere-gesundheit-1855896.html>.
29. Grether T. Von Konzernstrukturen könnten alle profitieren. Die Gesundheitswirtschaft 2007; 1 (2).
30. Ehlert A, Wein T. Integrierte Versorgung — Wettbewerbspotenzial in der Gesundheitsversorgung heben! Wirtschaftsdienst 2014; 94 (3): 194–202.
31. FOCUS-MONEY. Gesetzliche Krankenkassen. Auf Herz und Nieren untersucht. 7: 62–78.; 2020.
32. BKK Dachverband e.V. Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich. Betriebskrankenkassen Magazin des BKK Dachverbandes 2015; S1: 1–34.
33. Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. PloS one 2017; 12 (3): e0174533.
34. GKV-Spitzenverband. Abrechnungsprüfung; 2020. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/abrechnungspruefung/abrechnungspruefung.jsp.
35. Bundesrechnungshof. Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung: Beratungsbericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages; 2019. Verfügbar unter: https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2019/krankenhaeuser-abrechnungen-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
36. Bundesrechnungshof. Bemerkungen 2018 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes. Ergänzungsband; 2019. Verfügbar unter: https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2019/bemerkungen-2018-ergaenzungsband-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
37. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Bauer S, Römer K, Geiger L. Präventionsbericht 2019. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen; 2019.

38. Homburg C. Marketingmanagement: Strategie - Instrumente - Umsetzung - Unternehmensführung: Springer-Verlag; 2016.

39. Behrens-Potratz A, Pohlabein K, Sauerländer A, Wilczek V. Marketing in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Untersuchung des Status Quo und des Nutzungsgrades von Instrumenten der Kommunikationspolitik. Arbeitspapier Nr. 13 der Leibniz-Fachhochschule Hannover; 2016.

40. Bundesversicherungsamt. Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung. In der Fassung vom 11. November 2015; 2015.

41. Techniker Krankenkasse. Was ist die sogenannte Bezugsgröße und wie hoch ist sie?; 2020. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/firmenkunden/versicherung/beitraege-faq/zahlen-und-grenzwerte/bezugsgrößen-2033030?tkcm=ab>.

42. Rohrer B. 194 Millionen Euro fürs Marketing. Werbeausgaben der Krankenkassen seit 1995 verdreifacht: DAZ.online; 2018. Verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/07/31/werbeausgaben-der-krankenkassen-seit-1995-verdreifacht/chapter:2>.

43. Müller R. Einheitskrankenkasse - gangbarer Weg für die gesetzliche Krankenversicherung? Wirtschaftsdienst 2019; 99 (7): 511–515..

Autorin:

Lisa Masciangelo, B.Sc.

Medizinische Fakultät OWL

AG1 - Sustainable Environmental

Health Sciences

Universität Bielefeld

Universitätsstraße 25

33615 Bielefeld

Danksagung

Mit bestem Dank an Herrn Prof. Dr. Greß und Frau Dr. Schnee, nun Frau Prof. Dr. Schnee, die bei mir die Passion für gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Themen und das Interesse an quantitativer Forschung entfacht haben und durch deren wunderbare Betreuung ich beim Schreiben dieser Arbeit viel Spaß hatte.

Aus der Rechtsprechung

Posttraumatische Belastungsstörung als Berufskrankheit bei Rettungssanitätern anerkennungsfähig

Eine Posttraumatische Belastungsstörung bei Rettungssanitätern kann als „Wie-Berufskrankheit“ anerkannt werden, auch wenn die Posttraumatische Belastungsstörung nicht zu den in der Berufskrankheiten-Verordnung aufgezählten Berufskrankheiten gehört. Dies hat der 2. Senat des Bundessozialgerichts entschieden.

Der Kläger erlebte als Rettungssanitäter viele traumatisierende Ereignisse (unter anderem Amoklauf, Suizide und andere das Leben sehr belastende Momente). Im Jahr 2016 wurde bei ihm eine Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt. Die Beklagte lehnte es ab, diese Erkrankung als Berufskrankheit anzu-

erkennen, weil die Posttraumatische Belastungsstörung nicht zu den in der Berufskrankheiten-Liste aufgezählten Berufskrankheiten gehört. Die Posttraumatische Belastungsstörung sei auch nicht als „Wie-Berufskrankheit“ anzuerkennen.

Anders als die Vorinstanzen hat das Bundessozialgericht entschieden, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung bei Rettungssanitätern als „Wie-Berufskrankheit“ anerkannt werden kann. Rettungssanitäter sind während ihrer Arbeitszeit einem erhöhten Risiko der Konfrontation mit traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt. Diese Einwirkungen sind abstrakt-generell nach dem Stand der Wissenschaft Ursache einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Dieser Ursachenzusammenhang ergibt

sich aus den international anerkannten Diagnosesystemen, insbesondere dem Statistischen Manual Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (DSM), sowie den Leitlinien der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften.

Ob beim Kläger tatsächlich eine Posttraumatische Belastungsstörung vorliegt, die auf seine Tätigkeit als Rettungssanitäter zurückzuführen ist, bedarf indes noch weiterer Feststellungen, so dass die Sache an das Landessozialgericht zurückzuweisen war.

Entscheidung vom 22.06.2023, Az.: B 2 U 11/20 R

Michael Müller | Daniel Schaffer

Impulse für ein Versorgungsgesetz zur Regulation der ambulanten Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Die Bedeutung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und die Notwendigkeit einer weiteren gesetzlichen Regulierung der Gründung sowie des Betriebs werden aktuell wieder – entfacht durch Teile der (zahn-)ärztlichen Selbstverwaltung – diskutiert. Es geht dabei mehr um strukturelle Fragen des Wettbewerbs und von Machtstrukturen innerhalb der Selbstverwaltung als patientenzentriert um die bestmögliche Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.

Der Gesetzgeber hat hierzu zwei Versorgungsgesetze mit MVZ-Regelungen angekündigt. Insgesamt unstrittig ist die Notwendigkeit, die Transparenz der Inhaber- und Trägerschaft von Leistungserbringerstrukturen deutlich zu verbessern. Weitere, teils sehr kontrovers bewertete

Einschränkungen der Gründungsbefugnis von MVZ sowie Regelungen zum Betrieb von MVZ, werden von manchen gefordert, bisweilen mit schärferer Tonart, vornehmlich aus der KZBV und BZÄK. Die Funktionäre der (zahn-)ärztlichen Selbstverwaltung sind geeint in der Sorge vor „großen (MVZ-)Strukturen“ und ihrer Angst vor Oligopol- und Monopolbildungen.

Die Kostenträger haben die Gesamtkostenentwicklung im Blick und somit nachvollziehbar eine andere Sichtweise. Sie adressieren die Kontrolle von Oligo- und Monopolen und wünschen eine Überprüfung des Bedarfs an übertragenen Zulassungen, wohl eher aus Kosten- als aus Versorgungsgründen. Der Beitrag leitet aus den verfügbaren Fakten fünf Impulse und konkrete Regelungsvorschläge ab.

