

# RPG

Band 27 | Heft 2 | 2021

2 | 2021

## RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Zur Diskussion gestellt**  
**Hochteure Arzneimittel und die Finanzarchitektur der GKV – Vorschlag für eine Anpassung des gesetzlichen Rahmens**

**Strategie-Optionen zur Bekämpfung einer Pandemie**

- **Übersicht**  
**Online-Informationsportale zu Covid-19**

### HERAUSGEBER

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

### MITHERAUSGEBER

St. Allroggen  
B. Brennecke  
G. Demmler  
R. von Esebeck  
St. Huster  
O. Kirst  
M. Linz  
M. Meyer  
G. Noelle  
U. A. Richter  
C. Schmidtke  
G. Schulte  
K. Schulz-Asche  
T. Sorge  
A. Tecklenburg  
J. Zerth

### Autoren des Heftes

Theresa Hüer  
Iris Ruckdäschel  
Johanna Stempfle  
Markus Thalheimer  
Volker Ulrich  
Jürgen Wasem  
Dirk Wüstenberg

## Editorial

Der medizinische Fortschritt ermöglicht inzwischen in vielen Anwendungsgebieten neue therapeutische Optionen für schwere Erkrankungen, die bisher nicht oder kaum behandelt werden konnten. Gen- oder Zelltherapeutika sowie biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte versprechen eine lang anhaltende Wirksamkeit, vielleicht sogar Heilung. Die Ausgaben für solche in der Regel sehr teuren Arzneimittel stellen für die gesetzliche Krankenversicherung eine besondere Herausforderung dar. Die Finanzierung in Abhängigkeit vom Erfolg einer Therapie könnte eine Lösung sein, muss aber in die GKV-Finanzarchitektur passen. Einen Lösungsvorschlag finden Sie in diesem Heft.

Themenwechsel: In der Gesellschaft und auch in der Politik macht sich eine gewisse „Corona-Müdigkeit“ breit. Bei aller Hoffnung auf eine „neue Normalität“ sollten wir uns bewusst sein, die nächste Pandemie wird kommen. Daher stellen wir schon jetzt Überlegungen zu einem neuen Infektionsschutzgesetz zur Diskussion.

Wie wichtig leicht zugängliche Informationen zu Covid-19 sind hat sich in den vergangenen Monaten gezeigt. Welche Aspekte für die Nutzer dabei eine Rolle spielen, haben zwei Forscherinnen untersucht. Die Ergebnisse finden Sie in diesem Heft.

Jürgen Stoschek  
Geroldsreuth 61  
95179 Geroldsgrün

### Zur Diskussion gestellt

Hochteure Arzneimittel und die Finanzarchitektur der GKV – Vorschlag für eine Anpassung des gesetzlichen Rahmens

Jürgen Wasem | Markus Thalheimer

Theresa Hüer | Volker Ulrich

39

Strategie-Optionen zur Bekämpfung einer Pandemie

Dirk Wüstenberg

47

### Übersicht

Online-Informationsportale zu Covid-19

Iris Ruckdäschel | Johanna Stempfle

56

### Buchbesprechung

55

### Aus der Rechtsprechung

63

## 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 2500 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 26. Wissenschaftspreis bis zum Eingangsschluss 31. Juli 2021 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](http://www.grpg.de) oder in der GRPG-Geschäftsstelle.

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

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz  
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht,  
Zivilprozessrecht, Internationales  
Privatrecht und Rechtsvergleichung  
Universität Mannheim  
Schloss Mittelbau West  
68131 Mannheim

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  
R. von Eisebeck  
St. Huster  
O. Kirst  
M. Linz  
M. Meyer  
G. Noelle  
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: 2021 (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 Fahrndorf  
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 • Anzeigenpreisl-  
ste: 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 Hinwei-  
ses kann nicht geschlossen wer-  
den, dass es sich um einen freien  
Warennamen handelt. Die Zeitschrift und  
alle in ihr enthaltenen Beiträge und Ab-  
bildungen sind urheberrechtlich geschützt.  
Mit Ausnahme der gesetzlich zugelas-  
senen Fälle ist eine Verwertung ohne Ein-  
willigung des Verlages strafbar. Weder  
Herausgeber noch Verlag haften für  
Inhalte, Informationen sowie die Richtig-  
keit der Aktenzeichen, die verlagsseitig  
mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2021 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**.

Jürgen Wasem | Markus Thalheimer | Theresa Hüer | Volker Ulrich

# Hochteure Arzneimittel und die Finanzarchitektur der GKV – Vorschlag für eine Anpassung des gesetzlichen Rahmens

## 1 Hochteure Arzneimittel als Herausforderung für die GKV

Gentherapien, somatische Zelltherapeutika und andere neuartige Therapien sind infolge der dynamischen Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und insbesondere der Genomforschung in der Gesundheitsversorgung angekommen (Lücke/Bädeker/Hildinger 2020). Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP) sind biologische Arzneimittel gemäß der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates soweit sie „... Eigenschaften zur Heilung oder Verhütung von Krankheiten beim Menschen aufweisen oder wenn sie im oder am menschlichen Körper zur Wiederherstellung, Korrektur oder Beeinflussung der menschlichen physiologischen Funktionen hauptsächlich durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung zeigen“ (Europäische Union 2001). Mit einem spezifischen Regulierungsrahmen für neuartige Therapien (ATMP) hat die Europäische Union bereits 2012 auf die Entwicklung reagiert.<sup>1</sup> Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass häufig ein hoher medizinischer Bedarf (*unmet medical need*) besteht, kleine Patienten-

zahlen vorliegen, Vergleichstherapien oft nicht vorliegen und Placebo-Kontrollen ethisch nicht vertretbar sind. Es wird allgemein davon ausgegangen, dass Anzahl und Bedeutung dieser Arzneimittel auch in der gesetzlichen Krankenversicherung zunehmen werden (Berkemeier et al. 2018). Der Markt für Biopharmazeutika in Deutschland ist zwischen 2018 und 2019 um 13 % auf 12,7 Mrd. Euro angestiegen (Lücke/Bädeker/Hildinger 2020). Insbesondere in der Onkologie findet sich ein überproportionales Umsatzwachstum (23 %). Vom Umsatzvolumen zählen auch die Bereiche Stoffwechsel und Immunologie zu den Schwerpunktgebieten für Biopharmazeutika.

In der GKV durchlaufen die neuartigen Therapien die mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) ab 2011 eingeführte Nutzenbewertung (§ 35a SGB V) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), bislang überwiegend unter Anwendung der speziellen Rahmenbedingungen, die der Gesetzgeber für die Nutzenbewertung von Arzneimitteln für seltene Leiden (sog. Orphan Drugs) vorgesehen hat.<sup>2</sup> Der Orphan Drug-Status geht – da per definitionem keine Behandlungsalternative verfügbar

ist – bereits mit einem Zusatznutzen einher, nur sein Ausmaß ist noch durch den G-BA zu quantifizieren (vgl. vfa 2019). Übersteigt der Umsatz des Orphan Drugs jedoch die 50 Mio.-Euro-Schwelle oder erwartet das Pharmaunternehmen bereits Umsätze über 50 Mio. Euro, ist ein volles AMNOG-Verfahren zu durchlaufen. Hier wird der Zusatznutzen, wie bei herkömmlichen Arzneimittel-Innovationen, zuerst durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bewertet und im Anschluss durch den G-BA beschlossen.

An die Nutzenbewertung schließen sich die Preisverhandlungen des pharmazeutischen Unternehmers (pU) mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband; GKV-SV) an (§ 130b SGB V), in deren Ergebnis der vom pU frei wählbare Einführungspreis des Arzneimittels ab Monat 13 durch einen vereinbarten – im Konfliktfall: von der AMNOG-Schiedsstelle festgesetzten – Erstattungsbetrag ersetzt wird. Abweichend von der Erstattungsbetragsvereinbarung auf Bundesebene können einzelne Krankenkassen oder ihre Verbände mit dem pU Vereinbarungen über die Erstattung der Arzneimittel und die Versorgung ihrer Versicherten treffen (§ 130c SGB V). Durch die geringe Patientenzahl ist es für den Hersteller nicht einfach, eine analog zu den herkömmlichen Arzneimitteln

<sup>2</sup> Gemäß § 35a Abs. 1 Satz 11 Halbsatz 1 SGB V gilt der medizinische Zusatznutzen bei Orphan Drugs im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 durch die Zulassung als belegt.

<sup>1</sup> Verordnung (EG) Nr. 1394/2007.

ausreichende Evidenz bzw. entsprechende Studiendaten zu gewinnen. Daher kommt es auch zu bedingten (conditional) Zulassungen oder Zulassungen unter besonderen Umständen (exceptional circumstances). Allerdings sind die Anforderungen an die Sicherheit der Orphan Drugs auf jeden Fall gleich wie bei Arzneimitteln von weiter verbreiteten Erkrankungen. Das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV 2019) sieht vor, dass der G-BA bei der Frühen Nutzenbewertung in bestimmten Fällen – wie bei Orphan Drugs – anwendungsbegleitende Datenerhebungen und Auswertungen verlangen kann. Für die Zwecke der Frühen Nutzenbewertung sieht der Rapid Report des IQWiG (Januar 2020) allerdings vorerst neben studienindividuellen Datenerhebungen nur solche in Registern vor (vgl. IQWiG 2020).

Gegenwärtig gehen 5 % bis maximal 10 % der Nettokosten der GKV-Arzneimittelausgaben auf das Konto von Orphan Drugs (vgl. WIdO 2020, S. 53ff.). Da die Patientengruppen bzw. Verordnungsmengen meist relativ klein sind, bleibt der Budget Impact gegenwärtig noch überschaubar, auch wenn die Preise bzw. Jahrestherapiekosten hoch sind.

Besteht bereits grundsätzlich Unsicherheit über den Nutzen eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff in der Versorgungswirklichkeit, so gilt dies für Gentherapien und andere ATMP aufgrund der skizzierten Gegebenheiten in besonderer Weise. Nicht zufällig hat daher die schon seit einigen Jahren geführte Debatte über „Pay for Performance“ (P4P) -Modelle in Bezug auf Arzneimittel an Aktualität zugenommen. Denn wenn schon Preise von mehreren Hunderttausend Euro bis zu 2,5 Mio. Euro für ein Arzneimittel aufgerufen sind, dann wollen die Kostenträger auch die Gewähr dafür haben, dass diesen Kosten auch der „versprochene“ Benefit für die Patienten gegenübersteht. Ein-

zelne pU haben für Zell- oder Gentherapien in Verträgen nach § 130c SGB V erfolgsabhängige Vergütungsmodelle mit Krankenkassen – im Regelfall für das erste Jahr nach Marktzugang, also den Zeitraum vor dem Wirksamwerden des mit dem GKV-SV verhandelten Erstattungsbetrages – vereinbart. Im Deutschen Bundestag sind P4P-Modelle für Arzneimittel jüngst Gegenstand einer Kleinen Anfrage der FDP-Fraktion gewesen.<sup>3</sup>

Modelle erfolgsabhängiger Bezahlung können einen wichtigen Baustein der Finanzierung für hochteure Arzneimittel darstellen. Dies wird nur dann nachhaltig möglich sein, wenn P4P-Modelle und GKV-Finanzarchitektur passgerecht zueinander sind. Dies ist aktuell allerdings nicht der Fall. Mit dieser Herausforderung befasst sich der vorliegende Beitrag. In Abschn. 2 gehen wir auf die diesbezüglichen Probleme ein, die sich aus der aktuellen Ausgestaltung des Risikopools in der GKV ergeben, in Abschn. 3 skizzieren wir einen Lösungsvorschlag. In Abschn. 4 gehen wir auf zusätzliche finanzierungstechnische Aspekte ein, die sich daraus ergeben, dass die hochteuren Arzneimittel aktuell häufig in einem vollstationären Krankenhaussetting zur Anwendung kommen.

## 2 Risikopool und P4P-Modelle für hochteure Arzneimittel – eine Problemanalyse

Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)<sup>4</sup> hat der Gesetzgeber im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) mit Wirkung ab 01. Januar 2021 einen Risikopool zum teilweisen Ausgleich der finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle

eingeführt.<sup>5</sup> Der Gesetzgeber hat damit einer diesbezüglichen Forderung einer Reihe von Krankenkassen entsprochen,<sup>6</sup> während der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA vor einer etwaigen Umsetzung noch weiteren Forschungsbedarf angemeldet hatte.<sup>7</sup>

Der Risikopool ist wie folgt ausgestaltet: Übersteigt die Summe der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Versicherten bei einer Krankenkasse innerhalb eines Kalenderjahres einen sog. Schwellenwert, werden 80 % des den Schwellenwert übersteigenden Betrags über den Risikopool ausgeglichen (§ 268 Abs. 1 SGB V). Ausgleichsfähig sind die Pflichtleistungsausgaben der Krankenkassen, so dass etwa Satzungsleistungen außen vor bleiben. Im Jahr 2021 beträgt der Schwellenwert 100.000 Euro; er erhöht sich in den Folgejahren entsprechend dem Wachstum der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben. Der Risikopool wird bei der Durchführung des RSA-Jahresausgleichs umgesetzt, also etwa im November 2022 für das Jahr 2021. Finanziert wird der Risikopool durch entsprechende Kürzungen der Zuweisungen im Rahmen des RSA: Nur die Leistungsausgaben eines Versicherten, die nicht im Rahmen des Risikopools erstattet werden, gehen in das Regressionsverfahren zur Berechnung der RSA-Zuweisungen ein (§ 268 Abs. 3 SGB V).

Zwei Arten von P4P-Modellen für hochpreisige Arzneimittel sind in der jüngsten Zeit entwickelt worden: Ratenzahlungsmodelle und Rückforderungsmodelle. Bei Ratenzahlungsmodellen wird der Erstattungsbetrag des Arzneimittels im Jahr der Verordnung nicht komplett gezahlt,

5 Genauer gesagt: wiedereingeführt, denn bereits von 2002 bis 2008 gab es einen Risikopool (damals: § 269 SGB V).

6 Vgl. etwa vdek (2018). Ablehnend mit Verweis auf die generell verringerten Anreize zum wirtschaftlichen Einkauf von Gesundheitsleistungen dagegen AOK-BV (2019).

7 Drösler et al. (2017).

3 Bundestags-Drucksache 19/23612.

4 Vom 20.03.2020, BGBl. I S. 604.

**Tabelle 1: Ratenzahlungsmodell und Rückforderungsmodell bei Abwesenheit des Risikopools; Therapieversagen in den Jahren 4 und 5**

(Arzneimittelpreis: 1 Mio. €; es bedeutet: - = Kasse zahlt; + = Kasse erhält )						
	2021	2022	2023	2024	2025	Effektive Belastung
<b>Ratenzahlungsmodell</b>						
Kasse zahlt an pU/erhält von pU	-200.000€	-200.000€	-200.000€	-	-	-600.000 €
<b>Rückforderungsmodell</b>						
Kasse zahlt an pU/erhält von pU	-1.000.000€			+200.000€	+200.000€	-600.000 €

sondern auf mehrere Jahre „gestreckt“. Die Verknüpfung mit dem P4P-Gedanken erfolgt nun dadurch, dass die Raten der Folgejahre nicht fällig werden, wenn in diesen Jahren kein Therapieerfolg eintritt. Bei Rückforderungsmodellen wird der vollständige Erstattungsbetrag im Jahr der Verordnung gezahlt; tritt jedoch in diesem oder einem oder mehreren der Folgejahre kein Behandlungserfolg ein, hat die Krankenkasse Anspruch auf eine Rückzahlung eines Teiles des Preises. Gäbe es – wie bis Ende 2020 – keinen Risikopool, wären beide Modelle (wenn von Liquiditätsaspekten abgesehen wird) ceteris paribus für die Krankenkassen gleich attraktiv. Dafür sei im Weiteren angenommen, dass für ein gentechnisches Arzneimittel, welches für sich beansprucht, mit einer einmaligen Anwendung eine dauerhafte Wirkung zu erzielen, ein Erstattungsbetrag von 1 Mio. Euro vereinbart sei. Im Ratenzahlungsmodell sei vereinbart, dass anstelle einer einmaligen Zahlung dieses Betrages fünf Ratenzahlungen von jeweils 200.000 Euro fällig würden; tritt bei dem Versicherten Therapieversagen auf, entfallen ab dem Jahr des Eintritts des Therapieversagens die noch ausstehenden Raten der Krankenkasse. Im Rückforderungsmodell sei vereinbart, dass der pU für das Jahr des Eintritts des Therapieversagens und die weiteren Jahre bis zum vierten Jahr nach der Verordnung jeweils ein Fünftel des Arzneimittelpreises, also 200.000 Euro an die Krankenkasse zurückzahlt.

