

RPG

Band 32 | Heft 1 | 2026

1 | 2026

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Gesundheitspolitik im Fokus**
Zu grundlegenden Reformen entschlossen
- **Übersicht**
Eigenverantwortung – Fremdkörper in einem solidarischen Gesundheitssystem?
- **Zur Diskussion gestellt**
Gibt es ein Rezept gegen das Apothekensterben?

Digitale Behandlungspfade als Schlüssel zur Kostenstabilität und Versorgungssicherheit im Gesundheitswesen

Die ePA kann die Versorgung entscheidend verbessern – Möglichkeiten der Digitalisierung für die GKV

HERAUSGEBER

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

MITHERAUSGEBER

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

Autoren des Heftes

Christian Bredl
Christian Hieronimi
Stefan Huster
Kerstin Kemmritz
Philipp Mauch
Michael Meyer
Jürgen Stoschek

83

Editorial

Wann immer Gesundheitsreformen auf der Agenda stehen, wird der Ruf nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten laut. Würde dadurch der solidarische Charakter der Gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet? Und könnte mehr Eigenverantwortung letztlich auch sogar zu geringeren Ausgaben bei den Kassen führen? Antworten finden Sie im Beitrag von Stefan Huster in diesem Heft.

Angesichts steigender Ausgaben im Gesundheitswesen zeigen sich Gesundheitspolitiker aller Couleur zu grundlegenden strukturellen Reformen bereit. Ein Fokus richtet sich dabei auf die Digitalisierung verbunden mit der Erwartung Patienten zielgerichteter durch das Gesundheitssystem leiten zu können. Mehrere Beiträge in diesem Heft greifen die Debatte auf – weitere Diskussionsbeiträge sind erwünscht.

Beim GRPG-Webinar im September vergangenen Jahres stand das Thema Apothekensterben auf der Tagesordnung. Kerstin Kemmritz hat die damals vorgetragenen Überlegungen zusammengefasst und aktualisiert.

Wir wünschen eine anregende Lektüre und viele neue Erkenntnisse.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Gesundheitspolitik im Fokus

Zu grundlegenden Reformen entschlossen

Jürgen Stoschek

1

Übersicht

Eigenverantwortung – Fremdkörper in einem solidarischen Gesundheitssystem?

Stefan Huster

6

Zur Diskussion gestellt

Gibt es ein Rezept gegen das Apothekensterben?

Kerstin Kemmritz

11

Digitale Behandlungspfade als Schlüssel zur Kostenstabilität und Versorgungssicherheit im Gesundheitswesen

Christian Hieronimi | Michael Meyer

19

Die ePA kann die Versorgung entscheidend verbessern – Möglichkeiten der Digitalisierung für die GKV

Philipp Mauch | Christian Bredl

22

Aus der Rechtsprechung

12, 21, 23, 24

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 3000 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 32. Wissenschaftspreis bis zum Eingangsschluss 31. Mai 2027 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 28, 80538 München.

Weitere Informationen wie die Satzung des Wissenschaftspreises und der Gesellschaft erhalten Sie unter 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. Jürgen Zerth
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Professur für Management in Einrichtungen
des Sozial- und Gesundheitswesens
Kapuzinergasse 2
85072 Eichstätt

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

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

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

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

MITHERAUSGEBER

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

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: 2025 (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 Beziehers kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

VERLAG

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

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 •
Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisl-
iste: 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.

© 2025 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**.

Zu grundlegenden Reformen entschlossen

Gesundheitspolitiker aus Union und SPD sind angesichts steigender Kosten und höherer Zusatzbeiträge bei vielen Krankenkassen zu grundlegenden Reformen entschlossen. Ein „Weiter so“ dürfe es nicht mehr geben, heißt es aus Unionskreisen. Und bei der SPD sieht man die angespannte Finanzlage der GKV mit einem drohendem zweistelligen Milliardendefizit als größte Herausforderung, weshalb strukturelle Veränderungen notwendig seien. Unterdessen kündigte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken mehrere Gesetzesvorhaben für dieses Jahr an. Es sei klar, dass im System gespart werden muss und dass zusätzlich Reformen struktureller Art kommen müssten.