Fakten zur aktuellen Debatte

Einzelpraxen sind mit 78 Prozent die häufigste ambulante vertragsärztliche Versorgungsform, MVZ haben Ende 2021 mit 4 Prozent einen geringen Anteil:

Ende 2021 waren 4.179 MVZ zugelassen. MVZ haben sich nach fast 20 Jahren in der ambulanten Versorgungslandschaft etabliert. Ihre Verteilung in Ballungsgebieten und ländlichen Regionen entspricht der Bevölkerungsverteilung.¹

¹ Neubauer, G.; Minartz, C. und Niedermeier, C. Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung. Schlussbericht. 2020. <https://www.powr.io/pdf-embed/u/c97ca3e2-ca87-4115-ad57-e1b-c2a0bf2ca#platform=html&url=https%3A%2F%2Fcms.ejimdo.com%2Fapp%2Ffs-07d8ef578c0ec79c%2Fpc2e97ee676821e82>

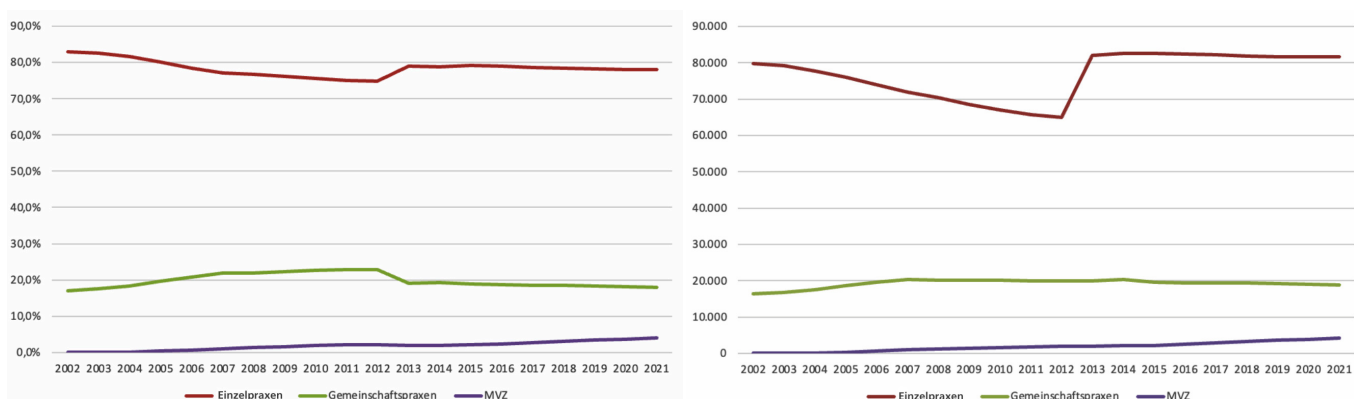


Abb. 1: Verteilung von Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und MVZ in Deutschland (Quelle: www.gbe-bund.de, 14.04.2023) mit dem Hinweis, dass die seit 2013 in der Versorgung psychologisch psychotherapeutische etablierten Praxen miterfasst sind.

44 Prozent der MVZ liegen in ärztlicher Trägerschaft, bei 42 Prozent sind Krankenhäuser an der Inhaberschaft beteiligt. Ca. 14 Prozent aller an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärztinnen

und Ärzte sind in einem MVZ tätig.^{2,3} Das im Auftrag des Bundesgesundheits-

2 KBV. Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Website, 2022. <https://www.powr.io/pdf-embed/uc97ca3e2-ca87-4115-ad57-e1bc2a0bf2ca#platform=html&url=https://cms.e.jimdo.com/app/s07d8ef578c0ec79c/pc2e97ee676821e82>

3 Vgl.: BBMV-Hintergrundpapier „MVZ-Gruppen mit Beteiligungskapital in der ambulanten Versorgung – Hintergründe und Zusammenhänge“ (2022)

ministeriums (BMG) im Jahr 2020 veröffentlichte Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen konstatierte auch einen sehr geringen Anteil von investorenunterstützten MVZ an der ambulanten Versorgung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) veröffentlicht jährlich Daten zur MVZ-Entwicklung (Die Krankenhaus-MVZ beinhalten die MVZ nichtärztlicher Kapitalgeber):

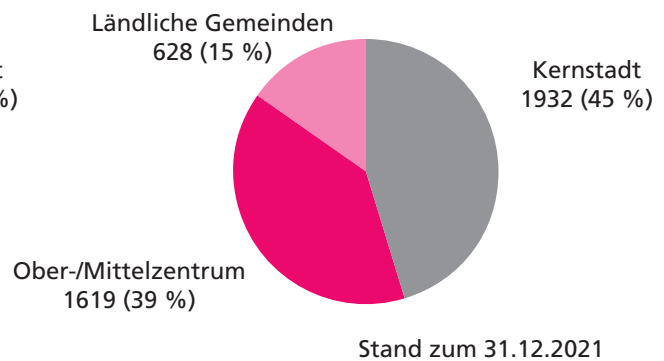
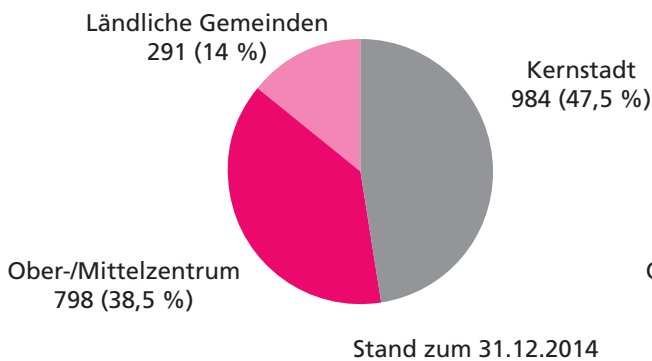
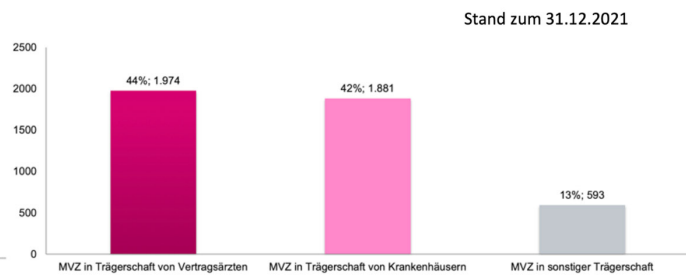
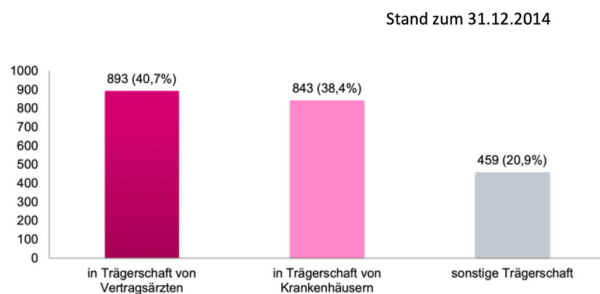
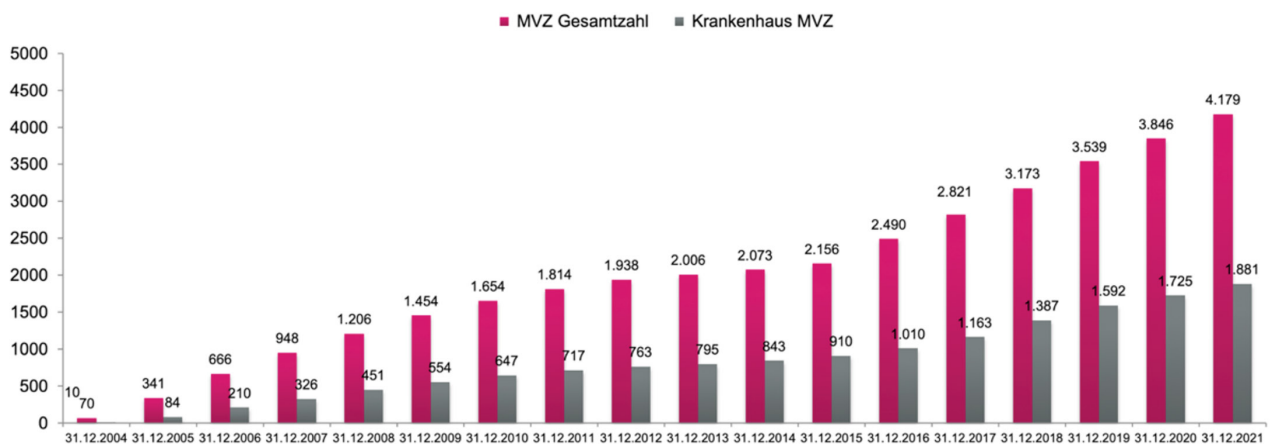