Tabelle 1 illustriert die Situation unter der Annahme, dass ab dem vierten Jahr Therapieversagen festzustellen ist. Im Ratenzahlungsmodell zahlt die Krankenkasse an den pU daher nur die ersten drei Raten, im Rückforderungsmodell erhält die Krankenkasse in den Jahren 4 und 5 jeweils eine Rückzahlung von 200.000 Euro vom pU. In beiden Modellen ist die Krankenkasse daher effektiv über die Vertragslaufzeit mit 600.000 Euro belastet. Nun sei die ab 2021 geltende Situation unter Risikopool untersucht. Neben die finanziellen Beziehungen der Krankenkasse zum pU tritt nun also die finanzielle Beziehung der Krankenkasse zum Risikopool. Dabei sei im Folgenden (ohne dass dies die Gültigkeit der Analyse beeinträchtigt) der Einfachheit halber die im Gesetz vorgesehene Dynamisierung des Schwellenwertes des Risikopools ebenso vernachlässigt wie andere Ausgaben des Versicherten in dem jeweiligen Kalenderjahr. Zunächst zum Ratenzahlungsmodell: Nunmehr ist grundsätzlich in jedem Jahr nur noch die „Selbstbeteiligung“ in Höhe von 100.000 Euro plus 20% des den Schwellenwert übersteigenden Betrages von der Krankenkasse zu tragen, die verbleibenden Beträge übernimmt hingegen der Risikopool. Für das zweite Jahr gilt allerdings, dass die Ratenzahlung, da sie nach dem „Für-Prinzip“ dem Jahr der Verordnung zuzurechnen ist und § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) vorsieht, dass für das Folgejahr

des Berichtsjahres eine Korrekturmeldung durchzuführen ist, noch dem Jahr der Verordnung zugerechnet wird. Es ergibt sich, dass die Krankenkasse für die ersten beiden Jahre, die zusammen dem Verordnungsjahr (hier: 2021) zuzurechnen sind, von den zwei gezahlten Raten á 200.000 Euro insgesamt 240.000 Euro aus dem Pool erstattet bekommt [80% von (400.000 Euro-100.000 Euro)] und von der Zahlung im dritten Jahr 80.000 Euro [nämlich 80% von (200.000 Euro-100.000 Euro)] aus dem Pool erhält. Im Ergebnis trägt die Krankenkasse von den Zahlungen an den pU in Höhe von 600.000 Euro einen Betrag von 280.000 Euro selbst, während der Risikopool 320.000 Euro übernimmt (siehe Tabelle 2). Darauf hingewiesen sei, dass die Berücksichtigung der Rate des zweiten Jahres im Risikopool gemeinsam mit der Rate des ersten Jahres sowie die Berücksichtigung der den Schwellenwert übersteigenden Rate des dritten Jahres im Risikopool unter den geltenden Regeln voraussetzt, dass der Versicherte mindestens einen Tag in den Jahren 2 und 3 bei der Krankenkasse versichert war. Hätte der Versicherte hingegen z.B. im ersten Jahr die Krankenkasse gewechselt, würde sich der Risikopool nur an der Rate des ersten Jahres beteiligen, die Krankenkasse würde von den letztlich an den pharmazeutischen Hersteller gezahlten 600.000 Euro also nur 80.000 Euro [80% aus (200.000 Euro-100.000 Euro)] im

Tabelle 2: Ratenzahlungsmodell und Rückforderungsmodell unter Risikopool; Therapieversagen in den Jahren 4 und 5

(Arzneimittelpreis: 1 Mio. €; es bedeutet: - = Kasse zahlt; + = Kasse erhält )						
	2021	2022	2023	2024	2025	Effektive Belastung
<b>Ratenzahlungsmodell</b>						
Kasse zahlt an pU/erhält von pU	-200.000€	-200.000€	-200.000€	-	-	-600.000 €
Kasse erhält aus Risikopool	+240.000€		+80.000€			+320.000€
Effektive Belastung	-160.000€		-120.000€			-280.000€
<b>Rückforderungsmodell</b>						
Kasse zahlt an pU/erhält von pU	-1.000.000€			+200.000€	+200.000€	-600.000 €
Kasse erhält aus Risikopool	+720.000€					+720.000€
Effektive Belastung	-280.000€					+120.000€

ersten Jahr vom Pool erstattet bekommen, hingegen die restlichen 520.000 Euro selbst tragen.

Betrachten wir nunmehr die Finanzströme im Rückforderungsmodell: Im Jahr der Verordnung des Arzneimittels bekommt die Krankenkasse von dem an den pU gezahlten Betrag von 1 Mio. Euro vom Risikopool eine Erstattung in Höhe von 720.000 Euro [nämlich 80% von (1.000.000 Euro–100.000 Euro)]. In den Jahren 4 und 5 kann die Krankenkasse jeweils 200.000 Euro vom pU vereinnahmen, ohne dass der Risikopool hieran beteiligt wäre. Im Ergebnis hat die Krankenkasse größere Rückflüsse aus dem Risikopool (720.000 Euro) als sie überhaupt effektiv über den Vertragszeitraum von 5 Jahren für das Arzneimittel ausgegeben hat (600.000 Euro). Sie hat sich – überspitzt formuliert – an der Solidargemeinschaft in Gestalt des Risikopools um 120.000 Euro „bereichert“ (vgl. Tabelle 2).<sup>8</sup>

Der Risikopool führt also zu einer erheblichen Ungleichbehandlung der beiden

P4P-Modelle. Diese rührt daher, dass im Ratenzahlungsmodell die „Eigenbeteiligung“ der Krankenkasse bis zum Schwellenwert ab dem dritten Jahr mehrfach zur Anwendung kommt, während bei dem Rückforderungsmodell einerseits die Eigenbeteiligung bis zum Schwellenwert nur einmal (nämlich im Jahr 1) zur Anwendung kommt und andererseits spätere Rückzahlungen von der Krankenkasse nicht mit dem Risikopool zu teilen sind. Um es in den Worten einer Mitarbeiterin einer Krankenkasse, die mit P4P-Modellen bei Arzneimitteln befasst ist, auszudrücken: „Unter Risikopool sind Ratenzahlungsmodelle für hochteure Arzneimittel mausetot, Rückzahlungsmodelle dagegen sehr attraktiv.“ Diese Ungleichbehandlung ist aus gesundheitspolitischer Perspektive allerdings wenig plausibel, insbesondere der starke Anreiz, dass sich pU und Krankenkasse auf Konstruktionen verständigen, an denen sich die Krankenkasse im Falle von Therapieversagen „bereichert“, ist aus Sicht der Autoren zu kritisieren.

### 3 Gleichbehandlung der P4P-Modelle: ein Reformvorschlag

Der Risikopool ist nicht in erster Linie aber auch wegen der hochteuren Arzneimittel eingeführt worden. Er soll eine Lastenteilung für sehr aufwändige Leistungsfälle zwischen der Einzelkasse und der GKV-weiten Solidargemeinschaft aller Versicherten bewirken, die über die Lastenverteilung durch den morbiditätsorientierten RSA mit seinen standardisierten Zuweisungen hinausgeht. Die aktuelle Ausgestaltung des Risikopools aber geht mit wenig wünschenswerten Anreizen einher. Daher ist eine Reform des Risikopools sinnvoll (Maywald 2021). Im Ergebnis sollte der Risikopool so ausgestaltet sein, dass beide Ausgestaltungsvarianten von P4P-Modellen zu gleichen finanziellen Ergebnissen für die Krankenkassen führen.

Eine Gleichbehandlung erfordert im Wesentlichen zwei Änderungen:

1. Insoweit bei Ratenzahlungsverträgen für Hochkostentherapien die geleistete erste Rate für das Jahr der Leistungsanspruchnahme den Schwellenwert übersteigt, werden ab dem zweiten Jahr der Ratenzahlung 80 % des gezahl-

<sup>8</sup> Anders als beim Ratenzahlungsmodell ändert sich an den Finanzströmen beim Rückforderungsmodell auch nichts, wenn der Versicherte (z.B. noch im ersten Jahr) die Krankenkasse wechselt, da die Rückzahlungen ohnehin unerheblich für den Risikopool sind.

Tabelle 3: Ratenzahlungsmodell und Rückforderungsmodell unter reformiertem Risikopool; Therapieversagen

(Arzneimittelpreis: 1 Mio. €; es bedeutet: - = Kasse zahlt; + = Kasse erhält )						
	2021	2022	2023	2024	2025	Effektive Belastung
<b>Ratenzahlungsmodell</b>						
Kasse zahlt an pU/erhält von pU	-200.000€	-200.000€	-200.000€	-	-	-600.000 €
Kasse erhält aus Risikopool	+240.000€		+160.000€			+400.000€
Effektive Belastung	-160.000€		-40.000€			-200.000€
<b>Rückforderungsmodell</b>						
Kasse zahlt an pU/erhält von pU	-1.000.000€			+200.000€	+200.000€	-600.000 €
Kasse erhält aus Risikopool	+720.000€			-160.000€	-160.000€	+400.000€
Effektive Belastung	-280.000€			+40.000€	+40.000€	+120.000€

ten Betrages ohne erneuten Abzug des Schwellenwerts durch den Risikopool ausgeglichen. Der Vorschlag läuft also darauf hinaus, dass bei Ratenzahlungsmodellen die „Eigenbeteiligung“ der Krankenkasse bis zum Schwellenwert nur einmal anfällt, in den Folgejahren hingegen nur die 20 % Interessenquote von der Krankenkasse zu zahlen sind.

2. Sofern im Rahmen von Rückzahlungsmodellen bei Hochkostentherapien eine Rückzahlung an die Krankenkasse erfolgt, ist diese – egal wann sie anfällt – zu 80 % von der Krankenkasse in den Risikopool einzuzahlen, sofern die ursprünglich gezahlten Kosten der Therapie den Schwellenwert überstiegen haben. Die Rückzahlung an den Risikopool sollte dabei bis maximal zu dem Betrag erfolgen, den die Krankenkasse aus dem Risikopool für diese Hochkostentherapie erhalten hat.

Tabelle 3 veranschaulicht für das bereits zuvor gezeigte Szenario beispielhaft die finanziellen Ströme, die sich bei diesem Reformvorschlag ergeben würden. Im Ratenzahlungsmodell bleiben die finanziellen Ströme in den ersten beiden Jahren gegenüber der aktuellen Situation unverändert, da die Berücksichtigung der Kosten des zweiten Jahres im Risikopool-

Verfahren des ersten Jahres im Korrekturverfahren sachgerecht ist und keiner Modifikation bedarf. Im dritten Jahr erhält die Krankenkasse allerdings nunmehr 80 % der gezahlten Rate, damit also 160.000 Euro, vom Risikopool erstattet. Über die fünf Jahre erhält sie damit 400.000 Euro aus dem Risikopool, trägt also von den letztlich an den pU gezahlten 600.000 Euro einen Betrag in Höhe von 200.000 Euro selbst. Dieser Betrag ergibt sich unter dem Reformvorschlag für den Risikopool auch im Rückforderungsmodell. Denn von den beiden Rückzahlungen des pU an die Krankenkasse in den Jahren 4 und 5 muss die Krankenkasse 80 %, also jeweils 160.000 Euro, an den Pool abführen, womit von der ursprünglichen Erstattung aus dem Pool von 720.000 Euro noch 400.000 Euro übrig bleiben.

Sofern Therapieversagen auftritt, unterscheidet sich das finanzielle Ergebnis der Krankenkasse unter P4P-Modellen logischerweise von ihrem finanziellen Ergebnis, wenn sie kein P4P-Modell abgeschlossen hätte. Demgegenüber erscheint es sinnvoll, dass im Falle, dass kein Therapieversagen vorliegt, das finanzielle Ergebnis bei Abschluss und Nicht-Abschluss von P4P-Verträgen identisch ist. Auch dies gewährleistet der

vorliegende Reformvorschlag. Dies verdeutlicht Tabelle 4 für das vorliegende Beispiel: Das Rückforderungsmodell und der Verzicht auf einen P4P-Vertrag führen hier ohnehin zu den gleichen Zahlungsströmen, da keine Rückforderungen anfallen und es beim im ersten Jahr an den pharmazeutischen Hersteller gezahlten Preis bleibt, der der Krankenkasse jenseits des Schwellenwertes zu 80 % aus dem Risikopool erstattet wird, so dass sie letztlich 280.000 Euro selber trägt. Aber auch das Ratenzahlungsmodell führt zu dem gleichen Ergebnis: Aus den ersten beiden Jahren erhält die Krankenkasse 240.000 Euro aus dem Risikopool, in den drei Folgejahren jeweils 160.000 Euro, in der Summe also ebenfalls 720.000 Euro. Der skizzierte Reformvorschlag ist grundsätzlich unmittelbar plausibel. Er ist allerdings in der technischen Umsetzung durchaus komplex. Daher sind im Kontext seiner Erarbeitung auch umfassende Erörterungen mit Praktikern der Buchhaltung, der Finanzen und aus dem RSA-Bereich der GKV erfolgt. Im Ergebnis sind die Verfasser zu der Überzeugung gelangt, dass die technische Umsetzung mit vertretbarem Aufwand leistbar ist und ihr Nutzen – die Gleichbehandlung der P4P-Modelle und die Vermeidung

Tabelle 4: Finanzielles Ergebnis mit und ohne P4P-Modell unter reformiertem Risikopool; kein Therapieversagen

(Arzneimittelpreis: 1 Mio. €; es bedeutet: - = Kasse zahlt; + = Kasse erhält )						
	2021	2022	2023	2024	2025	Effektive Belastung
<b>kein P4P-Modell</b>						
Kasse zahlt an pU/erhält von pU	-1.000.000€					-1.000.000€
Kasse erhält aus Risikopool	+720.000€					+720.000€
Effektive Belastung	-280.000€					-280.000€
<b>Ratenzahlungsmodell</b>						
Kasse zahlt an pU/erhält von pU	-200.000€	-200.000€	-200.000€	-200.000€	-200.000€	-1.000.000€
Kasse erhält aus Risikopool	+240.000€		+160.000€	+160.000€	+160.000€	+720.000€
Effektive Belastung	-160.000€		-40.000€	-40.000€	-40.000€	-280.000€
<b>Rückforderungsmodell</b>						
Kasse zahlt an pU/erhält von pU	-1.000.000€					-1.000.000€
Kasse erhält aus Risikopool	+720.000€					+720.000€
Effektive Belastung	-280.000€					-280.000€

derung von Anreizen zur „Bereicherung“ im Rahmen von Rückforderungsmodellen – den Aufwand lohnt.

Auf einige Aspekte der technischen Umsetzung soll im Folgenden in der gebotenen Kürze eingegangen werden.

- Zur Umsetzung der vorgeschlagenen Änderung ist es für Ratenzahlungsmodelle erforderlich, dass die Ratenzahlungen ab der 2. Rate gesondert gebucht und im RSA-/Risikopool-Verfahren gekennzeichnet werden. Es bietet sich an, hierfür einen eigenen Hauptleistungsbereich einzuführen. Zudem ist es erforderlich, dass diese Ratenzahlungen in den Bestimmungen zum GKV-Kontenrahmen abweichend vom sonst üblichen Verfahren nach dem Abfluss-/Ist-Prinzip anstelle des Für-Prinzips gebucht werden; sie sind dem Jahr zuzurechnen, in dem sie gezahlt werden.
- Bei Ratenzahlungsmodellen ist es erforderlich, dass die Krankenkasse bei den Folgeraten nachweisen kann, dass sie bei der ersten Rate bereits die Eigen-

beteiligung bis zum Schwellenwert geleistet hat. Es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass dies keine Änderung in Bezug auf den gleitenden Wechsel des Pseudonymisierungsschlüssels<sup>9</sup> nach jeweils zwei Jahren im RSA-Verfahren bedeutet; es ist nicht erforderlich, dass die Versicherten grundsätzlich im RSA-Verfahren über mehr als zwei Jahre verfolgt werden können.

- Auch bezüglich der Rückzahlungen im Rückforderungs-Modell ist es erforderlich, dass diese gesondert gebucht und im RSA-/Risikopool-Verfahren gekennzeichnet werden. Hier muss entsprechend für diese Leistungen anstelle des Für-Prinzips das Zufluss-/Ist-Prinzip angewendet werden.
- Zur Umsetzung des Reformvorschlages ist vorzusehen, dass für den Fall, dass für Versicherte, die die Krankenkasse gewechselt haben oder verstorben sind, sich aus den Hochkostentherapien in Folgejahren noch Zahlungen

ergeben, diese unabhängig davon in die RSA-/Risikopool-Datenmeldungen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einzubeziehen sind, ob die Krankenkasse für das jeweilige Berichtsjahr auch Versicherungszeiten für den betreffenden Versicherten aufweist.

Diese auf die hochteuren Arzneimittel zu beziehenden Modifikationen am bisherigen RSA-Verfahren können ohne größere Schwierigkeiten umgesetzt werden.

#### 4 Hochteure Therapien im Krankenhaus

Oftmals werden ATMPs nach ihrer Zulassung zunächst oder ausschließlich in einem vollstationären Krankenhaus-Setting eingesetzt. Daraus ergeben sich mit Blick auf die Finanzarchitektur der GKV weitere Aspekte. Der in den AMNOG-Erstattungsbetragsverhandlungen vereinbarte Preis gilt nämlich für das Krankenhaus nicht unmittelbar, sondern stellt nur die Kostenobergrenze dar. Der Preis, zu dem das Arzneimittel

<sup>9</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2020), Anlage 1.3

tel vom pharmazeutischen Hersteller an das Krankenhaus abgegeben wird, ergibt sich vielmehr aus direkten Preisverhandlungen zwischen dem pU und dem Krankenhaus. Bei den hier in Rede stehenden ATMP wird allerdings in der Regel das Arzneimittel zum vereinbarten Erstattungsbetrag abgegeben.

Zudem ist – anders als im ambulanten Setting, wo die Arzneimittel ceteris paribus unmittelbar verordnungsfähig sind – die Herstellung der stationären Erstattungsfähigkeit administrativ aufwändig und zeitraubend. Während bei ambulanter Verordnung ein Medikament in Deutschland binnen weniger Tage bis Wochen nach Zulassung erstattet werden kann, kann dieser Prozess bei Gabe während einer vollstationären Behandlung mehr als ein Jahr dauern (die so genannte „NUB-Lücke“, bei Zulassung Anfang Februar und NUB-Vereinbarung im Februar/März des Folgejahres). Denn es ist ein Verfahren zur Vereinbarung eines Entgelts für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Entgelt) zwischen dem Krankenhaus und den es belegenden Kostenträgern anzustoßen, für das zunächst bis Ende Oktober des Vorjahres eine entsprechende Anfrage beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu stellen ist.<sup>10</sup> Im zweiten Schritt bewertet das InEK die Anfrage bis Ende Januar des Vereinbarungszeitraumes. Nur wenn das Verfahren noch nicht im DRG-System eingepreist ist (Status 1 oder 4), kann das Krankenhaus ab Anfang Februar eine NUB-Vereinbarung mit dem Krankenkassen anstreben.<sup>11</sup> Um diese NUB-Lücke zu schließen, hat sich für die ersten Monate nach Zulassung eines Arzneimittels seit Markteinführung des Medikaments Nusi-

nersen Mitte 2017 der Weg des individuellen Kostenübernahmeantrags für sehr teure Medikamente durch die Krankenhäuser eingebürgert. Dieses Verfahren hat jedoch keine explizite gesetzliche Grundlage und ist bürokratisch für alle Beteiligten sehr aufwändig. Für diese Übergangsphase bis zum NUB-Entgelt müssen vom Krankenhaus dann für den Einzelfall Anträge auf Kostenübernahme des die Versorgung mit dem jeweiligen hochpreisigen Arzneimittel umfassenden Krankenhausaufenthaltes bei der Krankenkasse des jeweiligen Versicherten gestellt und von der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst geprüft werden. Bei Vorliegen der für den Einsatz des zugelassenen Arzneimittels vorliegenden Indikation beim jeweiligen Patienten ist allerdings der Ermessensspielraum der Krankenkasse im Regelfall auf null reduziert.<sup>12</sup> Trotzdem riskieren Krankenhäuser bei diesen sehr teuren Therapien keine Behandlung ohne Einzelkostenbewilligung oder vereinbartes NUB-Entgelt.