Hohe finanzielle Defizite prognostiziert

Nach einer aktuellen Projektion des Berliner IGES Instituts droht den gesetzlichen Krankenkassen im kommenden Jahr eine Finanzlücke von bis zu zwölf Milliarden Euro. Grund für die prognostizierte Entwicklung: Ab 2027 laufen das für 2025 und 2026 gewährte Bundesdarlehen sowie die dämpfenden Effekte des sogenannten kleinen Sparpakets der Bundesregierung aus, während zusätzliche Ausgaben etwa für Krankenhäuser und Apotheken anfallen und die Leistungsausgaben weiter kräftig zunehmen dürften, so das Institut. Das prognostizierte Defizit von knapp zwölf Milliarden Euro entspräche ohne weitere Gegenmaßnahmen einem Beitragssatzanstieg in der GKV um etwa sechs Zehntel Prozentpunkte auf 18,3 Prozent. Mit einer stärker einnahmenorientierten Ausgabenpolitik könnte nach Ansicht der Wissenschaftler dem Beitragsanstieg begegnet werden. Zu diesem Zweck könnten – zumindest zeitlich befristet – die in einzelnen Leistungsbereichen bestehenden Ausnahmen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausgesetzt werden. Zudem könnte sich die Umsetzung dieses Grundsatzes an der Entwicklung der voraussichtlichen Einnahmen – anstatt an der Entwick-

lung in den vergangenen Jahren – orientieren. Nach IGES-Schätzungen könnte hierdurch die Ausgabenentwicklung in der GKV für einen großen Teil der in Frage kommenden Leistungsbereiche im Jahr 2027 um knapp 8 Milliarden Euro gedämpft werden, was den gegenwärtig noch ungedeckten Finanzbedarf (nach Bereinigung um „Sondereffekte“ wie das Sparpaket der Bundesregierung und Bundesdarlehen) voraussichtlich decken würde.

Auch die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht nach Angaben des IGES vor deutlichen finanziellen Belastungen: Dort könnte der Beitragssatz bereits 2027 um knapp drei Zehntel auf 4,1 Prozent steigen, weil die Wirkung von Bundesdarlehen ausläuft und die Zahl der Pflegebedürftigen weiter zunimmt. Der errechnete Finanzbedarf beläuft sich den Berechnungen nach auf 5,5 Milliarden Euro.

Politik setzt auf Primärversorgungssystem

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat mit maßgeblichen Akteuren im Gesundheitswesen Ende Januar einen Dialogprozess zur „Vorbereitungen des anstehenden Gesetzgebungsprozesses zur Einführung eines Primärversorgungssystem“ gestartet. Im Koalitions-

vertrag hatten sich Union und Sozialdemokraten hingegen auf ein „verbindliches Primärarztssystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag“ verständigt. Die unterschiedlichen Begriffe – Primärversorgungssystem versus Primärarztssystem – lassen bevorstehende berufs- und standespolitische Auseinandersetzungen erahnen. Ein Referentenentwurf soll bereits bis zum Sommer dieses Jahres vorliegen.

Vom geplanten Primärversorgungssystem verspricht sich Warken „mehr Navigation durch den ambulanten Bereich, eine schnellere Versorgung entsprechend der medizinischen Notwendigkeit sowie ein zielgerichteter und effizienter Einsatz von personellen und finanziellen Ressourcen“. Wesentlicher Bestandteil einer der „zentralen Strukturreformen im Gesundheitswesen“ soll dabei ein „verlässliches digitales bzw. telefonisches Verfahren zur Ersteinschätzung sowie die Weiterentwicklung der Terminvermittlung sein“. Ausnahmen vom Prinzip der verbindlichen Ersteinschätzung soll es nach Warkens Angaben für einige Arztgruppen wie etwa Gynäkologen, Augenärzte und Zahnärzte geben. Auch für bestimmte chronische Erkrankungen solle ein Direktzugang zum Facharzt

bestehen bleiben. Dies alles müsse noch erarbeitet werden – ebenso, ob Patienten weiterhin direkt einen Psychotherapeuten aufsuchen können.

Über die Notwendigkeit der Einführung einer verbindlichen Ersteinschätzung für die Dringlichkeit bei gesundheitlichen Beschwerden besteht bei den meisten Akteuren grundsätzlich Einigkeit. Unterschiede finden sich bei der Frage ob und wie eine Ersteinschätzung nach bundesweit einheitlichen Kriterien telefonisch, im Internet, in den Praxen, in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie in Apotheken erfolgen soll.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erklärte, angesichts der zunehmenden Komplexität des Gesundheitssystems sei es notwendig, eine Steuerung für jene Patientinnen und Patienten zu etablieren, die sich unkoordiniert durch das System bewegten. „Eine bessere Zuordnung der Patienten ist inhaltlich zweifelsohne ein Gewinn, spart aber – und auch das muss ehrlich gesagt werden – zumindest kurzfristig kein Geld“, betonte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Gassen. Zu einer passenden Umsetzung eines Primärver-

sorgungssystems gehöre eine bessere digitale und telefonische Steuerung der Patienten. Mit der Plattform 116117 verfügen KBV und Kassenärztliche Vereinigungen bereits über ein leistungsfähiges Instrumentarium, das sich im Sinne einer digitalen Steuerung weiter ausbauen ließe. Neben der medizinischen Ersteinschätzung gehöre im Idealfall etwa die Terminvergabe dazu, so Gassen. Für Gassen ist wichtig, dass mit der Primärversorgung kein Flaschenhals entsteht, der Menschen von der Versorgung abhalte. In bestimmten Fällen müssten Patienten auch direkt den Facharzt aufsuchen können.