Abb. 2-4: Entwicklung und Verteilung der MVZ nach KBV-Angaben (<https://www.kbv.de/html/mvz.php>)

ZUR DISKUSSION GESTELLT

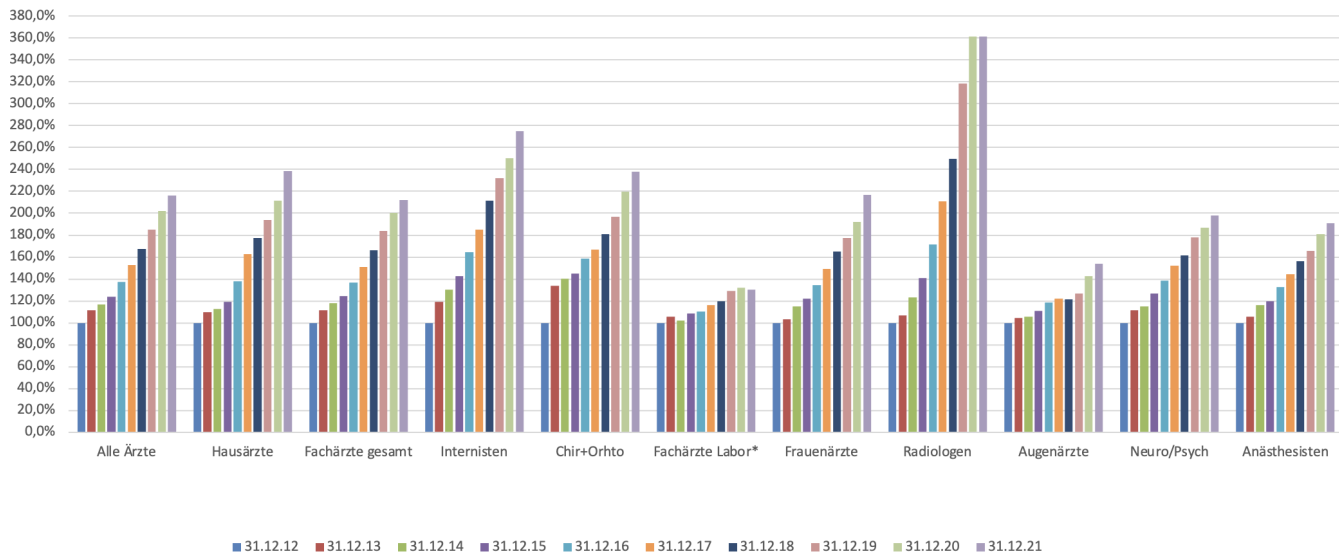


Abb. 5: Relative Entwicklung der Arztzahlen nach Fachgruppen in MVZ

Die Abbildung 5 stellt nach den KBV-Daten die Entwicklung der MVZ-Arztzahlen nach Fachgruppen dar. Sie belegt, dass Ärztinnen und Ärzte, insbesondere seit der Einführung fachgleicher MVZ 2015, das MVZ als eine attraktive Versorgungsform sehen und dort die Beschäftigung suchen bzw. MVZ selbst gründen. Ärztinnen und Ärzte in angestellter vertragsärztlicher Tätigkeit in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ gehören fest zum Bild der ambulanten Versorgung. Ende 2022 arbeiteten 73,8 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte als Angestellte, nach der KBV-Statistik 26,5

Prozent als vertragsärztlich Tätige. 17,6 Prozent der Internistinnen und Internisten arbeiteten Ende 2022 angestellt im MVZ, Tendenz steigend. Das ist neben der Labormedizin/Mikrobiologie, wo die freiberufliche ärztliche Tätigkeit in Anstellung im MVZ regelhaft der Fall ist und der Anteil Angestellter in Facharztlaboren schon vor 10 Jahre über 65 Prozent lag, außerhalb der diagnostischen Fächer ein sehr hoher Anteil in einer Facharztgruppe. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht die statistischen Daten aus dem Bundesarztregister für alle Arzt-

gruppen und Einrichtungen (Quelle: <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>). Die Gesundheitsversorgung wird in Deutschland wesentlich von privat finanzierten Unternehmen, zu denen Arztpraxen und ihre Organisationsstrukturen gehören, getragen. Die Finanzierung der Versorgung ist so ausgestaltet, dass die Leistungserbringer Erträge erwirtschaften müssen, mit denen sie den Fortbestand der eigenen Unternehmen sowie deren Weiterentwicklung sicherzustellen haben. Die freie Verwendung dieser Erträge und die freie Entscheidung über die ökonomische Verwertung des eigenen

Fachrichtung	Gesamt	angestellt in Einrichtung ¹		angestellt in Praxen		angestellt Gesamt	
Haus- / Fachärzte inkl. Psychotherapie	185.298	26.241	14,2%	22.830	12,3%	49.071	26,5%
Hausärzte	54.905	4.302	7,8%	9.461	17,2%	13.763	25,1%
Internisten	30.335	5.335	17,6%	4.419	14,6%	9.754	32,2%
Labor (Labormedizin/Mikrobiologie)	1.360	1.147	84,3%	46	3,4%	1.193	87,7%
Humangenetik	303	245	80,9%	15	5,0%	260	85,8%
Pathologie	1.205	530	44,0%	219	18,2%	749	62,2%
Transfusionsmedizin	182	123	67,6%	4	2,2%	127	69,8%

*1= MVZ und Einrichtungen nach § 402 Abs. 2 SGB V

Tabelle 1: KBV-Daten zur Tätigkeit ausgewählter Arztgruppen zum Stichtag 31.12.2022

Unternehmens sind besondere Merkmale unternehmerischen Handelns, auch im Gesundheitssystem.