Die eigentliche NUB-Entgeltverhandlung zwischen Krankenkassen und Krankenhaus ergibt bei ATMPs in den letzten Jahren in der Praxis ein mit dem AMNOG-Erstattungsbetrag deckungsgleiches NUB-Entgelt. In der Regel drängen die Kostenträger aus nachvollziehbaren Gründen auf Öffnungsklauseln in den NUB-Vereinbarungen, die bei sonst für das Budgetjahr (Kalenderjahr) fixierten NUB-Entgelten für die ATMPs eine Anpassung des NUB-Entgeltes auch unterjährig auf den AMNOG-Erstattungsbetrag vorsehen. Alternativ verzögern die Krankenkassen die Vereinbarung bis zum Vorliegen des AMNOG-Erstattungsbetrages und nutzen für dieses erste Jahr den oben beschriebenen Prozess der individuellen Beantragung der Kostenübernahme.

Mit Blick auch auf die im Fokus dieses Beitrags stehende Gangbarmachung von P4P-Modellen für die Erstattung hochpreisiger Arzneimittel schlagen wir daher vor, die Finanzarchitektur für den Einsatz hochpreisiger Arzneimittel im Rahmen von Krankenhausaufenthalten ebenfalls zu reformieren. Unseres Erachtens sollte der verhandelte Erstattungsbetrag aus dem AMONG-Verfahren unmittelbar auch für die stationäre Behandlung gelten, da dies längst gelebte Praxis ist. Für das erste Jahr nach Zulassung sollte auch bei vollstationärem Einsatz der vom pU aufgerufene Preis gelten, der für die Krankenhäuser ebenfalls den Einkaufspreis darstellt. Gleichzeitig müssen die Zentren, die für die Behandlung mit ATMPs qualifiziert sind, ohne langwieriges Antrags- und Verhandlungsverfahren diese hochpreisigen Medikamente unmittelbar einsetzen können. Der G-BA hat dazu bereits erste Qualitätsrichtlinien erlassen<sup>13</sup> und die deutsche Hochschulmedizin dazu entsprechende Vorschläge gemacht.<sup>14</sup> Die Krankenkasse sollte das Arzneimittel dann direkt mit dem pU abrechnen. P4P-Verträge, die von der Krankenkasse mit dem pharmazeutischen Hersteller geschlossen werden, sollten ebenfalls automatisch auch auf den Einsatz des Arzneimittels im Krankenhaus Anwendung finden. Einzelfallkostenübernahme-Anträge und NUB-Verhandlungen für solche Arzneimittel wären dann entbehrlich. Die Zentren mit unmittelbarer Erlaubnis zur Behandlung und Abrechnung („ATMP-Zentren“) können vom G-BA mittels entsprechender Qualitätssicherungs-Richtlinien definiert werden

<sup>13</sup> Beschluss des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Anwendung von CART-Zellen bei B-Zell-Neoplasien nach § 136a Abs. 5 SGB V vom 17.09.2020, in Kraft getreten am 29.12.2020

<sup>14</sup> Stellungnahme der Deutschen Hochschulmedizin zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) – November 2020

<sup>10</sup> § 6 Abs. 2 KHEntgG.

<sup>11</sup> § 6 (2) KHEntgG und Vereinbarung zu § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Selbstverwaltung vom 17.12.2004

<sup>12</sup> Vgl. auch LSG NRW L 10 KR 542/20 B ER vom 28.09.2020

und sind verpflichtet, eine anwendungs- begleitende Datenerhebung sicherzustellen. Eine Änderung der Verfahrensordnung hierzu hat der G-BA im Sommer 2020 auf den Weg gebracht.<sup>15</sup>

### 5 Schlussbemerkungen

Die Unsicherheit über den Nutzen neuer Zell- und Gentherapien in der Versorgungswirklichkeit ist oft hoch. Dies liegt vor allen Dingen daran, dass diese Arzneimittel wegen des von der EMA gesehenen hohen medizinischen Bedarfs oft auf einer noch vergleichsweise unreifen Datenbasis zugelassen werden. Daher ist es in besonderer Weise sachgerecht, die Vergütung für solche Therapien erfolgsabhängig auszugestalten. Entsprechende Modelle sind entwickelt und werden teilweise im Ausland in größerem Umfang eingesetzt.<sup>16</sup>

Auch für Deutschland gibt es erste entsprechende Vertragsabschlüsse für einzelne ATMP. Allerdings „leiden“ P4P-Modelle aktuell daran, dass die GKV-Finanzarchitektur die Anreize für solche Modelle verzerrt: Während Ratenzahlungsmodelle, bei denen bei Therapieversagen weitere Ratenzahlungsverpflichtungen der Krankenkassen an den pharmazeutischen Hersteller entfallen, für die Krankenkassen relativ unattraktiv sind und der Verzicht auf einen solchen Abschluss wegen höherer Rückflüsse aus dem Risikopool ggfs. attraktiver ist, können sie sich umkehrt an Rückforderungsmodellen aktuell „bereichern“. Beide Fehlanreize liegen in der Konstruktion des Risikopools begründet, der seit Jahresbeginn 2021 in der GKV

zur Ergänzung des Risikostrukturausgleichs eingeführt ist.

Allerdings lassen sich die Regelungen zum Risikopool so verändern, dass ein adäquates Anreizsystem entsteht. Dazu hat das vorliegende Papier entsprechende Vorschläge gemacht. Wir schlagen zudem vor, auch Finanzarchitektur und Zahlungsströme beim Einsatz hochteurer Arzneimittel im Krankenhaus neu zu ordnen mit dem Ziel der Schließung der NUB-Lücke und der Angleichung der ambulanten und stationären Erstattungsprozesse für diese Medikamente. Die von uns vorgeschlagenen Veränderungen sind in der technischen Umsetzung durchaus anspruchsvoll, aber sie sind mit vertretbarem Aufwand umsetzbar und sollten unseres Erachtens umgehend angegangen werden. Der Risikopool wird das erste Mal im Herbst 2022 für das Jahr 2021 „scharf geschaltet.“ Es spricht aus unserer Sicht vieles dafür und nichts dagegen, dies bereits auf der hier vorgeschlagenen Basis zu tun.

### 6 Literatur

AOK-Bundesverband (2019). Litsch: Spahn ist auf dem ordnungspolitischen Holzweg. AOK-Gemeinschaft veröffentlicht Stellungnahme zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“. Berlin.

Berkemeier, F., et al. (2018). Langwirksame Gentherapien: Aktuelle Entwicklungsaktivitäten und Herausforderungen für das GKV-System. Gesundheit - Mobilität - Bildung. IGES. Berlin, IGES Institut.

Drösler, S., et al. (2017). Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bonn, Bundesversicherungsamt.

Europäische Union (2001). Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel, in: ABl. Nr. L 311/67, 28. November 2001, S. 67–128.

GKV-Spitzenverband (2020). Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V vom 31.01.2020 in der Fassung vom 02.04.2020.

GSAV - Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (2019). URL: <https://www.bgbl.de/>

IQWiG (2020). Rapid Report A19-43 Version 1.1, Versorgungsnahe Daten zum Zwecke der Nutzenbewertung, 13.05.2020, Berlin.

Lücke, J., Bädeker, M. und Hildinger, M. (2020): Medizinische Biotechnologie in Deutschland 2020. Biopharmazeutika: Wirtschaftsdaten und Fortschritte für Patienten durch Zell- und Gentherapien, Boston Consulting Group, München.

Maywald, U. (2021): Innovative Erstattungsmodelle für neuartige (Einmal) Therapien, Folienpräsentation, BMC-Kongress 2021, Berlin.

vdek – Verband der Ersatzkassen (2018). Forderungen der Ersatzkassen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA unter Einbeziehung der Ergebnisse der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats. Berlin.

vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller (2020): Medikamente gegen seltene Erkrankungen, Berlin.

WiDo – Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (2020): Der GKV-Arzneimittelmarkt, Bericht 2020, Berlin.

#### Autoren:

**Prof. Dr. Jürgen Wasem**  
**Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement**  
**Universität Duisburg-Essen**  
**Thea-Leymann-Str. 9**  
**45127 Essen**  
**E-Mail: [juergen.wasem@medman.uni-due.de](mailto:juergen.wasem@medman.uni-due.de)**

**Dr. med. Markus Thalheimer**  
**Leiter Qualitätsmanagement/**  
**Medizincontrolling Universitäts-**  
**linikum Heidelberg**  
**Im Neuenheimer Feld 672**  
**69120 Heidelberg**  
**Email: [markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de](mailto:markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de)**

**Theresa Hüer, M.A.**  
**Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement**  
**Universität Duisburg-Essen**  
**Thea-Leymann-Str. 9**  
**45127 Essen**  
**E-Mail: [theresa.hueer@medman.uni-due.de](mailto:theresa.hueer@medman.uni-due.de)**

**Prof. Dr. Volker Ulrich**  
**Lehrstuhl Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaft**  
**Universität Bayreuth**  
**95440 Bayreuth**  
**E-Mail [volker.ulrich@uni-bayreuth.de](mailto:volker.ulrich@uni-bayreuth.de)**

<sup>15</sup> Beschluss des G-BA über eine Änderung der Verfahrensordnung: Änderung im fünften Kapitel – Verfahren zur Forderung einer anwendungs begleitenden Datenerhebung nach § 35a Abs. 3b des SGB V vom 16.07.2020

<sup>16</sup> Vgl. etwa für Tisagenlecleucel das Erstattungsmodell in Italien: <https://pink.pharmaintelligence.informa.com/PS140701/Italy-Unveils-New-Payment-Model-For-Novartis-CAR-T-Kymriah> (Datum des Zugriffs: 14.02.2021).

Dirk Wüstenberg

# Strategie-Optionen zur Bekämpfung einer Pandemie

Die COVID-19-Pandemie wird in einigen Jahren vorbei sein – vermutlich eher wegen der vorbeugend wirkenden Impfungen als wegen der Bekämpfungsmaßnahmen. Nach der Pandemie ist vor der Pandemie. Die nächste wird kommen. Welche Strategien sollte der Deutsche Bundestag von heute dem Deutschen Bundestag von morgen oder übermorgen in Form eines neuen Infektionsschutzgesetzes mit auf den Weg geben?

## I. Einleitung

Zweck des Infektionsschutzrechts ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen und die Weiterverbreitung bereits ausgebrochener Krankheiten zu verhindern (§ 1 Abs. 1 IfSG). Nach dem IfSG werden Maßnahmen zur Vorbeugung (§§ 16 bis 23a IfSG) und Maßnahmen zur Weiterverbreitungshinderung (§§ 24 bis 32 IfSG) unterschieden. Die Impfung gilt als Maßnahme zur Vorbeugung, als Maßnahme „der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten“ (§ 20 Abs. 1 IfSG). Diese Unterteilung in Vorbeugung und Bekämpfung ist sowohl logisch (vorher, nachher) als auch in Bezug auf gewöhnliche Infektionskrankheiten (zum Beispiel solche, welche sich durch Hautkontakt oder Austausch von Körperflüssigkeiten ausbreiten) medizinisch sinnvoll. In Bezug auf Krankheiten, die sich über die Atemluft sehr schnell verbreiten (Pandemie), taugt die Unterscheidung nicht wirklich. Denn dort ist die Impfstrategie in Sachen Pandemie sowohl Teil der Bekämpfungs- als auch Teil der Vorbeugemaßnahmen.

## 1. Ordnungsrahmen

Es ergibt sich demnach eine gedankliche Aufteilung in zweimal zwei Kategorien: Unterschieden werden können

die gewöhnlichen Infektionskrankheiten und die Pandemien. Innerhalb jeder dieser Kategorien kann in Vorbeuge- und in Bekämpfungsmaßnahmen unterschieden werden. In Konsequenz dieser Zuordnung könnten die Impfungen betreffend die Pandemien zusätzlich in die Kategorie der Bekämpfungsmaßnahmen (§§ 24 bis 32 IfSG) aufgenommen werden. Es könnten Vorschriften eingefügt werden, welche im Pandemiefall die Verpflichtung der Exekutive zur Entwicklung, Herstellung und Verabreichung von Impfstoffen (Leistungsverwaltung) sowie die Verpflichtung derselben zur Rücknahme verhängter Lockdown-Maßnahmen gegenüber geimpften Personen regeln (teilweise Rücknahme von Grundrechtseingriffen gegenüber Geimpften). Ebenso könnten dort Vorschriften aufgenommen werden, die regeln, ob und welche Maßnahmen gegenüber im Wege der Erkrankung immun gewordenen Personen vorgesehen sind (Rücknahme von Grundrechtseingriffen gegenüber Genesenen).<sup>1</sup> Derartige Regeln erscheinen bezüglich der gewöhnlichen Infektionskrankheiten überflüssig zu sein.

<sup>1</sup> Vgl. COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung; BAnz AT v. 08.05.2021 VI; BT-Drs. 19/29257; BT-Drs. 19/29397.

Das bisherige IfSG war lediglich auf einen gewöhnlichen Krankheitsausbruch zugeschnitten. Ein Pandemiefall war zwar im Jahre 2012 durchgespielt<sup>2</sup>, nicht aber zu Gesetzesvorschriften verarbeitet worden. Anlässlich der Corona-Pandemie sind im März und im November 2020 und im April 2021 Vorschriften mit teils kleinen Buchstaben eingefügt worden (bisher §§ 5<sup>3</sup>, 5a<sup>4</sup>, 28a<sup>5</sup>, 28b<sup>6</sup>, 28c<sup>7</sup>, künftig vielleicht noch §§ 28d, 28e usw.). Eine juristische Aufarbeitung, welche sich in separaten Abschnitten für diesen bzw. jenen Ausbruchsfall widerspiegelt, fehlt.

## 2. Entscheidungsebene

Logisch ist es, den Umgang mit einer „Epidemie von nationaler Tragweite“ auf der *nationalen* Ebene (Bundesebene) zu regeln.<sup>8</sup> Wenn sich ein Krankheitserreger mit hoher Geschwindigkeit ausbreitet, entstehen stets länderübergreifende

<sup>2</sup> BT-17/12051.

<sup>3</sup> BGBl. I 2020, 587; BGBl. I 2020, 1018; BGBl. I 2020, 2397; BGBl. I 2021, 370.

<sup>4</sup> BGBl. I 2020, 587.

<sup>5</sup> BGBl. I 2020, 2397; BGBl. I 2021, 370.

<sup>6</sup> BGBl. I 2021, 802; Änderung BT-Drs. 19/29287.

<sup>7</sup> BGBl. I 2021, 802; BGBl. I 2021, 850 (856 f.).

<sup>8</sup> Vgl. § 28b IfSG; BT-Drs. 19/28444, S. 8; BT-Drs. 19/28692; BT-Drs. 19/28732; BGBl. I 2021, 802.

Sachverhalte mit der politischen Folge, dass die nächsthöhere Verwaltungsebene angesprochen ist (arg. Subsidiaritätsprinzip, hier zugunsten der höheren Ebene). Infolgedessen muss das IfSG die künftigen Pandemiefälle selbst und möglichst abschließend regeln. Auf Rechtsverordnungen der Landesregierungen (vgl. § 32 IfSG) sollte verzichtet werden. Der neue § 28b IfSG ist ein Anfang in die richtige Richtung.

## II. Optionen im Groben

Die Frage nach dem Inhalt der vom Bund zu treffenden Entscheidungen dreht sich auch um die Frage nach der Strategie. Es gibt betreffend die Bekämpfungsmaßnahmen die drei Optionen „alles“, „etwas“ und „nichts“.

Zwecks Bekämpfung der gewöhnlichen Influenza<sup>9</sup> unternimmt die deutsche Politik „nichts“. Das heißt: Sie nimmt keine Bekämpfungsmaßnahmen nach §§ 24 ff. IfSG vor, sondern verweist die Bürger auf die Schutzimpfung nach § 20 als Vorbeugemaßnahme. Zusätzliche Maßnahmen werden nicht durchgeführt. Dem Gesetzgeber ist bekannt, dass eine Schutzimpfung wegen der Vielzahl verschiedener Grippeviren, welche die Krankheit Influenza auslösen können, und wegen des Auftretens von Mutationen dieser Viren bekanntermaßen nicht immer hilft. Eine Impfung nützt vielleicht in 80 Prozent der Virenfälle. Das Risiko, dass dem einzelnen Bürger keine Vorbeugemaßnahme zur Verfügung steht (die übrigen 20 %), nimmt der Gesetzgeber in Kauf. Je nach Grippesaison erkranken mindestens 63.000 bis 275.000 Menschen in Deutschland<sup>10</sup> zuzüglich einer recht großen Dunkelziffer. Von diesen

Menschen besuchen einige ein Krankenhaus und versterben mindestens einige hundert bis vielleicht 25.000 oder 30.000 Menschen alljährlich. Die Sterberate liegt je Jahr bei irgendwo zwischen 0,0004 und 0,04 (maximal vier Prozent). Das öffentliche Gesundheitssystem wird auch in schlechten Jahren (Quote von bis vier Prozent) nicht überlastet.