Kritisch äußerte sich der Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Die Vorstellungen der Kassen – insbesondere die von einer verpflichtenden digitalen Ersteinschätzung als erster Anlaufstelle – widersprächen der Idee eines Primärarztsystems. „Steuerung nach Schema F hat nichts mit einem Primärarztssystem zu tun“, erklärte Bundesvorsitzender Dr. Markus Beier. Ein Primärarztmodell lebe von den hausärztlichen Praxen. „Mit ihnen steht und fällt diese Reform“, betonte Beier.

GKV-Spitzenverband will digitales Navigationstool

Der GKV-Spitzenverband hat einen detaillierten Vorschlag für ein Primärversorgungssystem vorgelegt. Demnach sollte ein Primärversorgungssystem auf drei Bausteinen für einen digitalen Versorgungspfad aufbauen:

- Ein digitales Navigationstool schätzt die Behandlungsnotwendigkeit ein und leitet die Versicherten zielgerichtet in und durch das Gesundheitssystem.
- Die elektronische Überweisung verbessert den Informationsfluss über den aktuellen Behandlungsstand zwischen Leistungserbringenden und minimiert Fehlerquellen.
- Die elektronische Terminvermittlung ermöglicht – abhängig von der medizinischen Dringlichkeit – eine schnellere Terminvergabe und reduziert Wartezeiten.

In der Praxis würden Versicherte demnach am Telefon oder in einer App auf der Grundlage gezielter Fragen eine digitale Ersteinschätzung ihres medizinischen Behandlungsbedarfs erhalten. Je nach Ergebnis folgen dann der Schritt

Abb. 1: Funktionsumfang des Navigationstools



Quelle: GKV-Spitzenverband

in die haus- oder fachärztliche Versorgung, die direkte Überleitung in die Notfallversorgung oder auch Optionen zur Selbstbehandlung mit Hilfe individualisiert aufbereiteter Gesundheitsinformationen. Termine zur ärztlichen Abklärung gesundheitlicher Beschwerden werden über eine elektronische Terminvermittlung vergeben, Befunde in der elektronischen Patientenakte gespeichert und Rezepte sollen direkt aufs Handy geschickt werden. Der GKV-Spitzenverband erhofft sich davon, unnötige Wartezeiten, langwierige Terminsuchen sowie unnötige Arztbesuche vermeiden zu können. „Es geht hier darum, das deutsche Gesundheitssystem endlich in die digitale Gegenwart zu bringen. Die Wartezimmer der ärztlichen Praxen sind zu voll, digitale Weiterentwicklungen können hier sinnvolle Entlastungen schaffen“, erklärte Stefanie Stoff-Ahnis, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.

Bundesrat äußert sich zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung

Das Bundeskabinett hat den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apo-VWG) beschlossen. Der Entwurf enthält nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums Maßnahmen zur Stärkung des flächendeckenden Netzes von Vor-Ort-Apotheken für die Arzneimittel- und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Aufgaben der Apotheken in der Gesundheitsversorgung werden erweitert und die wirtschaftliche Betriebsführung der Apotheken wird verbessert. Insbesondere öffentliche Apotheken im ländlichen Raum werden gestärkt und Bürokratie abgebaut.

Inzwischen hat sich der Bundesrat zur geplanten Weiterentwicklung der Apothe-

kenversorgung positioniert. So schlägt er beispielsweise vor, einen Grundkostenzuschlag – etwa für die ersten 20.000 Abgaben verschreibungspflichtiger Arzneimittel – einzuführen, um vor allem kleinere und umsatzschwächere Vor-Ort-Apotheken gezielt zu entlasten. Außerdem fordert der Bundesrat die Bundesregierung auf, die Auswirkungen des 2004 abgeschafften Verbots des Versandhandels im Arzneiwesen zu prüfen. Die flächendeckende und wohnortnahe Arzneimittelversorgung sei eine staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge. Insbesondere der grenzüberschreitende Arzneiversandhandel könne kaum kontrolliert, Preisbindung und Rabattregelungen könnten kaum durchgesetzt werden. Unterschiedliche Rahmenbedingungen für Versandhandel und Präsenzapotheken würden die wirtschaftlichen Grundlagen für Präsenzapotheken – insbesondere in ländlichen Regionen – schwächen. Kritisch sehen die Länder Pläne der Bundesregierung, die Gründung von Zweigapotheken zu erleichtern. Dies hätte zur Folge, dass bereits niedergelassene Apotheken mit wirtschaftlich leichter zu errichtenden Zweigapotheken konkurrieren müssten. Bedenken äußerte der Bundesrat zur beabsichtigten Einführung einer Vertretungsregelung wonach erfahrene pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten (PTA) in ländlichen Regionen für bis zu 20 Tage die Apothekenleitung vertreten dürfen. Es bestehe eine deutliche Differenz zwischen der PTA-Ausbildung und der akademischen Qualifikation approbierter Apothekerinnen und Apotheker. Eine solche Vertretung könne die Arzneimittelsicherheit und die Qualität der Beratung beeinträchtigen und das Berufsbild des Apothekers schwächen. Außerdem würde durch die geplante Erprobung und behördliche Genehmigung der Vertretungen neue Bürokratie zu Lasten der Landesverwaltungen aufge-