Auf die Festlegung der Gesamtbeträge für die Vergütung der Versorgungsleistung durch den GKV-SV und die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die unter Aufsicht der zuständigen Landesgesundheitsbehörden ausgestaltete Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Leistungserbringer in der humanmedizinischen Versorgung nur einen indirekten Einfluss. Sie sind in ihren eigenen Einnahmen also abhängig von Entscheidungen der Selbstverwaltung und dem Interessenausgleich mit anderen Leistungserbringern. Gleichwohl tragen sie unternehmerisch allein und eigenverantwortlich das Kostenrisiko für ihre eigene Praxis/Unternehmung und insbesondere das Risiko der Kostenentwicklung (Infrastruktur, Personal, Ausstattung). Hier ist ein deutlicher Unterschied zur Zahnmedizin festzustellen, die in einem deutlich höheren Anteil von Selbstzahler- bzw. privatärztlichen Leistungen abhängig ist.

Zu den diskutierten Forderungen weiterer einschränkender Regulierung zur Gründung und zum Betrieb von MVZ gibt es neben dem erwähnten Gutachten des BMG von 2020 eine aktuelle verfassungs- und europarechtliche Bewertung von Prof. Dr. M. Burgi (LMU München), das zum Ergebnis kommt, dass solchen Regulierungen enge Grenzen gesetzt sind⁴.

Impuls 1: Transparenz der Inhaberschaft ambulanter Versorgungsstrukturen verbessern, bestehende Regelungen und Gesetze anwenden und ihre Wirkung überprüfen

Funktionäre von Kassenärztlichen Vereinigungen tragen ohne weitere Belege vor, MVZ nichtärztlicher Kapitalgeber würden sich in der Versorgung auf lukrative Leistungen mit hohem Abrechnungs- und Honorarpotenzial konzentrieren und so den ihnen übertragenen Versorgungsauftrag nicht ausfüllen.

Es gibt bereits gesetzliche Regelungen zur Prüfung der Einhaltung des Versorgungsumfanges sowie der Abrechnung, die für alle vertragsärztlich zugelassenen Einzel- und Gemeinschaftspraxen oder MVZ gelten. Hierzu gehören:

- Prüfung der Einhaltung der dem Arzt/MVZ übertragenen Versorgungsaufträge (§ 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand. Die Ergebnisse und eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind nach § 95 Absatz 3 Satz 5 den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie den für die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln
- Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V i.V.m. der nach Absatz 3 zwischen KBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Rahmenempfehlungen sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V

- Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 106d SGB V mit Prüfung der Rechtmäßigkeit und der Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigung und die Krankenkassen (Absatz 1).

In den veröffentlichten Honorar- und Qualitätsberichten sind keine Auffälligkeiten zu finden, insbesondere nicht bezüglich der vertragsärztlichen Tätigkeit von MVZ. Auch ist nicht bekannt, ob die jeweiligen Aufsichtsbehörden in den ihnen gem. § 95 übermittelten Daten Auffälligkeiten feststellen können.

Impuls 2: Maßnahmen auf die patientenorientierte Qualität der Versorgung ausrichten

Neue gesetzliche Regelungen sollten v.a. patientenzentriert und mit einem Fokus auf die Sicherheit und Qualität der Patientenversorgung ausgestaltet sein.

Die fachärztliche Labordiagnostik ist beispielsweise durch das Medizinproduktegesetz und die sich hieraus ableitende Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen und die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Regelungen im Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä, hier § 25) sowie aus der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §135 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Anlage 3 zum BMV-Ä) bereits umfassend geregelt. Die Honorarzahungen sind gemäß § 25 Absatz 7 BMV-Ä vom Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an der externen Qualitätssicherung abhängig. Die vorbeschriebenen Regelungen tragen zur Sicherung der für die labormedizinische Versorgung bestmöglichen und notwendigen Qualität wesentlich bei. Sie gelten unabhängig von der Versorgungs-

⁴ Verfassungs- und europarechtliche Grenzen verschärfter und neuer Verbote und Beschränkungen betreffend die Träger- und Inhaberstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), <https://www.bbm.de/positionen/rechtsgutachten-mvz-regulierung/> (zuletzt aufgerufen am 13.07.2023)

form für alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sind mithin ausgerichtet am Patientenwohl und den hierfür erforderlichen Mindeststandards an Qualität.

In diesem Zusammenhang sind auch die Regelungen zur Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b SGB V) zu sehen. Die KVen sind zur Prüfung der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben verpflichtet (§ 135 b Absatz 2, Satz 1). Die Grundlage dafür schafft die Richtlinie des G-BA zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall.

Der G-BA legt durch Richtlinien Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung fest. Im Zusammenhang mit der Fragestellung der Qualität der ambulanten Versorgung generell stehen die nachfolgend aufgeführten Richtlinien:

- Richtlinien des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 mit Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Absatz 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach Satz 1; dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 zu berücksichtigen
- Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung (§ 136 SGB V) und zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen (§ 136a SGB V) i.V.m. den hier bereits geltenden Richtlinien

Impuls 3: Gründungsvoraussetzung „Krankenhaus“ für nichtärztliche Kapitalgeber zur MVZ-Gründung und weitere Einschränkungen dieser Gründungsvoraussetzungen durch räumlichen bzw. fachlichen Bezug zum „Gründungskrankenhaus“ und das Verbot fachgruppengleicher MVZ sind mit Blick auf die Qualität der Versorgung weder sinnvoll noch erforderlich

Bestmögliche Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung erfordern Investitionen in die Weiterentwicklung von Methoden und Verfahren sowie in die Modernisierung der Ausstattung und insbesondere in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte im Gesundheitswesen. Die seit 2012 eingeführten Beschränkungen für die Gründung von MVZ (§ 95 Absatz 1a SGB V) haben dazu geführt, dass aufgrund der dadurch künstlich erhöhten Investitionshürden für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung vor allem große Kapitalgeberstrukturen bevorzugt wurden. Das bewirkte eine Verzerrung des Wettbewerbs, insbesondere auch zugunsten größerer Krankenhausketten. Diese aus der Sicht der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung weder notwendigen noch zielführenden und ebenso nicht sachgerechten Hürden gilt es wirksam abzubauen, damit die verfügbaren Finanzmittel primär zum Wohle der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung eingesetzt werden können. Dies würde auch vor allem kleineren, eher regional verankerten Strukturen eine bessere Teilnahme an der Patientenversorgung ermöglichen. Die seit Einführung des MVZ in die vertragsärztliche Versorgung beschlossenen einschränkenden Regelungen haben keinen wesentlichen Einfluss auf die Qualität und Sicherheit der Patientenver-

sorgung. Sie erschweren vielmehr ein niedrigschwelliges Engagement für mittelständische Strukturen in der ambulanten Versorgung.