Die Wahl dieser Option ist zulässig/rechtmäßig. Der Staat muss trotz des Grundrechts auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) nicht eingreifen.<sup>11</sup> Die Vorschrift Art. 1 Abs. 3 GG, wonach der Staat an „die nachfolgenden Grundrechte“ (darunter dasjenige auf Leben) gebunden ist, gebietet nur den *relativen* Schutz und zudem nur hinsichtlich von Menschen (nicht Viren oder Vulkanen etc.) verursachter Gefahren. Das Recht auf *absoluten* Schutz des Lebens gibt es weder in einem (menschlichen) Entführungsfall<sup>12</sup> noch in einem (natürlichen) Krankheitsfall – nämlich gar nicht. Ein Staat muss nicht mit allen Mitteln helfen.

Zwecks Bekämpfung der Coronavirus-Krankheit-2019<sup>13</sup> unternahm die deutsche Politik mehr. Die Intensivstationen der Krankenhäuser hätten ohne Bekämpfungsmaßnahmen überfüllt sein können. Deshalb<sup>14</sup> setzte die deutsche Politik nicht nur auf die Impfung als vorbeugende Maßnahme, sondern zusätzlich auf Bekämpfungsmaßnahmen (z.B. Lock-down).

Im Fall COVID-19 hat die deutsche Politik sich für die Variante „etwas“ statt „alles“ entschieden, weil ihr tatsächlich bzw. rechtlich nichts anderes übrig blieb. Die Variante „Nichtstun“ schied von

vornherein aus, weil der deutsche Staat nach dem *einfachen* Recht<sup>15</sup> rechtlich verpflichtet war, zu handeln, und weil er zudem den Kollaps des Gesundheitssystems vermeiden wollte. Für die Option „nichts“ entschieden sich die Politiker in Schweden und Uruguay in der Zeit von März bis Oktober 2020. Dort wurde es bei Appellen an die Bevölkerung belassen.

Die Variante „Allestun“ schied rein tatsächlich ebenso aus, denn die deutsche Staatsverwaltung war auf eine Pandemie gar nicht vorbereitet. In Deutschland fehlte es im Februar/März 2020 materiell an Mund-Nasen-Masken, an Corona-Schnelltests, an der Erfahrung, auf die Schnelle Quarantäne-Hotels einzurichten und an vielem mehr. Es fehlte personell an hinreichend vielen Pflegekräften und Ärzten, an Logistik- und Sicherheitspersonal. Es fehlte zudem an der geistigen Einstellung in Politik und Gesellschaft, einen Pandemiefall wie eine Naturkatastrophe oder einen Krieg einzustufen und entsprechend schnell und heftig zu managen. Niemand in Deutschland wollte dem Virus den Kampf erklären und die Pandemiebekämpfung wie ein militärähnliches Vorhaben begreifen. Anders dagegen verhielt es sich nach recht kurzer Zeit in der VR China, wo die Stadt Wuhan abgeriegelt wurde. Die Krankheit COVID-19 entstand vermutlich im September 2020 irgendwo in Ostasien, vielleicht gar in Wuhan. Bis zum Dezember 2020 erinnerte das durch die Medien vermittelte Bild des örtlichen Politikgeschehens in China an das Motto „vergessen, verdrängen, verschweigen, vertuschen“. Doch dann wurde gehandelt – mit Staatsgewalt von oben nach unten. Es kam zu einem Strategiewechsel.

9 § 6 Abs. 1 Nr. 1 lit. s IfSG i.V.m. §§ 24 ff. IfSG; medizinisch: ICD-10-Schlüssel J09 bis J11.

10 Zahlen aus den Jahren 2014 bis 2019; <https://de.wikipedia.org/wiki/Influenza>

11 Im Ergebnis BVerfGE 46, 160 = NJW 1977, 2255 = JZ 1977, 750 – Schleyer.

12 Zutreffend *Heinig/Kingreen/Lepsius/Möllers/Volkman/Wißmann*, JZ 2020, 861 (864).

13 Inzwischen § 6 Abs. 1 Nr. 1 lit. t IfSG.

14 Näher *Wüstenberg*, RPG 2021, 25 (26).

15 § 28 Abs. 1 S. 1 IfSG: „...“, so trifft die zuständige Behörde die notwendigen Schutzmaßnahmen...“. Eine Verpflichtung nach dem Verfassungsrecht bestand nicht (Fn. 11). Freilich hätte der Bundestag den § 28 IfSG aufheben können.

Der deutschen Politik verblieb nur die Option „etwas“. Daran wird sich bei der Bekämpfung der laufenden COVID-19-Pandemie nichts ändern. Mit Blick auf künftige Pandemien aber sollte der mögliche Handlungsrahmen nicht vorschnell eingeengt, sondern es überlegt werden, wann die Option „nichts“ und wann die Option „alles“ die bessere sein dürfte.

## 1. Option „nichts“

Der Staat kann ausschließlich auf die Eigenverantwortung der Bürger setzen und den Naturgewalten (Virus) freien Lauf lassen. Je mehr die Bürger auf sich selbst gestellt sind, desto stärker sind die ihnen zugesprochenen Freiheitsrechte ausgestaltet. Je zügiger seine Bürger erkranken und genesen, desto früher ist das Staatsvolk immun, weil sich die sog. Herdenimmunität einstellt. Die Zeitspanne des Zuwartens kann in Abhängigkeit von der Übertragungsgeschwindigkeit durchaus Jahrzehnte dauern. Möglicherweise setzt der Staat deswegen ergänzend und nur auf den Impfschutz als Beitrag zur Beendigung der Pandemie (vgl. die deutsche „Strategie“ zur Beendigung der gewöhnlichen Influenza). Die Immunität entsteht bei dem einzelnen Bürger durch die Erkrankung samt nachfolgender Gesundung (natürliche Immunisierung) oder durch die Impfung (künstlich erzeugte Immunisierung). Bei der Influenza reiche dies. Die Krankheitsfolgen sind in aller Regel nicht schwerwiegend, die Sterblichkeitsrate ist relativ niedrig.

### a) Krankheitsdaten

An der Influenza versterben „nur“ 0,0004 bis 0,04 aller Infizierten – durchschnittlich vielleicht so um die unter 0,3 Prozent (0,003). Die exakte Quote ist hier nicht relevant. Klar ist, dass diese Quote

von vielleicht 0,3 Prozent aller Infizierten trotz des unterschiedlichen Bezugspunkts (Infizierte bzw. Erkrankte) extrem weit abweicht von der bei der Krankheit Ebola festzustellenden Quote von etwa 60 Prozent aller Erkrankten.

Die Zahlen über die Krankheit COVID-19 ähneln eher denen über die Influenza als denen über Ebola. Die Sterblichkeitsrate bei COVID-19 liegt – je nach Studie – zwischen 0,2 Prozent und 3,0 Prozent. Das deutsche Onlineportal statista weist am 3. Mai 2021 für Deutschland eine Fallsterblichkeitsrate von 2,68 % aus, für die Türkei eine solche von 0,9 % und für Mexiko eine solche von 10,42 %. Indien käme – trotz der Notlage in den dortigen Krankenhäusern – auf 1,33 %.<sup>16</sup> In Indien sah es im Mai 2021 so aus: „Die aktuelle Situation: Jeden Tag erlebt das Land einen neuen Höchststand an Infektionen und an Toten. 3.980 Tote in den vergangenen 24 Stunden, so viele Todesfälle in Verbindung mit dem Virus wie noch nie. Mit 412.262 Corona-Neuinfektionen verzeichnet das Land erneut einen weltweiten Höchstwert. Damit ist die Gesamtzahl der Infektionen auf mehr als 21 Millionen gestiegen, die der Todesfälle auf gut 230.000. Menschen sterben auch, weil es nicht genügend Sauerstoff gibt.“<sup>17</sup> Legt man die beiden Zahlen 21 Millionen Infektionen und 0,23 Millionen Todesfälle zugrunde<sup>18</sup>, ergibt dies eine Sterblichkeitsquote von 1,1 Prozent. Hätte Indien eine Million gut ausgestattete Krankenhäuser zusätzlich (Leistungsverwaltung), wäre die Sterblichkeitsquote

16 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1103785/umfrage/mortalitaetsrate-des-coronavirus-nach-laendern>

17 Bayerischer Rundfunk, „Hölle auf Erden“: Verheerende Folgen der Pandemie in Indien“ v. 06.05.2021 (br.de).

18 Was statistisch freilich ein grober Fehler ist, weil sich die Erfassung und die Definition der Todesursachen und auch die Testverfahren in jedem Staat teils erheblich unterscheiden. Zudem ist nicht bekannt, wie viele Menschen in jedem Staat tatsächlich infiziert waren oder sind (Dunkelziffer).

vermutlich geringer. Mehrere internationale (Meta-)Studien aus dem Jahre 2020 wiesen eine Sterblichkeitsquote von etwa 0,3 Prozent Todesfälle je Infektionsfall aus. Die beiden Krankheiten sind folglich trotz aller Unzulänglichkeiten in den Statistiken in Bezug auf die Sterblichkeitsrate statistisch ähnlich.<sup>19</sup> Die exakte Quote ist auch hier nicht relevant. Möglicherweise liegt sie auch beim Doppelten des bisher angenommenen Wertes<sup>20</sup>, d.h. bei vielleicht 0,6 Prozent.

Anhand dieses Zahlenmaterials soll lediglich deutlich werden, dass die COVID-19-Sterblichkeitsquote erheblich niedriger liegt als die Ebola-Sterblichkeitsquote von rund 60 Prozent und dass infolgedessen eher die Option „nichts“ als die Option „alles“ als Alternative in Betracht gekommen wäre. Die Frage heißt: Bei welchen Krankheiten (statische Daten) soll der deutsche Staat außer dem Fördern des Entwickelns und Anbietens von Impfstoffen „nichts“ tun und die Bürger auf ihre Eigenverantwortung verweisen?

### b) Leistungsverwaltung

Der Deutsche Bundestag hatte im Fall COVID-19 entschieden, dass er Infektions-, Krankheits- und Todesfälle akzeptiert und sich zum Ziel gesetzt, die Krankenhäuser vor dem Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung zu bewahren.<sup>21</sup> Wegen Fehlens von Personal und Material

19 Unterschiede beider Krankheiten (COVID-19 und Influenza) gibt es im Hinblick auf den Krankheitsverlauf und die Nebenwirkungen der beiden Krankheiten (Krankheitsbild). Insofern ist die Krankheit COVID-19 signifikant schwerwiegender als die Influenza. Wer an COVID-19 schwer erkrankt ist, leidet nicht selten mehrere Monate lang an den kurz- und mittelfristigen Folgen.

20 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) der Universität von Washington in Seattle, „COVID-19 has caused 6.9 million deaths globally, more than double what official reports show“ v. 06.05.2021, <http://www.healthdata.org/news-release/covid-19-has-caused-69-million-deaths-globally-more-double-what-official-reports-show>

21 Wüstenberg, RPG 2021, 25 (26).

war in der Zeit vom ca. 11. März 2020 bis ca. 21. April 2020 und dann erneut ab ca. 25. Oktober 2020 mit dem nahenden Kollaps zu rechnen, so dass die getroffenen Lockdown-Maßnahmen, welche über die allgemeinen Regeln wie Abstandsregel, Maskentragungsregel, Hygienekonzept und Raumlüftung hinausgingen, grundsätzlich verhältnismäßig waren.<sup>22</sup>

Ein Staat, der die Option „Nichtstun“ wählen möchte, sollte dafür Sorge tragen, dass die Menschen, welche trotz Eigenverantwortung und etwaigen Impfangebots erkranken, in ihrer Nähe ein gut ausgerüstetes, nicht überfülltes Krankenhaus aufsuchen können. Kann er dies nicht, muss er sich „etwas“ anderes als die zu wählende Option einfallen lassen. Die Frage heißt: Wie viele Krankenhäuser mit wie vielen Betten und mit welcher Spezialisierung sollen bereitstehen (Kapazitäten)? Kommerziell betriebene Krankenhäuser müssen ökonomisch entscheiden und im Zweifel Bettenkapazitäten optimal begrenzen. Diese Notwendigkeit zur Sparsamkeit kann in einem Pandemiefall zu einem kontraproduktiven Resultat führen.

Möglicherweise benötigt der deutsche Staat einen Plan B. In einem Pandemiefall könnten Gebäude, welche sonst für große Veranstaltungen wie Kongresse oder Messen genutzt werden, binnen weniger Wochen in eine Art städtisches Lazarett umgewandelt werden. Soll der Staat für den Pandemiefall Krankenhäuser auf Vorrat bereithalten? Wer auf einen Lockdown verzichten will, muss eine ausreichende Gesundheitsversorgung gewährleisten. Wer keine Kapazitäten nutzen kann, kann auf einen Lockdown – zum Leidwesen der Bürger – nicht verzichten.

22 Wüstenberg, RPG 2021, 25 (28 f.).

## 2. Option „alles“

Der Staat kann auch versuchen, alles Erdenkliche zu tun, um die Bürger vor einer Infektion zu bewahren. Dann aber muss er viel strikter und rigoroser vorgehen, als es Deutschland in den Jahren 2020 und 2021 getan hatte. Denn je härter der Grundrechtseingriff, desto kürzer muss er dauern. Dies gilt bei allen Infektionskrankheiten – sowohl bei Krankheiten mit einer Sterblichkeitsquote von vielleicht einem Prozent als auch bei Krankheiten mit einer Sterblichkeitsquote von vielleicht 60 Prozent. Bei einer Epidemie der Influenza oder einer Pandemie der COVID-19 darf der strikte Lockdown sicherlich nicht länger als – vorschlagsweise – zwei Monate dauern. Sonst wird bei einer statistisch relativ leichten Krankheit mit den „Kanonen geschossen“, d.h. das öffentliche Leben ausgeschaltet.

### a) VR China

Die Politiker in der Volksrepublik China hatten sich im Februar 2020 für das Ziel der „Ausrottung“ des Virus auf dem gesamten Staatsgebiet entschieden. Sie haben nicht das Ziel ausgerufen, lediglich das Gesundheitssystem vor einer Überlastung der Krankenhäuser zu bewahren.

Die VR China gliedert sich in die Staatsebene, die Provinzebene, die Bezirksebene, die Kreisebene, die Gemeindeebene und die Dorfebene. Die provinzunmittelbare Stadtregion Wuhan ist verwaltungstechnisch auf der Bezirksebene angesiedelt. Die Bezirksebene-Einheiten dürfen in drei Politikbereichen eine eigene Gesetzgebung erbringen, und zwar in den Bereichen Stadtmanagement, Kulturerbe und Umweltschutz. Das Pandemie-Management zählt zum Bereich Stadtmanagement.<sup>23</sup> Die Gesetzgebungs-

23 Renninger, NVwZ 2020, 739 (740).

kompetenz ist durch Vorgaben von der Staatsebene eingeschränkt, hier durch das nationale „Gesetz zur Begegnung unvorhergesehener Vorfälle“ (Notfallgesetz), das „Gesetz zur Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten“ (Infektionsschutzgesetz (chinIfSG)) sowie die Durchführungsverordnung „Verordnung über plötzliche öffentliche Gesundheitsnotfälle“ (chinGesNotfVO) samt des Präventionskonzepts „vorbereitender Plan für öffentliche Gesundheitsnotfälle“.<sup>24</sup> Die beiden gesetzlichen Prinzipien heißen Prävention und Kontrolle. Die Prävention hatte im Fall COVID-19 nicht funktioniert. Zwecks Kontrolle der Krankheit COVID-19 wurden mehrere Sondervorschriften eingeführt.<sup>25</sup> Nach § 42 chinGesNotfVO muss das Virus „gestoppt“, nach § 1 chinIfSG „eliminiert“ werden.<sup>26</sup>

Die zur Kontrolle eingesetzten Krankheitsbekämpfungsmaßnahmen begannen in der Stadt Wuhan am 23. Januar 2020 – ca. vier Monate nach Beginn des Krankheitsausbruchs – mit einem Verbot der Ausreise aus der Stadt. Einreise ja, Ausreise nein. Die Stadt wurde gegenüber den Einwohnern der Stadt über sechs Wochen lang (Ausgehsperrung) bzw. zehn Wochen lang (Ausreiseverbot) bis zum 08. April 2020 rigoros abgeriegelt. Innerhalb der Stadt bestand zunächst die Fortbewegungsfreiheit<sup>27</sup> Diese wurde erst am 10. Februar eingeschränkt (Ausgangssperre betreffend den Großteil der Bevölkerung) – und zwar von der Partei auf „Bundesebene“.<sup>28</sup> Wer krankheitsverdächtig war/wurde, musste sich zu einem Checkpoint begeben. Damit der Krankheitsverdacht begründet werden konnte, musste jeder

24 Renninger, NVwZ 2020, 739 (741 m.N.).

25 Renninger, NVwZ 2020, 739 (741, 743 l.Sp., 743 f.).

26 Renninger, NVwZ 2020, 739 (744 m.N.).

27 Renninger, NVwZ 2020, 739 (742 f.).

28 Statt von der obersten Gesundheitsbehörde. In der VR China wird auch das von der Partei gesetzte Recht als Recht empfunden.

Bürger ab dem 20. Februar zweimal täglich seine Temperatur messen (lassen). Das Tragen von Nase-Mund-Masken war verpflichtend und ist in Ostasien wegen der innerstädtischen Luftverschmutzung seit Jahrzehnten ohnehin üblich (Eigenverantwortung).

Die Einhaltung aller der gesetzlichen und quasi-gesetzlichen Vorschriften wird in der VR China konsequent umgesetzt: durch die soziale Kontrolle vor Ort im Sinne eines Blockwart-Systems, durch die digitale Überwachung mittels an Straßenkreuzungen aufgestellten oder in Drohnen eingebauten Kameras mit Gesichtserkennungssoftware und mittels Mobilfunktechnik mit Bewegungsprofilauslesung. Der Zweck heiligt die Mittel. Er wird zu einem absoluten. Ein Motiv für die Wahl der Option „alles“ könnte es sein, dass ein Abstandhalten von 1,5 oder zwei Metern in Millionenstädten nicht immer möglich ist.