Insbesondere am Beispiel der labormedizinischen Versorgung zeigt sich, dass Forderungen nach räumlichen und fachlichen Begrenzungen für eine gute Versorgung kontraproduktiv sind: MVZ-Labore und deren Verbundstrukturen ermöglichen eine spezialisierte Diagnostik. Hier arbeiten mehrere Fachärzte aus verschiedenen Gebieten der Labordiagnostik zusammen (z.B. Labormedizin, Mikrobiologie, Pathologie). Dies ermöglicht den Aufbau eines fachbezogenen Kompetenznetzwerks über eigene Fachbereichsgrenzen hinweg. Das sich rapide entwickelnde medizinische Wissen wird so allen in der Struktur tätigen Ärzten zur Verfügung gestellt. Dadurch profitiert insbesondere auch die labormedizinische Versorgung in strukturschwachen Gebieten. Grenzen entlang von Facharztdisziplinen setzen zu wollen, entspringt einem eher starren Verständnis von Versorgung und verhindert den notwendigen fachlichen Austausch innerhalb der Fächer. Ähnliches gilt für andere fachärztliche Disziplinen (z. B. Innere Medizin mit den Teilgebieten wie Kardiologie oder Gastroenterologie).

Labor-MVZ ermöglichen über organisatorische Synergien eine nahezu perfekte Erreich- und Verfügbarkeit labordiagnostischer Leistungen in der Versorgung. Das wird mithilfe einer regionalen und überregionalen Logistik für den Probentransport ins Facharzt-Labor-MVZ erreicht, und zwar häufig rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche. Somit können an praktisch jedem Ort in Deutschland taggleich alle für die Grund- und Regelversorgung notwendigen labordiagnostischen Untersuchungen angefordert werden. Auch die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Räumen wird dadurch

abgesichert. Auch die Verfahren der Spezialdiagnostik sind bundesweit in kurzer Zeit verfügbar und garantieren somit einen zielgerichteten medizinischen Prozess in der Versorgung. Darüber hinaus erhöhen die zuvor dargestellten Qualitätsstandards in den Labor-MVZ die Patientensicherheit erheblich.

So arbeiten fast alle vertragsärztliche Facharztlabore mindestens regional und versorgen dabei regelhaft über mehrere KV-Bezirke hinweg die Patientinnen und Patienten der zuweisenden Praxen mit fachärztlicher Labordiagnostik. Die Patientenversorgung geschieht in erster Linie durch die Untersuchung der von Patientinnen und Patienten in Praxen entnommenen diagnostischen Proben im Facharztlabor und nur selten durch eine Vor-Ort-Probenentnahme im Labor. Die Überweisungsgebundenheit der laborfachärztlichen Tätigkeit ist ein besonderes Merkmal, da somit im Vier-Augen-Prinzip eine sinnvolle Labordiagnostik gewährleistet wird, die Unter- bzw. Überversorgung möglichst verhindert. Gleichzeitig übernehmen die ambulanten Facharztlabore für einen großen Teil der Krankenhäuser die labordiagnostische Versorgung, entweder vollständig unter Einbeziehung des Betriebs der Krankenhauslaborbetriebsstätte oder im Versand der Spezialanalytik, der für die im Krankenhaus nicht verfügbaren Laboruntersuchungen. Damit versorgen die Facharztlabore schon seit vielen Jahren sektorenübergreifend und überregional.

Das im Auftrag des BMG im Jahr 2020 veröffentlichte Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen geht in einem Kapitel gesondert auf die Vorschläge räumlicher und fachlicher Beschränkungen für MVZ, die von Krankenhäusern gegründet werden, ein. Dabei kommt das Gutachten zum Schluss, dass ein solcher Vorschlag nicht weiterverfolgt werden solle, da u.a. die Möglichkeit einer

fach- und ortsunabhängigen MVZ-Gründung auch Vorteile für die Versorgung der Versicherten eröffnet.⁵ Verschiedene Gutachten und Veröffentlichungen, u.a. das von Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke, Werner Köhler und Dr. Stephan Rau 2023 publizierte „Memorandum zur Versorgung mit MVZ: Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung — besteht regulatorischer Handlungsbedarf?“, weisen auf die weitere Gefahr der Förderung von Konzentrationsprozessen zu Gunsten überregional operierender Krankenhauskonzerne und der Gefährdung des Strukturwandels im stationären Bereich durch räumliche Beschränkungen hin.⁶

Impuls 4: Die Begrenzung von Versorgungs-(Markt-)anteilen sind nicht im Sozialrecht zu verankern und für alle Leistungserbringer gleichermaßen auszugestalten. Vor einer möglichen Übertragung der geltenden Regelung für zahnmedizinische MVZ auf ärztliche Versorgung ist ihre Wirkung anhand von Daten gründlich zu überprüfen

Aus wettbewerbstheoretischer Sicht sowie im Sinne des Patientenschutzes sind Konzentrationen sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite problematisch und grundsätzlich Gegenstand des Wettbewerbs- bzw. des Kartellrechts. Empirisch lassen sich aber

wohl keine Anhaltspunkte in der ambulanten ärztlichen Versorgung finden, die für eine Anbieterkonzentration oder gar eine Monopolisierung des Angebots zu Gunsten von MVZ sprechen.⁷ Trotz des Anstiegs der Anzahl von MVZ werden die vertragsärztlichen Leistungen nach wie vor überwiegend (78 Prozent)⁸ in Einzelpraxen erbracht. Unabhängig vom mangelnden Handlungsbedarf zur Einschränkung von Versorgungsanteilen, sind solche Regelungen insbesondere für die auf Überweisung hin tätigen diagnostischen Fächer nicht übertragbar. Ohnehin müssen Beschränkungen von Marktanteilen und Konzentrationsprozessen im Kartellrecht und nicht im SGB V reguliert werden. Zudem sollten diese trägerübergreifend und für alle Versorgungsformen gleichermaßen gelten. Schließlich dürfen Wettbewerbsregeln nicht – wie bereits in der Zahnmedizin zu beobachten – Versorgungsangebote durch nichtärztliche Kapitalgeber bei fehlendem Alternativangebot allein deswegen nicht ermöglichen, weil formale Marktanteilschwellen überschritten werden.

Es ist bekannt, dass aus der Sicht von Patientinnen und Patienten und auch aus der Sicht der Patientenschützer die Bedeutung der empathischen Arzt-Patienten-Beziehung sowie die von nichtärztlichen Dritten weisungsfreie Ausübung des ärztlichen Berufes von größerer Bedeutung sind als die Träger- oder Inhaberschaft einer Arztpraxis.

5 Vgl. Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen vom November 2020: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und>Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf

6 Vgl. Fricke, Köhler, Rau: „Memorandum zur Versorgung mit MVZ: Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?“ vom Februar 2023, S. 18: <https://www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2023/02/230215-MVZ-Memorandum-ALM-BBMV.pdf>

7 Vgl. Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen vom November 2020: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und>Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf

8 Vgl. Fricke, Köhler, Rau: „Memorandum zur Versorgung mit MVZ: Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?“ vom Februar 2023, S. 16: <https://www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2023/02/230215-MVZ-Memorandum-ALM-BBMV.pdf>

Impuls 5: Die freiberufliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit wird eigenverantwortlich in der ärztlichen Selbstverwaltung geregelt. Die Einhaltung ist dort mit geeigneten Maßnahmen zu überwachen

Die Unabhängigkeit der ärztlichen Leitung eines MVZ ist rechtlich garantiert. Durch § 95 Absatz 1 SGB V sowie § 30 der (Muster-) Berufsordnung (MBO) ist bereits heute die Stellung der Ärzte gegenüber rein ökonomischen Interessen besonders gestärkt und klar geregelt. Angestellt und selbständig vertragsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte haben zudem als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen weitere Regeln zu beachten.

Eine weitere Stärkung der Position der ärztlichen Leitung kann beinhalten, dass die Leitung durch mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte wahrgenommen werden darf, sie eine ausreichende Kontroll- und Aufsichtsbefugnis und wirtschaftliche Entscheidungskompetenz erhält, zeitlich auskömmlich im MVZ beschäftigt ist und ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der ärztlichen Versorgung nachweisen muss. Hierbei ist aus Sicht der fachärztlichen Labore die bereits heute geltende Regelung, dass ärztliche Leitungen mindestens 20 Wochenarbeitsstunden an der Versorgung gesetzlich versicherter Personen teilnehmen müssen, ausreichend, um der ärztlich leitenden Funktion gerecht zu werden. Forderungen nach einem erweiterten Kündigungsschutz sind aus arbeitsrechtlicher Sicht kritisch zu sehen und führen eher zu Fehlreizen in Beschäftigungsverhältnissen. Der entsprechende Ordnungsrahmen für eine solche Regelung wäre zudem nicht im SGB V zu verankern, sondern nur im Arbeitsrecht.

Generell obliegt der ärztlichen Selbstverwaltung auch die eigenverantwortliche Überwachung der Einhaltung der eigenen Berufsordnung und die Sanktionierung von Fehlverhalten. Der Gesetzgeber hat sich auf die Gestaltung der hierfür geltenden Rahmenbedingungen zu beschränken. Diese sind aus der Sicht der fachärztlichen Labore ausreichend im Sinne einer bestmöglichen Qualität der Patientenversorgung.

Vorschläge zur weiteren Regulierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung mit dem Ziel einer Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung, abgeleitet aus den fünf Impulsen

Impuls 1: KVen und Krankenkassen sind zur Abgabe einer Erläuterung hinsichtlich der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Versorgungsauftragsumfangs- und -inhaltsprüfung sowie zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung einschließlich daraus abgeleiteter Maßnahmen und deren Wirksamkeitskontrollen aufzufordern.

Zur Verbesserung künftiger Berichte ist die Herstellung einer vollständigen Transparenz über die Inhaber- und Trägerschaft aller ambulanten ärztlich geleiteten Versorgungseinrichtungen herzustellen (Einzelpraxis, BAG oder MVZ). Das dient insbesondere der Förderung des „Patient Empowerment“.

Impuls 2: Ausbau und Anwendung von Richtlinien zur Verbesserung der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Qualität der Versorgung kann transparenter erfasst und evidenzbasiert bewertet werden.

Impuls 3: Wiederherstellung des Rechtsrahmens von 2004, d.h. alle damals gesetzlich zugelassenen Leistungserbringer dürfen ein MVZ gründen und betreiben.

Erhalt der Gründungsmöglichkeit fachgruppengleicher MVZ und der Ausbildung überregionaler Versorgungsstrukturen generell, mindestens jedoch für die diagnostischen Fachgruppen. Entscheidend ist nicht die Trägerschaft einer Einrichtung, sondern die Einhaltung von Qualitätsstandards.

Impuls 4: Prüfungsauftrag an die Selbstverwaltung zur Datenerhebung hinsichtlich der Auswirkung der Regelung in § 95 Absatz 1b SGB V auf die zahnmedizinische Versorgung mit besonderem Augenmerk auf die Qualität der Patientenversorgung.

Impuls 5: Generell kann auf weitergehende gesetzliche Regelungen im SGB V zur freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit verzichtet werden. Eine mögliche Stärkung der ärztlichen Leitung in MVZ kann durch Aufnahme der genannten Aspekte in den § 95 Absatz 1 SGB V bei Bedarf erfolgen.

Autoren:

**Dr. Michael Müller,
1. Vorsitzender
Daniel Schaffer,
Geschäftsführer
ALM – Akkreditierte Labore
in der Medizin
Invalidenstr. 113
10115 Berlin**

Michael Wey

Argumente zur Durchführung eines Modellprojektes nach §§ 63–65 SGB V

Im Beitrag von Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK, in der Ausgabe 01/2023 der RPG werden notwendige Struktur-reformen und ganzheitliche Konzepte gefordert. Im zweiten Teil des Artikels geht es um Abschlüsse für Kombinationstherapien, was wieder nur Anlass für weitere Einsparungen zum Nachteil der Patienten werden wird und weitere unsinnige und teure Überprüfungen notwendig macht. Falsche Abrechnungen – wie in der WirtschaftsWoche vom 05.01.2023 dargestellt – wären in dem Modellprojekt vom Verein „Frischer Wind“ e.V. nicht vorstellbar. Wir sprechen hier von mindestens 32 Milliarden Euro, die für wirkliche notwendige medizinische Maßnahmen besser eingesetzt werden sollten – von den Kosten für Kontrollen und Gerichtskosten mal ganz abgesehen.

Die Entwicklung über medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu sogenannten Arztkonzernen mit hohen Rendite-Versprechen kann nicht die Zukunft der Medizin sein. Auch die Zukunft der Pflege braucht neue Ideen, um das unterfinanzierte System umzuwandeln, damit ein würdevolles Leben im Alter aber auch eine würdevolle Arbeit im medizinischen Bereich und in den Alters- und Pflegeheimen entstehen kann.

Neuerliche wiedergenannte Überlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach einer Praxisgebühr zeugen von der Ideenlosigkeit unserer bürokratischen Einrichtungen. Die Praxisgebühr vor 10 Jahren hat nichts gebracht – für Arme war sie zu hoch und für Reiche zu niedrig.

Zunehmend lesen wir von Betrügereien bei Ärzten, Apothekern, Physiotherapeuten und in der Pflege. Diese Tatsachen führen bei den Krankenkassen wiederum zu einer weiteren bürokratischen Verschärfung. Bei einer direkten Bezahlung aus einem Patientenkonto über die Versicherungskarte als Kreditkarte wäre ein derartiges Verhalten ausgeschlossen.