Die Politik der VR China funktioniert im Fall einer Krise militärähnlich. Dies gilt auch im Pandemiefall. Bei jedem kleinsten Verdacht auf eine Infektion wurde – ab März 2020 – mit Massentests reagiert. Im Herbst 2020 wurden in der Stadt Kashgar 4,7 Millionen Einwohner, in der Stadt Tianjin 2,3 Millionen Einwohner, in der Stadt Chingdao 10 Millionen getestet – auf Befehl der Behörden. Die dadurch erkannten paar Dutzend Infizierten wurden sofort in strikte Isolation und häusliche Quarantäne gesteckt. Auch alle Haushaltsmitglieder kommen in Quarantäne. Hinzu kommen strikte Einreisebeschränkungen für Ausländer. Es gibt nur wenige Ausnahmen. Einreisende Ausländer müssen in behördlich zugewiesene Hotels und dort zwei Wochen in behördlich, insbesondere digital überwachte Quarantäne verweilen. Jeder Infizierte ist einer zu viel.

Der chinesische Chef-Epidemiologe sagte im November 2020 überzeugt und

erfreut: „Die Pandemie zu bekämpfen ist wie Krieg. Man muss schnell sein. Wenn alle im Land im selben Rhythmus voranschreiten, kann man stark sein und gewinnen. In diesem Sinne helfen uns die richtige Strategie und eine starke Führung.“<sup>29</sup> Der Feind, hier das (unsichtbare) Virus, muss mit allen Mitteln beseitigt, muss ausgerottet werden. Die staatlichen Maßnahmen sind schnell und drastisch und werden per Befehl durchgesetzt. Das Virus wurde als Volksfeind eingestuft. Motto: Jeder Infizierte ist einer zu viel. Zum Jahreswechsel 2020/2021 wurde in der Provinz Hebei ein neuer großer Ausbruch registriert. „Die Behörden riefen „den Kriegszustand“ im Kampf gegen das Virus aus. Ein Großteil der Transportverbindungen in die Provinzhauptstadt Shijiazhuang wurde unterbrochen. Der Bahnhof wurde geschlossen, wie Staatsmedien berichteten. 80 Prozent der Flüge wurden gestrichen. Auch Busverbindungen wurden ausgesetzt. Die elf Millionen Einwohner werden getestet. Einige Wohngebiete wurden abgeriegelt. Der Unterricht in Kindergärten, Volks- und Mittelschulen wurde ausgesetzt. Zusätzliches medizinisches Personal wurde in die Stadt entsandt.“<sup>30</sup>

## b) Australien

Das Motto „Jede Infektion ist eine zu viel.“ wird auch von anderen Staaten verfolgt: Australien, Neuseeland, Republik China (Taiwan), Südkorea, Thailand, Vietnam, teils Japan und Norwegen. Die eingesetzten Mittel/Schutzmaßnahmen variieren und führten, weil nicht ganz so streng wie in der VR China durchgesetzt, zur deutlichen Reduzierung der Infektionszahlen, wenn auch nicht immer ununterbrochen. Aber immerhin. Der Erfolg

war signifikant größer als der der deutschen Corona-Politik.

Australien setzte ab September 2020 auf einen strengen Lockdown bei gleichzeitigem Einreiseverbot für Ausländer und Schließen der innerstaatlichen Grenzen zwischen den Provinzen (Bundesländern) mit deren eigenen Grenzkontrollen. Die australischen Seehäfen wickeln fast 99 Prozent des Außenhandels ab und durften, damit die Wirtschaft nicht zusammenbricht, weiterhin von Frachtschiffen angefahren werden. Für den Personenverkehr war die australische Grenze weitgehend geschlossen, insbesondere für Personen mit zeitlich befristeter Aufenthaltserlaubnis, die nach einem Auslandsaufenthalt zurückkehren möchten, sowie für ausländische Reisende. Australische Staatsbürger und Inhaber einer dauerhaften Aufenthaltserlaubnis konnten einreisen, mussten sich aber nach der Einreise unmittelbar für 14 Tage in eine verbindlich angeordnete Quarantäne begeben, wofür die Regierung eigens Hotels angemietet hat, welche unter Bewachung stehen.<sup>31</sup> In allen Häfen Australiens galten für die Besatzungen Quarantäneregelungen. Die Besatzungen durften ihre Schiffe nur verlassen, wenn seit dem Auslaufen aus dem letzten ausländischen Hafen mindestens 14 Tage vergangen und keine Krankheitsfälle an Bord aufgetreten waren.<sup>32</sup> Die Regeln galten mehrere Monate lang; die Quarantänehotels des Staates waren stark ausgelastet.<sup>33</sup>

31 Germany Trade and Invest (GTAI), vom deutschen Bundesministerium für Wirtschaft und Energie geförderte Gesellschaft für Außenwirtschaft und Standortmarketing mbH, „Covid-19: Einschränkungen bei Einreise und Bewegung im Land“ v. 06.11.2020; unter [www.gtai.de](http://www.gtai.de).

32 GTAI, „Covid-19: Außenhandel - Logistik - Zoll“ v. 16.09.2020, „Corona-Pandemie in Australien „Wir können den Lockdown nicht beenden““ v. 06.09.2020.

33 GTAI, „Covid-19: Einschränkungen bei Einreise und Bewegung im Land“ v. 21.12.2020.

29 Vgl. ARD, Sendung „China: Ein Jahr Corona – Warum ist China pandemiefrei?“ v. 29.11.2020.

30 Südtirol News, „Kriegszustand: Größter Corona-Ausbruch in China seit Monaten“ v. 07.01.2021.

### c) WHO

Die WHO hatte die Erfolgsrezepte aus insbesondere dem asiatischen Raum am 26. Oktober 2020 zusammengefasst und als Empfehlung gegeben: 1. physische Kontakte reduzieren, 2. Infizierte in Quarantäne isolieren (strikt!), 3. weitere Infizierte suchen und ebenfalls isolieren (Kontakte-Nachverfolgung; strikt!), 4. staatliche oder innerstaatliche Grenzen schließen (Einbeziehung jeglicher Migration).<sup>34</sup>

Die deutschen Parlamentarier haben sich gegen dieses strikte Vorgehen, gegen die WHO-Empfehlung entschieden. Hätten sie die Erkenntnisse der WHO umgesetzt bzw. umsetzen können, wäre uns der fortgesetzte, ab April „Notbremse“ genannte Lockdown sicherlich erspart geblieben. Ein kurzer, harter Lockdown kann verhältnismäßig sein. Am Anfang steht die politische Zielbestimmung, und die gewählten Mittel müssen in einem angemessenen Verhältnis zum gesetzlichen Zweck stehen. Freilich muss das Reagieren auf einen Pandemie- oder sonstigen Katastrophenfall regelmäßig geübt werden (vgl. §§ 21 ff., 6 ff. ZKSG, §§ 1 f. BBKG). All dieser Aufwand namens „alles“ mag im COVID-19-Fall übertrieben klingen. Bei welchen Krankheiten sollte sich die deutsche Politik für die Option „alles“ entscheiden?

### 3. Option „etwas“

Jeder Mittelweg zwischen „nichts“ und „alles“ wird kompliziert. Der Zweck, die Zielgruppe, die für Grenzziehungen maßgeblichen Zahlen, die Maßnahmen der Leistungsverwaltung (Krankenhäuser-Ausstattung etc.) sind zu bestimmen.

### a) Zweck und Zielgruppe

Der Staat muss sich entscheiden, zu welchem Zweck und wen er schützen möchte. Wählt er das Ziel, die öffentliche Gesundheitsversorgung vor dem Kollaps zu bewahren, muss er entscheiden, mithilfe welcher Zielgruppe er dieses Ziel erreichen will. Er kann *alle Menschen* schützen oder nur die Menschen der *Risikogruppen* schützen wollen. Streng genommen ist diese Unterteilung keine solche im Sinne eines Entweder-Oder. Denn es werden in der Rechtspraxis stets alle Menschen durch zumindest geringfügige Grundrechtsbeeinträchtigungen wie die Verpflichtungen zum Einhalten eines Abstands, zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, zum Durchführen der Raumlüftung, zum Durchführen eines Hygienekonzepts usw. geschützt. Bloß werden die Menschen der Risikogruppen zusätzlich oder eben nicht zusätzlich durch zielgerichtete, zeitlich oder räumlich mittelschwere oder sehr schwere Grundrechtsbeeinträchtigungen bestimmter Personen (nicht notwendig identisch mit der Zielgruppe) geschützt. Je nach Zielgruppe fallen die Grundrechtseingriffe in der Breitenwirkung stärker oder schwächer aus. Werden nur die Risikogruppen in den Blick genommen, kann das öffentliche Leben, welches außerhalb der Risikogruppen stattfindet, ohne einen alle Menschen beeinträchtigenden Lockdown stattfinden.

### b) Ausnahmen und Bezugszahl

Je enger die Zielgruppe, desto weniger Ausnahmen von den Geboten/Verboten sind nötig. Werden alle Menschen als Zielgruppe definiert, müssen viel mehr Ausnahmen zugelassen werden als bei den Optionen namens „alles“ oder „nichts“.

In rechtlicher Hinsicht geht es bei der Festlegung der Ausnahmen um die Frage, ob die Ausnahmen die Verwirklichung

des politisch festgelegten Ziels/Zwecks des Lockdowns *gefährden*. Im Fall der Corona-Pandemie 2020/2021 wurde als Zweck die Verhinderung des Kollapses des Gesundheitssystems bestimmt. Geht man davon aus, dass sich das Virus insbesondere in *Räumen* verbreitet (Sachverhalt I), müssen die gesetzlichen Ausnahmen der Lockdown-Gebote und -Verbote so gesetzt werden, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung durch Kontakte im Raum nicht gefährdet wird. Geht man davon aus, dass sich das Virus überall bei zu geringem *Abstand* verbreitet (Sachverhalt II), müssen die gesetzlichen Ausnahmen der Lockdown-Gebote und -Verbote so gesetzt werden, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung durch Kontakte drinnen wie draußen ohne Abstandswahrung nicht gefährdet wird. In dem ersten Fall müssten Treffen in den Räumen grundsätzlich verboten und Treffen im Freien grundsätzlich erlaubt werden. Im zweiten Fall müssten überall Abstandsregeln eingehalten werden. Die *erste* Staatsgewalt sollte die zu verhindernde Ursache für die Virusverbreitung benennen und diesbezüglich gut begründete Quoten wie z.B. die Inzidenzwerte zugrunde legen oder Obergrenzen von Kontakten oder Abständen festlegen. Die Quote macht hier das Gift. Welche Quote ist erforderlich, um die Zielerreichung nicht zu gefährden?

In tatsächlicher Hinsicht ist zu beachten, wie viele Menschen die gesetzlichen Ausnahmevorschriften für sich nutzen können werden. Es sind nicht nur die relativen Zahlen, sondern auch die absoluten von Einfluss.

Die *zweite* Staatsgewalt sollte zudem in den Krankenhäusern – soll der Kollaps verhindert werden – zum einen bei den vorhandenen sog. Stress- oder Belastungstests durchführen und zum anderen möglichst noch während der Pandemie die Kapazitäten in den Krankenhäusern

<sup>34</sup> Wüstenberg, RPG 2021, 25 (25).

erhöhen, etwa spezielle Krankenhäuser einrichten oder Lazarets aufbauen. In Deutschland sieht die Kliniksituation nicht optimal gut aus. Mitte Februar 2021 wurde im Fernsehen berichtet: „Wenn Sie oder jemand aus Ihrer Familie im Notfall auf ein Krankenhaus angewiesen ist, sollte es nicht allzu weit weg sein. Doch zurzeit werden reihenweise kleinere Kliniken geschlossen – auch solche, die Covid 19-Patienten behandelt haben. Ausgerechnet der Corona-Rettungsschirm verschärft jetzt das große Kliniksterben in der Pandemie ... Die Regierung hatte zwar beschworen, eine Überlastung der Krankenhäuser mit allen Mitteln zu vermeiden. Jedes Klinikbett zähle. Trotzdem wurden 2020 genau 20 Kliniken dichtgemacht – trotz Corona. Und es sollen nicht die letzten sein. Beispiel Krankenhaus Ingelheim. Erst noch zur Corona-Spezialklinik aufgerüstet. Und dann Ende Dezember geschlossen. Nach 80 Jahren. Alles muss raus. Auch die 190 Mitarbeiter: alle entlassen – auf dem Höhepunkt der zweiten Welle.“<sup>35</sup> Kann der Staat nicht Krankenhäuser vorübergehend finanziell so unterstützen wie er eine große Fluggesellschaft (Lufthansa) und einen großen Reisekonzern (TUI) unterstützt hat?

Damit die Maßnahmen samt den Ausnahmen das Ziel nicht verfehlen, müssen seitens der ersten und der zweiten Staatsgewalt zahlreiche *Berechnungen* angestellt und auch kommuniziert werden. Welche Ursache, welcher Kausalverlauf soll bekämpft werden? Welche Zahl (Quote, Obergrenze, Menschenanzahl) soll erreicht bzw. geduldet werden? Ohne Berechnungen droht ein Lockdown nach dem Gießkannenprinzip. Das von der Politik zur Bekämpfung der Krankheit

COVID-19 gewählte Mittel der Virusverbreitungseindämmung war die Verhinderung *zu vieler* sozialer Kontakte zwischen den Menschen untereinander. Zwischen drinnen und draußen wurde nicht wirklich unterschieden. Wie viele soziale Kontakte darf es geben, damit die öffentliche Gesundheitsversorgung noch funktioniert? Die deutsche Politik hatte auf diese Frage keine Antwort parat.

### c) Umfang und Ungleichbehandlungen

Die Berufsfreiheit (Art. 12 GG) und die Unternehmens- und Gewerbefreiheit (Art. 14 GG) wurden in Deutschland anlässlich der COVID-19 grundsätzlich nicht eingeschränkt. Firmen mit Büros oder Produktionsstätten durften weiterhin Waren, beispielsweise Lebensmittel und für den Export bestimmte Produkte herstellen und vertreiben. Ebenso durften die Verkehrsunternehmen des ÖPNV ihre Beförderungsleistungen anbieten.

Eine Ungleichbehandlung gab es innerhalb der Gruppe der Unternehmen mit *Räumen* insofern, als Verkehrsunternehmen (des ÖPNV) und sonstige Unternehmen unterschiedliche Hygienekonzepte praktizieren durften. In den ÖPNV-Verkehrsmitteln (Räumen) wurden die Abstandsregeln und die Raumlüftung nicht gesetzlich gefordert. Lediglich die Mund-Nasen-Schutz-Maske als Hygienekonzept brauchte getragen werden. Es wurde nicht angeordnet, dass die oberen Seitenfenster in den Bussen, Straßenbahnen und U-Bahnen während der Fahrt geöffnet zu bleiben haben – anders in Japan. Alleinige Voraussetzung des Offenhaltens der übrigen Unternehmen war die Bereitstellung eines Hygienekonzepts *mit* Abstandsregel, Mund-Nasen-Schutz und Raumlüftung etc. Diese Ungleichbehandlung unter den Unternehmen wurde mit der sog. Systemrelevanz gerechtfertigt. Die Systemrelevanz

jedoch läuft konträr zu den medizinischen Notwendigkeiten. Wie viele soziale Kontakte wurden in den Verkehrsmitteln des ÖPNV ermöglicht und haben zu einer Gefährdung des verfolgten Ziels beigetragen?

Eine weitere Ungleichbehandlung bestand zwischen den Unternehmen, welche Berufstätigkeiten ausschließlich in den Räumen zeigen (nur drinnen), und Unternehmen, die Berufstätigkeiten sowohl drinnen als auch im Freien (z.B. Gaststätten und Freizeitparks) zeigen. Die Unternehmen, die ihre Warenproduktion oder Dienstleistungen nur drinnen durchführten, wurden gegenüber denjenigen Unternehmen, welche Kundenkontakt auch außerhalb haben, bevorzugt – statt umgekehrt. Beispielsweise die Einzelhandelsgeschäfte, Gaststätten und Restaurants mussten ihre Räume komplett oder unter der Ausnahme der Einhaltung der Regel „nur xy Quadratmeter Verkaufsfläche je anwesendem Kunden“ schließen. Teils blieb diesen Unternehmen sogar die Bedienung der Kunden an der Tür (take away food) oder die Bedienung draußen im Freien (Biergarten, Eisdielen oder Restaurants mit Freifläche am Bürgersteig) verwehrt. Anders aber in den Büros...