Nach Kenntnisnahme von Zeitungsberichten mit dem Titel „Lauterbach doktort mal wieder nur an den Symptomen herum“ vom 21.12.2022 in den Badischen Neuesten Nachrichten, einem weiteren Artikel mit dem Titel „Die Situation ist fatal“ finde ich es an der Zeit, endlich einmal Modellprojekte nach den §§ 63–65 SGB V durchzuführen wie beispielsweise unser Verein „Frischer Wind“ e.V. etwas Derartiges erarbeitet hat. Die Gefährdung der medizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten ist mindestens schon seit 1991 bekannt. Sämtliche bisher von der Politik eingebrachten Reformgesetze gingen immer auf Kosten der Leistungserbringer und der letztlich alles bezahlenden Bürger. Diese Situation führte zu einer immer geringeren Bereitschaft für hohe Leistungen bei den Behandlern. Gut ausgebildete deutsche Ärzte gehen lieber in die umliegenden Länder mit weniger Bürokratie und besserer Bezahlung. Ersatz dafür kommt aus Ländern, die selbst dringend diese Ärzte bräuchten. Einige dieser Kollegen tun sich mit der deutschen Sprache derart schwer, dass darunter die Patienten leiden und auch das kollegiale Gespräch oft im gegenseitigen Unverständnis endet.

Ein großer Teil unserer Probleme begann schon mit dem Numerus Clausus, weshalb seit den 60er Jahren nur noch Einser-Schüler raschen Zugang zum Medizinstudium bekommen, die sich aber später für ein Leben als Hausarzt zu schade sind bzw. sich überhaupt nicht dafür interessieren. Die bisherigen Lösungen mit zunehmend angestellten Ärzten in medizinischen Versorgungszentren und Ärztehäusern wird zu keiner befriedigenden Umgestaltung unseres Gesundheitswesens im Sinne der Patienten führen.

Des Weiteren sorgt die Feminisierung unserer ganzen Gesellschaft dafür, dass beginnend im Kindergarten und später in der Schule die Schülerinnen besser gefördert werden. Auf Abitur-Berichten unserer lokalen Zeitungen finden Sie unter den Kandidaten mit besten Noten acht Schülerinnen und nur ein oder vielleicht zwei männliche Abiturienten.

Die Fortschritte der Medizin, die längere Lebensdauer und der zunehmende Mangel an medizinisch ausgebildetem Personal müssen zwangsläufig zu einer Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung führen. Die Kosten der Medizin durch die Technisierung werden immer weiter steigen und die Fähigkeit von Allgemeinärzten mittels einfacher Untersuchungsmethoden einen Krankheitsverlauf zu beurteilen, werden immer weiter abnehmen.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist heute schon viel zu teuer und sehr anfällig für Betrug – wie in vielen Artikeln zu lesen ist. Aber auch die kapitalgedeckte private Krankenversicherung

ZUR DISKUSSION GESTELLT

(PKV) ist ab einem gewissen Alter für die meisten privat versicherten Patienten nicht mehr bezahlbar – im hohen Alter etwa 1000 Euro pro Monat und Person für eine Vollversicherung. Statt immer besser verwaltet und schlechter behandelt zu werden, sollte der Bürger mit seinem Geld lieber als direkt zahlender Verbraucher medizinische Leistungen einfordern können.

Nur in einem freien Markt ohne politische Eingriffe und unerträgliche Vorschriften können freie Bürger von freien Ärzten optimal versorgt werden. Eine Rückkehr zu einer Bindung an die Grundlohnsumme wird zur Fortschrittsbremse in der Medizin. Effizienz braucht Wettbewerb. Wir bezahlen heute für Verbesserungen unserer Mobilität auch mehr Geld in Relation zu unserem Verdienst. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens muss dem Bürger entsprechend auch mehr wert sein, da es sich voraussichtlich um den nächsten Kondratjew-Zyklus handelt wie schon Prof. Peter Oberender dies als Megatrend in einer Rede in Freiburg 2001 bei einer Veranstaltung von „Frischer Wind“ e.V. beschrieben hat.

Die Stärkung des Wettbewerbs ist die einzig sinnvolle Maßnahme für faire Preise.

Wenn schließlich auch das Krankengeld aus dem eigenen Patientenkonto bezahlt werden müsste, führt dies sehr rasch zu ganz erheblichen Einsparungen. Immer mehr Prüfungen der Leistungserbringer kosten auch immer mehr Geld und führen zu immer mehr Bürokratie und schließlich in Schadenersatzprozessen zur Überlastung unserer Gerichte.

Wir müssen die Solidarität von heute 100% auf 30% reduzieren, was durch die Einzahlung von 30% aller Krankenkassenbeiträge auf ein Konto in einen Solidarfonds gewährleistet wäre. Dafür steigt die Eigenverantwortung durch das Patientenkonto. Über den Dreijahresdispositionskredit im Sinne der Subsidiarität können vorübergehende Überforderungen durch Operationen oder Unfälle unbürokratisch geregelt werden.

Bei der Reform der Krankenhäuser möchte ich daran erinnern, dass Karl Lauterbach schon bei der Einführung der DRG's beteiligt war und genügend Stimmen auf die Problematik hingewiesen haben. Die planwirtschaftlichen Ansätze einer Reform werden gegenüber marktwirtschaftlichen Elementen immer wieder neue Reformen notwendig machen statt endlich unser Modell einer „sich selbst steuernden Balance“ anzuwenden.

Als Frau Ursula Lehr noch Familienministerin war und das Gesundheitsressort mitverantwortet hat, haben die Leistungserbringer ebenfalls nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt. Heute dagegen wollen unserer medizinischen Angestellten nur noch nach „Leid“-Linien therapieren, um ja nichts falsch zu machen und dadurch ins Netz von Prüfarzten und Staatsanwälten zu geraten. Bezüglich der Kosten des Gesundheitswesens liegen wir weltweit an vierter Stelle, in der Effektivität allerdings an Stelle 26.

Das umlageorientierte Gesundheitssystem der GKV ist nicht zukunftsfähig, da wir zu wenig Kinder im Gegensatz zu Rentnern haben, außerdem werden die Kosten der Medizin durch Forschung und teure Behandlungsoptionen eine weitere Steigerung erfahren. Ebenso ist das kapitalgedeckte Versicherungssystem der PKV wegen der unerträglich hohen Kosten im höheren Lebensalter nicht zukunftsfähig.

Autor:

Dr. med. Michael Wey

Vorsitzender „Frischer Wind“ e.V.

Eisenbahnstraße 20

77815 Bühl/Baden

E-Mail: friwind@t-online.de

Aus der Rechtsprechung

Vorrang der Arzneimittelsicherheit auch bei regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben keinen Anspruch auf Arzneimittel, die auf Grundlage einer negativen Bewertung durch die für Arzneimittelsicherheit zuständige Behörde für die betreffende Indikation keine Zulassung erhalten haben. Dies gilt auch für den Einsatz bei regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheiten. Unerheblich ist hierbei, ob die negative Bewertung auf einer aussagekräftigen Studienlage beruht, oder der medizinische Nutzen des Arzneimittels wegen methodischer Probleme bei Auswahl und Analyse der vom Hersteller vorgelegten Daten nicht bestätigt werden konnte. Dies hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts entschieden.

Der 2004 geborene Kläger leidet an einer genetisch bedingten fortschreitenden und typischerweise im frühen Erwachsenenalter tödlichen Erkrankung (Duchenne-Muskeldystrophie infolge Nonsense-Mutation des Dystrophin-Gens). Er ist seit 2015 gehunfähig. Die Krankenkasse hatte die Kostenübernahme für Translarna unter Hinweis darauf abgelehnt, dass dieses Arzneimittel nur für gehfähige Patienten zugelassen sei. Anträge des Herstellers auf Erweiterung der Zulassung auf nicht mehr gehfähige Patienten hätten wegen negativer Bewertungen durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) im Juni und nochmals im Oktober 2019 keinen Erfolg gehabt. Anders als die Vorinstanz hat das Bundessozialgericht diese Entscheidung der Krankenkasse jetzt bestätigt:

Zwar haben Versicherte, die sich wegen ihrer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung in einer notstandähnlichen Situation befinden unter

erleichterten Voraussetzungen Anspruch auf Krankenbehandlung. Dies betrifft insbesondere auch Arzneimittel, deren Wirksamkeit medizinisch noch nicht voll belegt ist. Erforderlich ist in diesen Fällen, dass eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung oder positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Zwar sind die Prüfmaßstäbe im Arzneimittelrecht hiermit nicht völlig deckungsgleich. Trotzdem kann nach der Rechtsprechung des 1. Senats nicht von der erforderlichen Erfolgsaussicht ausgegangen werden, wenn die Arzneimittelbehörde die vom Hersteller vorgelegten Unterlagen im Zulassungsverfahren inhaltlich geprüft, aber negativ bewertet hat. Denn die Arzneimittelzulassung muss die Patienten gerade auch bei schweren Erkrankungen vor unkalkulierbaren Risiken schützen. Das Zulassungsverfahren bietet aufgrund der hohen fachlichen Expertise der Arzneimittelbehörden eine besonders hohe Gewähr für Wissenschaftlichkeit und Unabhängigkeit der Prüfung. Zudem sieht das Arzneimittelrecht ein strukturiertes Qualitätssicherungssystem und für Härtefälle auch Ausnahmeregelungen vor.

Entscheidung vom 29.06.2023, Az.: B 1 KR 35/21 R

Keine Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten um Vergütung von Corona-Bürgertests

Für Abrechnungsstreitigkeiten der Betreiber von Testzentren, die vom öffentlichen Gesundheitsdienst mit der Durchführung von Testungen auf das Coronavirus beauftragt wurden, ist der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten eröffnet. Das hat der 6. Senat des Bundessozialgerichts entschieden.

Vorangegangen war die Rechtswegbeschwerde einer beklagten Kassenärzt-

lichen Vereinigung, die in der Hauptsache die Höhe der abgerechneten Vergütungen der klagenden Betreiberin für Testungen beanstandet hatte. Mangels ausdrücklicher bundesgesetzlicher Zuweisung – wie etwa für Coronavirus-Schutzimpfungen im Infektionsschutzgesetz – haben die Sozial- und Verwaltungsgerichte die Rechtswege bisher unterschiedlich beantwortet. Das Bundessozialgericht hat die Vorinstanzen (Sozialgericht Berlin, Landessozialgericht Berlin-Brandenburg) bestätigt und die Rechtswegbeschwerde zurückgewiesen.

Es handelt sich um eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit, für die grundsätzlich der Verwaltungsrechtsweg eröffnet ist. Eine Sonderzuweisung zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit fehlt, insbesondere handelt es sich nicht um eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung. Weder geht es um einen Vergütungsstreit in der gesetzlichen Krankenversicherung noch um die Aufgabenwahrnehmung der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrags der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung von Versicherten. Die Coronavirus-Test-Verordnung war ein Baustein im Gesamtkonzept zur Pandemiebekämpfung und ermöglichte zeitweise allen Personen einen kostenfreien Test (Bürgertest), losgelöst vom krankensicherungsrechtlichen Status. Dementsprechend wurden Testungen für symptomfreie, nicht erkrankte Personen im Rahmen einer nationalen Teststrategie des öffentlichen Gesundheitsschutzes auch nicht aus Beiträgen von Versicherten, sondern aus Steuermitteln des Bundes vollständig finanziert.

Beschluss vom 19.06.2023, Az.: B 6 SF 1/23 R

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit stelle/n ich/wir Antrag auf Mitgliedschaft als

- Firma, Körperschaft oder Verband**, Mitgliedsbeitrag € 1.300,-- p.a.
- Patientenverband e.V.**, Mitgliedsbeitrag € 250,-- p.a.
- Individualmitgliedschaft**, Mitgliedsbeitrag € 180,-- p.a. oder Mitgliedsbeitrag ohne SEPA-Lastschriftmandat € 190,-- p.a.
- Studenten** (mit Nachweis), Mitgliedsbeitrag € 75,-- p.a.

(Die Beiträge beinhalten den Bezug der Zeitschrift RPG)

Vorname, Name oder Firma	
Firma/Verband/Behörde oder sonstiger Bezug zum Gesundheitswesen	
Position	
Privatanschrift	
Geschäftsanschrift	
Privat: eMail/Telefon/Fax	
Geschäft: eMail/Telefon/Fax	
Wie sind Sie auf die GRPG aufmerksam geworden?	
Ich/Wir erteile/n mein/unser Einverständnis zur Erfassung und Nutzung der Kontaktdaten entsprechend der Datenschutzerklärung der GRPG http://www.grpg.de/index.php?id=impressum . Sie können der Datennutzung jederzeit über info@grpg.de widersprechen.	
Datum	Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer:
Mandatsreferenz: GRPG

DE34ZZZ00000578253

Ich ermächtige die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. GRPG, Widenmayerstraße 29, 80538 München, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GRPG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Ort, Datum	Unterschrift

apoBank, IBAN DE71 3006 0601 0008 2356 35, BIC DAAE DE DD XXX

Die GRPG ist laut Freistellungsbescheid des Finanzamtes München-Abt. Körperschaften, Steuer-Nr. 143/216/20567 vom 05.05.2022 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG von der Körperschaftsteuer und nach § 3 Nr. 6 GewStG von der Gewerbesteuer befreit, weil sie ausschließlich und unmittelbar steuerbegünstigten gemeinnützigen Zwecken im Sinne der §§ 51 ff. AO dient (Förderung von Wissenschaft und Forschung).

Vereinsregister München VR 15037.