Eine Ungleichbehandlung bestand drittens zwischen den Unternehmen der Erwachsenen und den staatlichen Bildungsinstitutionen wie Kita, Schule, Hochschule zugunsten der Kinder, obwohl beide ihre Arbeit in Räumen verrichten. Die Kinder durften während der Lockdown-Phasen (Verbote) die Schule grundsätzlich nicht besuchen. Der Schulbesuch und der Besuch einer Kindertagesstätte aber sind für Kinder nichts anderes als eine Art Arbeit. Dort lernen sie für das spätere Erwachsenen- und Erwerbsleben. Des weiteren können deren berufstätige Eltern nicht selten nur dann in die Büros oder Produktionsstätten gehen, wenn ihre

<sup>35</sup> ARD, Sendung „plusminus“, Titel „Kliniksterben in der Pandemie“ v. 17.02.2021 (daserste.de). Die Berliner Zeitung sprach von 21 Kliniken im Jahre 2020 und: „Von 30 weiteren Krankenhäusern ist bekannt, dass ihnen die Schließung droht oder ihr Aus schon abgemachte Sache ist...“

Kinder in der Schule oder Kita untergebracht sind. Die Eltern gehen zur Arbeit, die Kinder zur Schule. Weshalb durften sich Erwachsene in ihrem Büro oder in ihrer Fabrik oder im Schlachthaus treffen, nicht aber Kinder in den Klassenräumen? Hatte ein Unterricht mit halber Kinderzahl (Abstandsregel) oder im Freien den Kollaps der Gesundheitsversorgung tatsächlich *gefährdet*?<sup>36</sup>

### d) Augenmaß und Schwere

Der Staat darf, will er nicht mit zweierlei Maß messen, eine leichte oder mittelschwere Krankheit (hier COVID-19) nicht so sehr bekämpfen wie eine sehr schwere Krankheit (z.B. Tuberkulose, Ebola). Dies folgt aus dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Wird eine Krankheit, die aus Sicht des Gesetzgebers als geringwertig eingestuft wird (Beispiel: Influenza), nicht bekämpft (Option „nichts“), so muss der Gesetzgeber eine Krankheit, die medizinisch in etwa gleich einzustufen ist (Beispiel: COVID-19), ähnlich „behandeln“ – meiner Meinung nach nicht mit einem *alle* Menschen in ihren Rechten einschränkenden Lockdown nach §§ 32, 28, 28a, 28b IfSG, sondern mit einem auf die Risikogruppen zielenden Konzept. Dies gilt jedenfalls ab dem Zeitpunkt, ab welchem hinreichend Impfstoff zur Verfügung steht, d.h. alle Bürger, die sich freiwillig impfen lassen wollen, auch jeweils zwei Impfungen erhalten können. Die Krankheit COVID-19 entspricht statistisch eher der Influenza als der Ebola, welche eine Sterblichkeitsrate von rund 60 Prozent aufweist.

Wäre dem nicht so, drohte uns im Fall des Ausbruchs einer sehr schweren Krankheit die Anwendung der Option „alles“. Einen

anderen Gestaltungsspielraum gäbe es dann nicht mehr, zumindest nicht, wenn man Wertungswidersprüche vermeiden möchte. Für die Einstufung künftiger Krankheiten in schwere oder leichte sollten Abgrenzungskriterien bestimmt werden.

### e) Territorien und Neugliederung

Australien hatte während der Coronapandemie die einzelnen „Bundesländer“ (Bundesstaaten) abgeriegelt, um die innerstaatliche Virusverbreitungsunterbrechung zu erzielen (s.o.). In Deutschland wurden im Sommer 2020 und zu Ostern 2021 einige der deutschen Ostseeinseln und Nordseeinseln für Touristen gesperrt. Die Stadt Rostock hatte das Einkaufen in den Rostocker Geschäften während einiger Wochen oder Monate des Jahres 2020 nur den Bürgern mit Hauptwohnsitz in Rostock erlaubt. Diese Maßnahme des Fernhaltens externer Bürger und damit das Verhindern der Durchmischung der Bürger könnte zur Eindämmung der Krankheitsverbreitung vorübergehend leicht beigetragen haben. Eine künftige Strategie könnte auf dauerhafte Grenzsperrungen setzen.

Der Deutsche Bundestag sollte überlegen, ob bei bestimmten künftigen Krankheiten die innerdeutsche Grenzziehung angezeigt ist. Deutschland könnte in z.B. neun Bundesländer oder vielleicht 30 Regionen aufgeteilt werden. Die Bürger dürften das jeweilige Land bzw. die jeweilige Region nicht verlassen (Eingriff in das Recht auf Freizügigkeit nach Art. 11 GG), und zwar so lange, bis die Pandemie im eigenen Bezirk und auch in dem angrenzenden Bezirk (Land/Region) beendet ist. Schritt für Schritt könnten auf diese Weise immer größere Regionen innerhalb des Staatsgebiets entstehen, in denen sämtliche Schutzmaßnahmen wieder aufgehoben sind. Diese Politik könnte Nach-

barstaaten einbeziehen – ein Europa der Regionen. Im Frühjahr 2020 wurde die Grenze zu Luxemburg gesperrt. Luxemburg könnte in Zukunft wie eine deutsche Region behandelt werden.

Die innerdeutsche Grenzziehung machte einen neuen Zuschnitt der Länder empfehlenswert. Das Absperren der kleinflächigen Länder Bremen (separat Bremerhaven), Hamburg und Berlin könnte von der jeweiligen Bevölkerung als zu hart empfunden werden. Doch weshalb nicht eine Neugliederung des Bundes? Schon jetzt werden die Länder Hamburg und Berlin wie kreisfreie Städte behandelt (§§ 28a Abs. 3 S. 3, 28b Abs. 8 IfSG), d.h. als Länder ignoriert. Es gibt mit Blick auf Art. 29 GG seit Jahrzehnten Vorschläge zur Zusammenfassung einiger Länder. Sieben, acht oder neun Länder könnten ausreichen und für politische Maßnahmen zwecks Bekämpfung einer Naturkatastrophe o.a. besser geeignet sein. Es könnten miteinander fusioniert werden: 1. Niedersachsen und Bremen, 2. Schleswig-Holstein und Hamburg und der westliche Teil Mecklenburg-Vorpommerns, 3. der östliche Teil Mecklenburg-Vorpommerns und Berlin und Brandenburg, 4. Sachsen-Anhalt und Sachsen zu Obersachsen, 5. Rheinland-Pfalz und Saarland und Baden-Württemberg zu Südrhein-Pfalz. Bei Fortbestehen der anderen vier Länder (NRW, Hessen, Thüringen, Bayern) hätten wir dann neun Bundesländer. Womöglich könnten von den Landesregierungen Naturkatastrophen einschließlich Pandemien besser bekämpft werden.

## III. Ergebnis

1. Im Fall einer Pandemie muss der Staat den Schweregrad der zu bekämpfenden Krankheit bestimmen und die Verbreitungsursache dieser Krankheit identifizieren (Sachverhalt). Sodann kann er

<sup>36</sup> Die Frage nach der Gefährdung betrifft neben den Unternehmen (Art. 14 und 12 GG) und den Schulen (Art. 7 GG) auch die Gotteshäuser (Art. 4 GG), die Theater (Art. 5 Abs. 3 GG), die Bibliotheken (Art. 5 Abs. 3 GG) sowie die Privatpersonen (Partys nach Art. 2 Abs. 1 GG).

das politische Ziel festlegen. Mit welcher Strategie (Optionen „nichts“, „etwas“, „alles“) reagiert der Staat bei den schwerwiegenden, den mittelschweren und den leichten Krankheiten? Die Schutzmaßnahmen sind streng auf diesen Zweck hin auszurichten (bei der Option „etwas“ bezogen auf die Quote/Grenze). Wo wird das Virus typischerweise übertragen – in den Räumen, im Freien, bei einem Abstand von unter X Metern? Wie viele Kontakte müssen hierfür hier und dort sowie von wann bis wann verhindert werden, damit die Belastungsgrenze der Krankenhausärzte nicht überschritten wird? Sind Erwachsene wie auch Kinder Krankheitserregerüberträger? Welche geografischen Grenzen sollen gezogen werden – Freizügigkeitsbeschränkung nach Bundesländern wie in Australien, Abriegelungen von Städten wie in Wuhan, Quarantäne von Einreisenden in Quarantänehotels, Quarantäne von Infizierten oder Erkrankten zu Hause?

2. Ausnahmen sind aus medizinischer Sicht *nicht* deshalb zu gewähren, um die Bürger vor dem wirtschaftlichen Untergang zu bewahren oder um eine Systemrelevanz abzusichern, sondern so zu ermöglichen, dass das Ziel, die zu definierende Grenze einzuhalten, nicht ausgehebelt wird. Die gewählte Strategie soll ja funktionieren/aufgehen. Medizin (Virologie) aber ist nicht alles. Auch die anderen Grundrechte als dasjenige auf Leben und körperliche Unversehrtheit sind in die politische Entscheidung einzubeziehen. Deshalb kann es verfassungsrechtlich durchaus geboten sein, über das medizinisch Sinnvolle hinaus weitere Ausnahmen von den Schutzmaßnahmen zuzulassen (vgl. § 28a Abs. 2, Abs. 6 IfSG). Eine politische Entscheidung muss sowohl die Medizin als auch die übrigen Wissenschaftsdisziplinen im Blick haben (Art. 1 Abs. 3 GG). Nichtsdestotrotz muss bei allen Entscheidungen die *Gefährdung* bzw. Nichtgefährdung der öffentlichen Gesundheitsversorgung der ent-

scheidende Bezugspunkt im Rahmen der Option „etwas“ sein.

3. Jede Schutzmaßnahme ist umgehend zu beenden, sobald die Gefährdung der öffentlichen Gesundheitsversorgung nicht mehr besteht. Damit der Deutsche Bundestag diese Zeitgrenze nicht versäumt, muss er die diesbezügliche Grenzziehung markierenden Zahlen kennen. Sonst beginnt er mit den Grundrechtseingriffen sofort (schnell) und lässt sich mit der nötigen Aufhebung der Grundrechtseingriffe mangels Kenntnis von den Zahlen unzulässig viel Zeit (langsam).

4. Die gründliche Nacharbeit bezüglich der Corona-Pandemie sollte, den als nächstes betroffenen Generationen zuliebe, ein in sich stimmiges Konzept hervorbringen und im Anwendungsfall ein erfolgreiches Handeln ermöglichen.

**Autor:**

**RA Dirk Wüstenberg**

**Pirazzistr. 5**

**63067 Offenbach a.M.**

## Buchbesprechung

**Jens Baas (Hrsg.):**

**Perspektive Gesundheit 2030.**

Gesellschaft, Politik, Transformation.

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 370 Seiten.

**ISBN: 978-3-95466-605-8.**

**59,95 EUR**

Die 2020er-Jahre werden ein Jahrzehnt der Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem. Fünf Schwerpunkte zeichnen sich ab: Die demografische Entwicklung, die digitale Transformation, die Finanzierung des medizinischen Fortschritts in angespannter Wirtschaftslage,

eine enorme Wissensexplosion sowie ein sich wandelndes Rollenverständnis der Gesundheitsberufe.

Nach der Bundestagswahl im September 2021 werden eine Reihe von Herausforderungen so kumulieren, dass die Politik wesentliche Weichenstellungen in Angriff nehmen muss. In der nächsten Legislaturperiode sind die Hebel in Gang zu setzen, mit denen das deutsche Gesundheitswesen auch am Ende dieses Jahrzehnts noch sozial gerecht und effizient sein kann und den Menschen in Deutschland auch in Zukunft die Teilhabe am medizinischen Fortschritt ermöglicht wird.

Das Buch lenkt den Blick auf die beginnende Dekade und vermittelt Perspektiven auf die Ziele der Gesundheitspolitik und die Herausforderungen sowie Handlungsoptionen, die in der nächsten Legislaturperiode angepackt werden müssen, um unser Gesundheitswesen zukunftsfest zu machen. Dafür geben die Autorinnen und Autoren auf Basis ihrer Expertise wesentliche Impulse und kreative Denkanstöße.

Das Buch richtet sich an alle, die im Gesundheitswesen Verantwortung tragen und die Zukunft im Interesse der Patientinnen und Patienten gestalten wollen.

Iris Ruckdäschel | Johanna Stempfle

# Online-Informationsportale zu Covid-19

## Eine empirische Untersuchung zur Analyse des Nutzungsverhaltens

### Abstract

Während der Covid-19-Pandemie wurden zahlreiche Maßnahmen erlassen, um die Virusausbreitung einzudämmen. Diese wurden unter anderem auf Online-Informationsportalen zu Covid-19 veröffentlicht, um einen möglichst hohen Bevölkerungsanteil zu erreichen und eine hohe Aktualität zu ermöglichen. Das Nutzungsverhalten solcher Plattformen wurde mit Hilfe einer Online-Umfrage analysiert. Dabei konnten Kriterien für eine verbesserte Darstellungsform relevanter Informationen identifiziert werden, da die Benutzeroberflächen häufig nicht optimal auf die Bedürfnisse der Nutzer angepasst sind (vgl. Rossmann, et al., 2018, S. 8).

Trotz umfangreicher Forschung zu Gesundheitsportalen existieren keine Analysen zum Nutzungsverhalten von Gesundheitsportalen, welche sich auf eine spezielle Erkrankung wie beispielsweise Covid-19 beziehen. In Bezug auf solche Informationsportale besteht daher eine Forschungslücke bezüglich der Analyse nutzerfreundlicher Informationsaufbereitung auf Covid-19-Portalen. Mithilfe dieser Arbeit sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

### Hauptforschungsfragen

1. Welche Inhalte sind Nutzern auf einem Online-Informationportal zu Covid-19 wichtig?
2. Wie sollten diese Inhalte dargestellt werden?

### Zwischenforschungsfragen

3. Welche Informationsportale zu Covid-19 werden häufig verwendet?
4. Wie regelmäßig werden diese genutzt?
5. Welche Aspekte hindern Nutzer an einer optimalen Verwendung eines Informationsportals zu Covid-19?

An der Online-Umfrage haben 152 Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren teilgenommen. Sie wurden zu ihren Präferenzen hinsichtlich Inhalte und Darstellungsformen befragt. Auf Basis einer Literaturrecherche sowie der Auswertung des generierten Datensatzes konnten sieben Kriterien für die Anbieterseite herausgearbeitet werden. Mithilfe dieser Kriterien können Online-Informationsportale zu Covid-19 nutzerfreundlicher konzipiert werden. In einem anschließenden Praxisabgleich mit Portalen des Robert-Koch-Instituts (RKI), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Johns Hopkins University (JHU) wird gezeigt, dass das RKI-Portal fünf der sieben Kriterien erfolgreich erfüllt. Das RKI-Portal schneidet damit im Praxisabgleich besser ab, als die Portale des BMG und der JHU, die jeweils zwei der sieben Kriterien erfüllen.

## 1 Ökonomische und gesellschaftliche Aspekte von Online-Informationsportalen zu Covid-19

Die umfangreiche, aktuelle sowie permanente Verfügbarkeit von Informationen über politische Maßnahmen zur Ein-

dämmung der Verbreitung von Covid-19, könnte dazu dienen einen niedrigeren Inzidenzwert zu erreichen (vgl. Feld, Truger und Wieland, 2020, S. 2). Hierbei steht die gründliche Aufklärung aller Betroffenen im Vordergrund, um Akzeptanz für die entsprechenden Maßnahmen zu schaffen (vgl. Fratzscher, 2021, S. 70). Das Ziel eines Informationsportales zu Covid-19 sollte sein, darüber zu informieren, bei welchen Symptomen zeitnah ein Nasen- und Rachenabstrich gemacht werden muss, um frühzeitig eine Covid-19 Infektion zu erkennen und mögliche Infektionsketten zu durchbrechen. Patienten haben die Möglichkeit, sich online über wichtige Telefonnummern sowie Standorte von Covid-19-Testzentren zu erkundigen, wodurch der Gang zum Arzt vermieden werden kann. Da das Risiko erhöht wird, bei einer möglichen Covid-19-Infektion im Wartezimmer andere Wartende anzustecken, wird auf den Portalen empfohlen, den Arzt zunächst telefonisch zu kontaktieren (vgl. Wangler, Stachwitz und Jansky, 2020, S. 5).

Im ungünstigeren Szenario mit hohen Infektionszahlen würde es neben hohen Versicherungsansprüchen auch zu erhöhten Auszahlungen von Krankengeld durch Krankenversicherungen kommen (vgl. Feld, Truger und Wieland, 2020, S. 70). Da Infizierte und deren Kontakte eine zehn bis 14-tägige Quarantänepflicht haben und nur ein Teil aller Beschäftigten die Möglichkeit hat, von zuhause aus weiterzuarbeiten. Steigende Arbeitsausfälle und Lockdown-Kosten zwischen 1,5–3,5

Mrd. Euro pro Woche bedeuten negative Konsequenzen für die Wirtschaft (vgl. Feld, Truger und Wieland, 2020, S. 11; Dorn et al., 2020, S. 29). Ein ethisch diskutabler Aspekt sind die steigenden Diagnosis-Related-Groups-Erlöse, die durch vermehrte Covid-19-Patienten mit einer stationären Behandlung für ein Krankenhaus folgen.

## 2 Methodisches Vorgehen zur empirischen Untersuchung des Nutzungsverhaltens von Online-Informationspportalen zu Covid-19

### 2.1 Herleitung der Hypothesen

Die Hypothesen (H 1-8) zur Ermittlung des Nutzungsverhaltens von Informationsportalen zu Covid-19 wurden auf Basis von Resultaten aus bestehenden Umfragen gebildet (vgl. Wangler, Stachwitz und Jansky, 2020; Wangler und Jansky, 2017; Marstedt, 2018; Hambrock, 2018). Diese Umfragen beziehen sich primär auf das Nutzungsverhalten von allgemeinen Gesundheitsportalen. Im Folgenden sind acht aufgestellte Hypothesen aufgelistet:

- H1:** Über 50 % der Befragten geben an, nicht kommerzielle Informationsportale in Bezug auf Covid-19 häufiger besucht zu haben als kommerziell betriebene.
- H2:** Den Befragten sind Angaben von aktuellen Zahlen zu Infizierten, Todesfällen und Genesenen aus Deutschland auf Online-Informationspportalen zu Covid-19 wichtiger als Zahlen zu den genannten Aspekten aus anderen Ländern.
- H3:** Die Befragten stufen Informationen über Hilfsangebote (z. B. Notfallnummern, Soforthilfen, Standorte für Testzentren, wichtige Telefonnummern) auf Informationsportalen zu

Covid-19 wichtiger ein als Informationen über das Krankheitsbild (z. B. Symptome, Krankheitsverlauf).

- H4:** Mindestens 50 % der Befragten stuften audiovisuell dargestellten Inhalt wie beispielsweise Videosequenzen auf Online-Informationspportalen zu Covid-19 als sehr hilfreich ein.
- H5:** Die Kennzeichnung der Informationen mit Angaben des Autors auf Informationsportalen zu Covid-19 werden von mindestens 50 % der Befragten als hilfreich eingestuft.
- H6:** Mindestens 30 % der Befragten stuften Podcasts über Covid-19 als hilfreich ein.
- H7:** Mindestens 50 % der Befragten sind Fachbegriffe auf Informationsportale zu Covid-19 sehr wichtig.
- H8:** Über 50 % der Befragten geben als häufigsten Hinderungsgrund für eine optimale Nutzung eines Informationsportals zu Covid-19 das fehlende Vertrauen in Anbieter an.

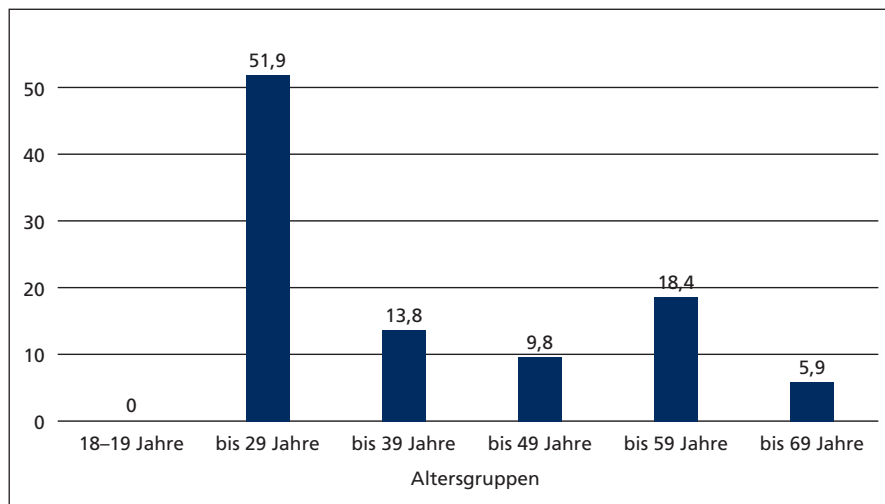
### 2.2 Bestimmung der Stichproben

Die Grundgesamtheit, aus welcher die Stichprobe hervorgeht, bewegt sich bei denjenigen, die das Internet nutzen, um tagesaktuelle Zahlen zu Covid-19 zu recherchieren (Meyer, 2020). Aufbauend auf der Datengrundlage von Meyer (2020) zur Nutzergruppe von Covid-19-Portalen wurde die Stichprobe auf 18- bis 64-Jährige eingegrenzt. Durch die gesetzte Alterspanne wurde versucht, einen hohen Differenzierungsgrad innerhalb der Stichprobe zu erreichen, da Covid-19 alle Altersgruppen betrifft. Eine Umfrage von Meyer (2020), die 1.193 Bundesbürger ab 16 Jahren von Mitte April 2020 bis Mitte Mai 2020 befragte, beschäftigt sich mit der Kernfrage, wie sich Bürger in Deutschland über Covid-19 informieren. Das Ergebnis zeigt, dass 97 % der 16- bis 29-Jährigen für Antworten und Informa-

tionen rund um Covid-19 online recherchieren. 96 % der 30- bis 49-Jährigen und 95 % der 50- bis 64-Jährigen informieren sich ebenfalls im Internet. Bei den über 65-Jährigen ist der Anteil bei 42 % und somit im Vergleich deutlich geringer (vgl. Meyer, 2020). Auf Basis dieser Umfrageergebnissen wurden die über 65-Jährigen für die aktuelle Stichprobe bewusst ausgeschlossen, trotz dessen, dass diese Altersgruppe für eine Covid-19-Erkrankung sehr gefährdet ist, da deren Internetnutzung zur Informationsrecherche nur teilweise vorhanden ist. Jugendliche unter 18 Jahre wurden nicht inkludiert, da hierfür das Einverständnis der Eltern nötig wäre.

### 2.3 Konzeption des Fragebogens

Als Erhebungsinstrument wurde der Online-Fragebogen gewählt, welcher aufgrund der schnellen Verbreitung, einfachen Anwendung sowie geringen Zugangshürden eine hohe Rücklaufquote erwarten lässt (vgl. Mummendey und Grau, 2008, S. 13). Durch die online zur Verfügungstellung wurde entsprechend des Forschungsvorhabens im Umgang mit digitalen Medien affine Personengruppen angesprochen. Der Fragebogen wurde primär durch die Veröffentlichung in sozialen Medien (LinkedIn, Xing) in Umlauf gebracht. Vor der Durchführung des Online-Fragebogens wurde ein Pretest durchgeführt, um diesen hinsichtlich Nachvollziehbarkeit, Verständnis und Logik zu prüfen (vgl. Porst, 2014, S. 191). Es haben jeweils vier Personen in den zwei Pretestschleifen teilgenommen. Zu Beginn des Fragebogens erfolgt eine kurze Einweisung der Teilnehmenden über das weitere Vorgehen sowie die Einteilung, wie häufig bereits Informationsportale in der Vergangenheit Verwendung fanden. Eine bisherige Nicht-Verwendung galt nicht als Ausschlusskriterium. Hier-



**Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung in den Altersgruppen in Prozent**

Quelle: Eigene Darstellung

bei wurden die Teilnehmenden aufgefordert, ihren Vorstellungen gemäß zu antworten. Der Fragebogen ist in folgende Teile untergliedert:

- Einstieg** – Erläuterung über Ablauf
- Teil 1** – Fragen zum Inhalt
- Teil 2** – Fragen zur Darstellung
- Teil 3** – Fragen zu bevorzugten Institutionen
- Teil 4** – Fragen zu Hinderungsgründen für Verwendung
- Teil 5** – Fragen zu gewünschten Inhalten
- Teil 6** – Fragen zu soziometrischen Daten
- Teil 7** – Frage ob Testung / Covid-19 Infektion vorliegt
- Abschluss** – Schlusswort und Danksagung

In den ersten beiden Teilen standen den Teilnehmenden für die Beantwortung der Fragen eine fünfstufige Likert-Skala (1 = sehr wichtig / sehr hilfreich bis 5 = überhaupt nicht wichtig / überhaupt nicht hilfreich) zur Verfügung (vgl. Schumann, 2012, S. 28). In den Teilen drei, vier, sieben konnten die Teilnehmer aus verschiedenen Antwortmöglichkeiten auswählen – Mehrfachnennung war bei einigen Fragen möglich (vgl. Schumann, 2012,

S. 51). In Teil fünf, einer offen gestellten Frage, wurde nach weiteren erwünschten Inhalten gefragt, die bisher im Fragebogen nicht berücksichtigt wurden. In Teil sechs wurden soziometrische Daten des Teilnehmers abgefragt.

## 2.4 Auswertung des Fragebogens

Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 08.10.2020 bis einschließlich 01.11.2020. Insgesamt wurden 180 Fragebogen gestartet, wovon 152 bis zum Schluss ausgefüllt wurden. Die Auswertung der Daten wurde mit der statistischen Analysesoftware Stats iQ durchgeführt. Folgende statistische Auswertungsverfahren der deskriptiven Statistik kamen zur Anwendung, da diese sich für die Auswertung eines Fragebogens mit einer eher geringeren Teilnehmeranzahl, gut eignen: (vgl. Brosius, 2008, S. 403)

**Häufigkeitsverteilung:** Anzahl der abgegebenen Antworten pro Kategorie

**Kreuztabelle:** Gemeinsame Häufigkeitsverteilung zweier oder mehrerer Variablen, um Zusammenhänge herzustellen.

## 3 Ergebnisse der Online-Umfrage zum Nutzungsverhalten von Informationsportalen zu Covid-19

### 3.1 Deskriptive Analyse der Teilnehmenden der Online-Umfrage

Von den 152 Befragten (Stichprobenumfang), die den Onlinefragebogen bis zum Ende ausgefüllt haben, sind  $n = 97$  (absolute Häufigkeit) weiblich und  $n = 55$  männlich. Das Durchschnittsalter der Probanden belief sich auf 36 Jahre. In *Abbildung 1* ist die Häufigkeitsverteilung in den Altersgruppen in Prozent abgebildet.

Insgesamt 67 % ( $n = 101$ ) der Befragten besitzen einen akademischen Abschluss, während 28 % ( $n = 42$ ) eine abgeschlossene Ausbildung oder Weiterbildung nach der abgeschlossenen Ausbildung innehaben. Ein vergleichsweise geringer Prozentsatz von 6 % ( $n = 9$ ) tätigte hierzu keine Angaben.

Die Befragten gaben an, sich am häufigsten über Radio oder Fernseher (24,9 %;  $n = 38$ ) über Covid-19 zu informieren, knapp gefolgt von Online-Informationsportalen (21,4 %;  $n = 33$ ). Seit März 2020 nutzen über 90 % ( $n = 100$ ) der Befragten mindestens einmal im Monat Online-Informationsportale, um sich über Covid-19 zu informieren.

Von den 152 befragten Teilnehmern gaben 41 % ( $n = 62$ ) an, dass sie auf eine Covid-19-Infektion getestet wurden, 59 % ( $n = 90$ ) verneinten diese Frage. 2 % ( $n = 3$ ) waren laut der Umfrage mit Covid-19 infiziert, 95 % ( $n = 144$ ) gaben an aktuell bzw. in der Vergangenheit nicht mit Covid-19 infiziert gewesen zu sein. 3 % ( $n = 5$ ) haben hierzu keine Angaben gemacht.

### 3.2 Deskriptive Analyse bezüglich der erwünschten Inhalte und Darstellungen auf Informationsportalen zu Covid-19

#### 3.2.1 Erwünschte Inhalte auf Informationsportalen zu Covid-19

Den Befragten sind *Informationen über aktuelle Zahlen in Deutschland* auf Informationsportalen zu Covid-19 am wichtigsten. An zweiter Stelle rangieren *Informationen über das Krankheitsbild*. Mit einer ähnlichen Gewichtung liegen *Informationen über Gesetze* auf Rang drei. Am wenigsten wichtig sind den Befragten *Informationen über aktuelle Zahlen aus anderen Ländern*. Es ist zu bemerken, dass die Gewichtung der Rangfolgen der Plätze zwei bis vier keineswegs eindeutig ist. Nur zwischen 2,0 % und 5,2 % der Befragten gaben an, dass ihnen die abgefragten Aspekte unwichtig sind. Aus diesen geringen Prozentsätzen lässt sich schließen, dass das kollektive Interesse am Inhalt auf Informationsportalen zu Covid-19 groß ist.

Darüber hinaus zeigt die Auswertung der Ergebnisse, dass zwischen 60 % und 70 % der Befragten die folgenden Informationen als zuverlässig bzw. sehr zuverlässig einstufen:

- *Informationen über Krankheitsverläufe*
- *Informationen über Reproduktionszahl R*
- *Informationen über aktuelle Zahlen in Deutschland*
- *Informationen über Symptomatik*

Nur zwischen 0 % und 2 % der Befragten halten die abgefragten Aspekte für überhaupt nicht zuverlässig.

Diese Ergebnisse können in Zusammenhang mit der Verwendungshäufigkeit von Online-Informationsportalen zu Covid-19 gesetzt werden, da ein sehr hoher Anteil (> 90 %) der Befragten angegeben hat, mindestens einmal im Monat Informationsportale über Covid-19 zu verwenden. Es könnte geschlussfolgert wer-

den, dass die Befragten nicht regelmäßig gezielt nach Informationen suchen, wenn sie diese für nicht zuverlässig halten würden.

#### 3.2.2 Ausgestaltung der Informationsportale

In *Tabelle 1* sind Aspekte für die Ausgestaltung der Informationsportale aufgelistet, die die Befragten als sehr wichtig bzw. weniger wichtig empfinden.

Folgende Institutionen, die Informationsportale bezogen auf Covid-19 bereitstellen, wurden von den Befragten bevorzugt:

- *Bundesbehörden* (30,1 %)
- *Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege* (26,5 %)
- *Universitäten* (26,2 %)

Als Hinderungsgründe für eine optimale Nutzung von Informationsportalen zu Covid-19 wurden folgende von den Befragten genannt:

- *Fehlende Vertrauen in Anbieter* (19,1 %)
- *Zu große Informationsvielfalt* (18,7 %)
- *Fehlende Transparenz bei Quellenkennzeichnungen* (18,1 %)
- *Zu wenige relevante Informationen* (17,7 %)

#### 3.2.3 Anregungen für Verbesserungen

Der fünfte Teil des Fragebogens bezieht sich auf weitere Inhalte, welche die Teilnehmenden auf Informationsportale zu Covid-19 gerne lesen möchten. Die angegebenen Antworten wurden dabei auf die wesentlichen Inhalte zusammengefasst. Zu diesem Zweck wurde ein Kategoriensystem erstellt, in welches die Antworten der Befragten eingeordnet werden können.

Bei der Definition dieser Kategorien gibt es die Möglichkeit, entweder deduktiv oder induktiv vorzugehen. Bei der deduktiven Kategoriendefinition werden die Kategorien anhand theoretischer Vorüberlegungen festgelegt, während bei der induktiven Kategoriendefinition Konzepte eine untergeordnete Rolle spielen (vgl. Mayring, 2015, S. 85). Da die Antworten der Befragten möglichst gegenstandsnah wiedergegeben werden sollen, erscheint es sinnvoll, erst nach Lesen der Antworten induktiv ein Kategoriensystem zu erstellen. Da eine Antwort mehrere Aspekte beinhalten kann, können diese Aspekte unterschiedlichen Kategorien zugewiesen werden. Anhand dieses Systems konnten elf Kategorien gebildet werden, nach deren prozentualer Häufigkeit sich darstellen lässt, welche Inhalte für Besucher von Informationsplattformen von zusätzlichem Interesse wären und wonach es noch Verbesserungspotential für die Anbieter gibt: *Studien* (36 %), *Diskussion der Maßnahmen* (11 %), *Vergleichsrelationen der Zahlen* (10 %), *Optimierung von Informationsportalen* (9 %), *Erfahrungsberichte* (8 %), *Ausland* (6 %), *Impfstoffe* (5 %), *verschiedene zukünftige Szenarien* (5 %), *regionale Übersichten* (4 %), *Vergleich zu anderen Krankheiten* (2 %) und *Testzentren* (2 %).

Die am häufigsten genannte Kategorie *Studien* kann durch die Spezifizierung der gewünschten Studieninhalte weiter

**Tabelle 1: Einstufung von Aspekten für die Ausgestaltung der Informationsportale**

Sehr wichtige Aspekte	Weniger wichtige Aspekte
Aktualität der Informationen (84,2 %)	Barrierefreiheit (23,0 %)
Übersichtlichkeit der Informationen (65,1 %)	Verlinkungen auf weitere relevante Webseiten (19,1 %)
Verständliche Sprache (55,3 %)	
Einfache Navigation (51,3 %)	Nutzung von Fachbegriffen (7,9 %)

Quelle: Eigene Darstellung

## ÜBERSICHT

untergliedert werden. In *Tabelle 2* sind die identifizierten Unterkategorien und die prozentuale Häufigkeit dargestellt.

### 3.3 Überprüfung der Hypothesen

Die in Abschnitt 2.1 aufgestellten Hypothesen, wurden auf Grundlage der Datenauswertung im Abschnitt 3.2 hin überprüft sowie die entsprechenden Ergebnisse in der *Abbildung 2* zusammengefasst. Es konnten vier (H1, H2, H5 und H6) der acht aufgestellten Hypothesen bestätigt werden.

### 3.4 Kriterien für nutzerfreundliche Online-Informationenportale zu Covid-19 für die Anbieterperspektive und Praxisabgleich der Kriterien

Die Formulierung der Kriterien basiert auf den Aspekten, die von der Mehrheit der Befragten als sehr hilfreich bzw. hilfreich oder als sehr wichtig bzw. wichtig bewertet wurden. Die Kriterien richten sich an die Anbieterseite der Covid-19-Portale.

**Tabelle 2: Prozentuale Häufigkeit der Unterkategorien der Kategorie Studien (bezogen auf alle abgegebenen Antworten)**

Unterkategorien von Studien	Prozentuale Häufigkeit
Studien zur Virusübertragung	10 %
Studien zur Maskenpflicht	8 %
Studien über Langzeitfolgen	6 %
Studien zur Immunität	4 %
Studien zur Wirksamkeit der von der Regierung bestimmten Maßnahmen	4 %
Studien über Präventionsmaßnahmen	3 %
Studien zu Auswirkungen der Pandemie auf seelische Gesundheit	1 %

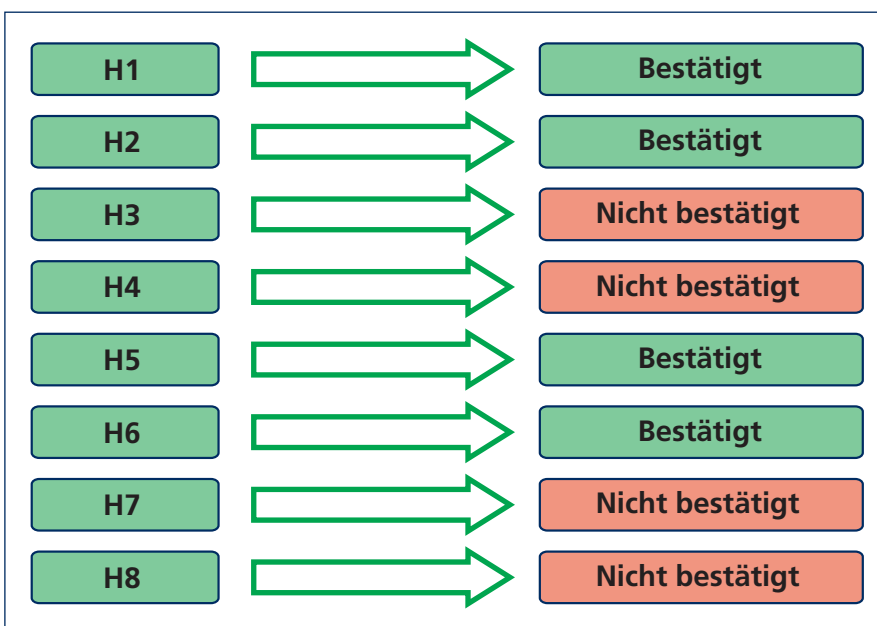
Quelle: Eigene Darstellung

Eine Einstufung inhaltlicher Aspekte nach deren Wichtigkeit ließ keinen Rückschluss auf einen Zusammenhang mit den Angaben auf Geschlecht oder einer Testung auf Covid-19 zu. Die Erkenntnis, dass Informationen über *aktuelle Zahlen aus Deutschland* laut den Befragten der wichtigste inhaltliche Aspekt auf Informationsportalen zu Covid-19 ist, führt zum ersten Kriterium für eine nutzerfreundlichere Portalgestaltung (K1):

**K1** Informationen über aktuelle Zahlen aus Deutschland sollten schnell und einfach auf den ersten Blick auf dem jeweiligen Portal zu finden sein.

Die Bewertung der *Zuverlässigkeit der Informationen* auf Portalen sowie den Hinderungsgründen für eine optimale Nutzung lässt allerdings eine gespaltene Bewertung erkennen. Die Mehrheit der Befragten stuft die abgefragten Informationen als zuverlässig oder als sehr zuverlässig ein, doch sie bemängeln die Ausgestaltung. Darunter wird unter anderem die Fülle der Informationen verstanden. *Fehlendes Vertrauen in Anbieter* und die *fehlende Transparenz* hinsichtlich der Quellenkennzeichnung verwirrt manche Nutzer. Um diesen Hinderungsgründen entgegenzuwirken, gibt es sogenannte Qualitätsauszeichnungen für Webseiten, woraus sich folgendes Kriterium (K2) ableiten lässt:

**K2** Informationsportale zu Covid-19 sollten mit Qualitätsauszeichnungen speziell für Webseiten mit Gesundheitsthemen gekennzeichnet sein.



**Abbildung 2: Zusammenfassung der Überprüfung der Hypothesen**

Quelle: Eigene Darstellung

Bei der Auswertung des Datensatzes bezüglich der Frage, welche der abgefragten Aspekte von den Befragten als hilfreich eingestuft wurde, haben 42,8 % der Befragten die *Kennzeichnung der Informationen mit Quellen* als sehr hilfreich bewertet. Dies führt zum nächsten Kriterium:

**K3 Informationen auf Portalen zu Covid-19 sollten mit den Angaben des Verfassers gekennzeichnet sein.**

Durch die Erkenntnisgewinnung, dass die Mehrheit der Befragten die Aufbereitung der Informationen durch Tabellen mit konkreten Zahlen als hilfreich einstufen, kann das folgende Kriterium (K4) formuliert werden:

**K4 Die Darstellung der Informationen auf Portalen zu Covid-19 sollte möglichst in Tabellen mit konkreten Zahlen erfolgen.**

84,2 % der Befragten ist die *Aktualität der Informationen* sehr wichtig. Aufgrund dieser Datengrundlage wird folgendes Kriterium (K5) für ein nutzerfreundliches Informationsportal zu Covid-19 formuliert:

**K5 Informationsportale zu Covid-19 sollten die aktuellsten Informationen bereitstellen.**

Von Bundesbehörden betriebene Informationsportale zu Covid-19 werden von 77 % der Befragten bevorzugt. Aus Nutzerperspektive sollte deshalb die Bekanntheit der von den Bundesbehörden betriebenen Portale erhöht werden. Demzufolge kann das nächste Kriterium (K6) in dieser Form formuliert werden:

**K6 Ein von der Bundesbehörde betriebenes Informationsportal zu Covid-19 gilt als bevorzugt.**

Mit 36 % ist die Kategorie *Studien* die unter den von Covid-19-Portalen zusätzlich erwünschten Inhalten die meistgenannte Kategorie. Diese Erkenntnisse führen zum nächsten Kriterium für nutzerfreundliche Informationsportale zu Covid-19 (K7):

**K7 Auf Informationsportalen zu Covid-19 sollten wissenschaftlich basierte Studien über die Maskenpflicht und Virusübertragung zu finden sein.**

Bei der Anwendung der formulierten Kriterien in der Praxis werden die drei, von den Befragten am häufigsten besuchten, Portalen in Bezug auf Covid-19 in die Evaluierung einbezogen. Die Auswertung ergab, dass das Portal des RKI von einem guten Drittel (34,9 %) angekreuzt wurde. Jedes vierte Mal (25,3 %) wurde das Portal des BMG genannt und an dritter Stelle stehen mit 15,0 % internationale Portale (z. B. JHU,

WHO). Hier wird als Vertreter der internationalen Portale die JHU verwendet, da diese Institution in den Antworten der offenen gestellten Frage bezüglich weiterer Anregungen für die inhaltliche Ausgestaltung auf Informationsportalen wiederholt genannt wurde.

Im Rahmen des Praxisabgleichs, der im November 2020 durchgeführt wurde, wurden zunächst die identifizierten Informationsportale zu Covid-19 gesichtet. Mit Hilfe der formulierten Kriterien K1 bis K7 wurden die drei oben beschriebenen (RKI, BMG und JHU) Portale auf ihre Nutzerfreundlichkeit geprüft. Dabei stand die Anwendung der Kriterien im Fokus und nicht der Vergleich der Portale untereinander, da die verwendeten Portale grundsätzlich unterschiedliche Aufgabe im Rahmen der Wissensvermittlung erfüllen.

*Tabelle 2* zeigt eine Übersicht über Erfüllung oder nicht-Erfüllung der aufgestellten Kriterien der ausgewählten Online-Informationsportale zu Covid-19. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Portal des RKI in Bezug auf die Prüfung der Nutzerfreundlichkeit fünf der sieben formulierten Kriterien erfüllen konnte. Das BMG und JHU hingegen zwei der sieben Kriterien.

**Tabelle 2: Übersicht über Erfüllung oder nicht-Erfüllung der aufgestellten Kriterien der ausgewählten Online-Informationsportale zu Covid-19**

Kriterien	Portal des Robert-Koch-Institutes	Portal des Bundesministeriums für Gesundheit	Portal der Johns Hopkins University
K1	✓	✗	✓
K2	✗	✗	✗
K3	✓	✓	✗
K4	✓	✗	✗
K5	✓	✗	✓
K6	✓	✓	✗
K7	✗	✗	✗

Quelle: Eigene Darstellung

## 4 Diskussion

In der Forschungsarbeit wurde eine Stichprobe ausgewertet, die aus der Grundgesamtheit der Nutzerschaft eines Online-Informationsportals zu Covid-19 gezogen wurde. Durch einen Online-Fragebogen konnten Teilnehmer adressiert werden, welche Online-Medien nutzen und sicher im Umgang mit diesen sind.

Beim Praxisabgleich der Kriterien kann kritisiert werden, dass für diesen Vergleich ausschließlich Portale des RKI, BMG und JHU einbezogen wurden und somit eine begrenzte Aussagekraft bei der Übertragbarkeit der Kriterien besteht. Der Einbezug mehrerer Portale könnte Gegenstand von zukünftigen Arbeiten sein. Damit könnten die Kriterien weiterentwickelt und detaillierter formuliert werden. Es wurde gezeigt, dass die formulierten Kriterien in der praktischen Anwendung eine Aussage über die Nutzerfreundlichkeit eines Covid-19-Portals machen können. Langfristig könnte es einen Vorteil für Portalbetreiber darstellen, wenn sie die Kriterien als Verbesserungsvorschläge/Handlungsempfehlungen verstehen und ihre Portale dementsprechend konzipieren. Durch die Umsetzung der Kriterien können die Bedürfnisse und Präferenzen der Nutzer besser befriedigt werden. Durch die Überarbeitung und Weiterentwicklung der Portale anhand der Kriterien werden diese zunehmend attraktiver in der Nutzung und die Verwendungshäufigkeit könnte sich erhöhen. Um das Vertrauen in nutzerfreundliche Portale zu steigern, sollte von seitens der Politik eine verbindliche Einführung von Qualitätsmerkmalen speziell für Webseiten mit Gesundheitsthemen eingeführt werden. Die verpflichtende Qualitätsprüfung könnte von externen Instituten durchgeführt werden. Dadurch könnten Nutzer seriöse von weniger vertrau-

ensvollen Portalen unterscheiden (vgl. Marstedt, 2018, S. 17).

Die Ergebnisse bieten eine interessante Momentaufnahme über präferierte Inhalte und Darstellungsformen auf Covid-19-Portalen. Jedoch sollte berücksichtigt werden, dass nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass durch die präferierten Inhalte und deren Darstellungsformen die Aufklärung und Wissensgenerierung über Covid-19-Maßnahmen tatsächlich verbessert wird. Es ist zu beachten, dass die Ergebnisse der Umfrage zum jetzigen Stand vermutlich anders ausfallen würden, da inzwischen die Erkenntnisse über die Impfstoffe für Covid-19 größer sind und das Interesse diesbezüglich höher ist als noch im Oktober 2020.

Bei der Interpretation der Ergebnisse aus der Umfrage kommt es aufgrund des geringen Stichprobenumfangs und der hohen Beteiligungsrate der 20- bis 29-Jährigen zu Verzerrungen. Des Weiteren sollte berücksichtigt werden, dass es unterschiedliche Präferenzen sowohl bei den Anbietern als auch bei den Nutzern von Online-Informationsportale zu Covid-19 gibt. Folglich können die Ergebnisse aus der zugrundeliegenden Umfrage nicht einfach auf die Grundgesamtheit übertragen werden und treffen ausschließlich auf den befragten Personenkreis von 152 Befragten zu.

Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass thematisch Interessierte in stärkerem Maße teilgenommen haben. Zudem eigneten sich die Ergebnisse nicht für einen Vergleich zwischen bereits Infizierten (2,0 %) und nicht Infizierten (95,0 %), da die Gruppe der Covid-19-Infizierten unterrepräsentiert ist. Die Annahme, dass sowohl Männer und Frauen als auch bereits Getestete und nicht Getestete nach unterschiedlichen Informationen auf Portalen suchen, kann nicht bestätigt werden.

## 5 Fazit und Ausblick

Das Ziel der Forschungsarbeit war, durch die Auswertung eines Online-Fragebogens, Kriterien zu formulieren, die dabei helfen, Portale nutzerfreundlicher zu gestalten. Dies wurde mithilfe der Auswertung des Datensatzes erreicht und es konnten sieben Kriterien bezüglich der Optimierung der Nutzerfreundlichkeit konzipiert werden. Durch die Ergebnisse der ausgewerteten Fragebögen und die Formulierung der Kriterien wurde weiterer Forschungsbedarf erkannt. Dieser besteht vordringlich im Bereich des Nutzungsverhaltens von Informationsportalen zu der neuen Covid-19-Thematik. Für eine Untersuchung, inwieweit Informationsportale einen volkswirtschaftlichen Nutzen erzeugen können, müsste noch weiterführende Forschung aus ökonomischer Perspektive betrieben werden. Um die Kriterien in der Praxis zu evaluieren ist es sinnvoll, mehr als drei Informationsportale zu Covid-19 einzubeziehen. Außerdem könnte eine Umfrage mit mehr als 152 Teilnehmern zu fundierteren Aussagen führen.

## Literaturverzeichnis

- Brosius, F. (2008), *SPSS 16 für Dummies*. Weinheim: Wiley-VH-Verlag.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2020), *Bundesministerium für Gesundheit*. [online] Verfügbar: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/> [Zugriff am 29.11.2020].
- Dorn, F., Fuest, C., Götter, M., Krolage, C., Lautenbacher, S., Link, S., Peichl, A., Reif, M., Sauer, S., Stöckli, M., Wohlrabe, K. und Wollmershäuser, T. (2020), Die volkswirtschaftliche Kosten des Corona-Shutdown für Deutschland: Eine Szenarienrechnung, *ifo Institut*, 73(4), S. 29-35.
- Feld, L. P., Truger, A. und Wieland, V. (2020), *Die Gesamtwirtschaftliche Lage angesichts der Corona-Pandemie*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Fratzscher, M. (2021), Gesellschaftliche Akzeptanz als Schlüssel in der Corona-Pandemie, *Wirtschaftsdienst*, 101(2), S. 70-71.
- JHU - Johns Hopkins University and Medicine (2020), *Johns Hopkins University and Medicine*. [online] Verfügbar: <https://coronavirus.jhu.edu/> [Zugriff am 29.11.2020].

Marstedt, G. (2018), *Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen? Bevölkerungs-umfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Meyer, M. (2020), *8 von 10 Bundesbürgern informieren sich online über Corona*. [online] Verfügbar: <https://www.tageskarte.io/zahlen/detail/acht-von-zehn-bundesbuergern-informieren-sich-online-ueber-corona.html> [Zugriff am 02.09.2020].

Mummendey, H. D. und Grau, I. (2008), *Die Fragebogen-Methode*. Götting: Hogrefe Verlag.

Porst, R. (2014), *Fragebogen*. 4. Aufl. Römberg: Springer VS.

Ressing, M., Blettner, M. und Klug, S. J. (2010), Auswertung epidemiologischer Studien: Teil 11 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Deutsches Ärzteblatt Int*, 107(11), S. 187-192.

RKI - Robert-Koch-Institut (2020), *Covid-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit*. [online] Verfügbar: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Fallzahlen.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html) [Zugriff am 29.12.2020].

Rossmann, C., Lampert, C., Stehr, P. und Grimm, M. (2018), *Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen – Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Schumann, S. (2012), *Repräsentative Umfrage – Praxisorientierte Einführung in empirische Methoden und statistische Analyseverfahren*. 6. Aufl. München: Oldenburg Verlag.

Wangler, J., Stachwitz, P. und Jansky, M. (2020), *Kann ein nationales Gesundheitsportal die Primärversorgung unterstützen? – Ergebnisse einer Befragungsstudie unter Hausärzten*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

**Autorinnen:**  
**Iris Ruckdäschel**  
**Johanna Stempfle**  
**Universität Bayreuth**  
**Lehrstuhl VWL III**  
**D-95440 Bayreuth**

## Aus der Rechtsprechung

**Das LSG Celle-Bremen hat im Streit zwischen Krankenkassen und einem Krankenhaus um die Widerlegung einer Mindestmengenprognose für Leistungen entschieden, dass das vorausgegangene Kalenderjahr maßgebend ist und nicht die letzten vier Quartale.**

Um komplexe Operationen durchführen zu dürfen, müssen die Krankenhäuser aus Qualitätsgründen bestimmte Mindestmengen leisten. Um diese Eingriffe auch zukünftig abrechnen zu dürfen, erstellen die Krankenhäuser zur Jahresmitte zunächst eine Prognose, die in einem zweiten Schritt von den Krankenkassen widerlegt werden kann. In diese Praxis hat das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) korrigierend eingegriffen.

Im zugrundeliegenden Fall wollte ein Wolfsburger Krankenhaus auch 2020 komplexe Operationen an der Speise-

röhre anbieten. Hierfür prognostizierte es im Juli 2019 das Erreichen der Mindestmenge von 10 OPs im Folgejahr. Grundlage waren die Vorjahreszahlen mit genau 10 Eingriffen, sowie geplante OPs im laufenden Jahr. Die Krankenkassen bezweifelten diese Prognose. Nach ihrer Ansicht käme es auf die aktuelle Leistungsmenge der letzten vier Quartale (Q3/18–Q2/19) an, wonach die Mindestmenge nicht erreicht werde. Auf die Vorjahreszahlen oder eine pauschale Mitteilung geplanter Fälle sei nicht entscheidend abzustellen. Dies sei bloße Erwartungshaltung.

Das LSG hat die Rechtswidrigkeit des Widerlegungsbescheides der Krankenkassen festgestellt, da das Krankenhaus seine Prognose auf fehlerfreie Grundlage gestützt hat. Zur Begründung hat das Gericht ausgeführt, dass die Krankenkassen schon den Wortlaut der Mindestmengenregelungen missachtet hätten. Bei dem „vorangegangenen Kalenderjahr“ handele es sich zweifelsohne nicht um die letz-

ten vier Quartale. Die Regelvermutung könne nicht mit dem Argument konterkariert werden, dass die Vorjahreszahlen in einem anderen Zeitraum nicht erreicht würden. Die Sichtweise der Krankenkassen würde die Mindestmengenregelung ins Gegenteil verkehren. Denn durch die Betrachtung des Quartalszeitraums solle vielmehr den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben werden, auch bei Unterschreitung der Mindestmenge im Vorjahr eine positive Prognose abzugeben sofern die neueren Zahlen in diese Richtung zeigten. Auch konkret geplante OPs könnten einbezogen werden; dies sei das Wesen einer in die Zukunft blickenden Prognose.

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 16. Juni 2020, Az. L 16 KR 64/20

**Geschäftsstelle**  
 Widenmayerstraße 29  
 80538 München  
 Tel.: 089/21 09 69 60  
 Tel.: 089/21 09 69 99  
 E-Mail: info@grpg.de  
 www.grpg.de

# Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit stelle/n ich/wir Antrag auf Mitgliedschaft als

- Firma, Körperschaft oder Verband**       **Patientenverband e.V.**       **Individualmitgliedschaft**  
 Mitgliedsbeitrag € 1.300,- p. a.      Mitgliedsbeitrag € 250,- p. a.      - Mitgliedsbeitrag € 180,- p. a.  
 - Mitgliedsbeitrag ohne SEPA-Lastschriftmandat € 190,- p.a.

(Die Beiträge beinhalten den Bezug der Zeitschrift RPG)

Vorname, Name	
Firma/Verband/Behörde oder sonstiger Bezug zum Gesundheitswesen	
Position	
Privatanschrift	
Geschäftsanschrift	
Privat: E-Mail/Telefon/Fax	
Geschäft: E-Mail/Telefon/Fax	
Wie sind Sie auf die GRPG aufmerksam geworden?	
Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Angaben von der GRPG gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich für Zwecke der GRPG verwendet.	
Datum	Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000578253**  
**Mandatsreferenz: GRPG-Mitgliedsnummer.**

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