baut, ohne einen erkennbaren Mehrwert für die Apothekenversorgung zu schaffen, so der Bundesrat.

Erste Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit erwartet

Die Finanzkommission Gesundheit hat Prof. Wolfgang Greiner (Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, Universität Bielefeld) zu ihrem Vorsitzenden bestimmt. Prof. Ferdinand Gerlach (Professor für Allgemeinmedizin und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main) und Prof. Leonie Sundmacher (Professorin für Gesundheitsökonomie, School of Medicine & Health, Technische Universität München) wurden als Stellvertretende gewählt. Bis Ende März 2026 soll das Gremium Vorschläge unterbreiten, um die Krankenversicherungsbeiträge ab 2027 zu stabilisieren - und zwar ohne Beitragserhöhungen. Hierbei sollen zudem die im Koalitionsvertrag geplanten Vorhaben (u.a. Primärarztssystem sowie Notfall- und Rettungsdienstreform) auf ihre Finanzwirkung untersucht und maßgebliche Kostentreiber in den einzelnen Leistungsbereichen identifiziert werden. Bis Ende des Jahres 2026 soll die Kommission weitere Maßnahmen zur langfristigen Stabilisierung der GKV-Financen vorlegen. Die Finanzkommission Gesundheit besteht aus zehn Expertinnen und Experten aus den Bereichen Ökonomie, Medizin, Sozialrecht, Ethik und Prävention.

Zusammengestellt von Jürgen Stoschek, Geroldsgrün

Stefan Huster

Eigenverantwortung – Fremdkörper in einem solidarischen Gesundheitssystem?*

A. Warum Eigenverantwortung?

Wie Menschen sich verhalten, hat ersichtlich Einfluss auf ihre Gesundheit. Es gibt genetische Ursachen für Gesundheit und Krankheit, die der Einzelne nicht beeinflussen kann; zudem ist sein Gesundheitszustand auch von Umweltfaktoren abhängig, die typischerweise nicht oder zumindest nicht vollständig unter seiner Kontrolle sind. Aber daneben bildet das individuelle Verhalten einen wesentlichen Faktor für die Gesunderhaltung und das Entstehen von Krankheiten. Daher ist es nicht zu bestreiten, dass das individuelle gesundheitsbezogene Verhalten in der Folge auch Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Versorgung haben kann.

Wären Systeme der Gesundheitsversorgung rein marktförmig organisiert, müsste sie dieser Zusammenhang nicht interessieren, weil das Gesundheitsrisiko individualisiert wäre: Wer sich gesundheitsriskant verhält und daher häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, müsste die finanziellen Konsequenzen selbst tragen, weil er diese Leistungen oder eine höhere Versicherungsprämie bezahlen muss. In Deutschland und vielen anderen Ländern sind die Versorgungssysteme aber nicht rein marktförmig, sondern kollektiv organisiert und – auf die eine oder andere Weise – „solida-

risch“ ausgestaltet, damit jeder Bürger Zugang zur medizinischen Versorgung erhält. Dies hat allerdings zur Konsequenz, dass damit auch die Folgen des individuellen Gesundheitsverhaltens ganz oder teilweise sozialisiert werden: Nun ist es die jeweilige Solidargemeinschaft, die die Kosten der medizinischen Versorgung und damit auch die entsprechenden Auswirkungen des individuellen gesundheitsbezogenen Verhaltens trägt.

Diese Sozialisierung oder Kollektivierung der Folgen individuellen Verhaltens kann – hier wie in anderen Zusammenhängen – aus zwei Gründen als problematisch angesehen werden. Zum einen hat das jeweilige Kollektiv ein Interesse daran, dass die Kosten für das gemeinsam getragene Versorgungssystem nicht aus dem Ruder laufen – und daher auch die Inanspruchnahme seiner Leistungen vermieden wird, soweit das möglich ist. Wenn der Einzelne nun durch sein Verhalten dazu beitragen kann, dass Gesundheitsrisiken und folglich auch die Leistungsinanspruchnahmen reduziert werden, liegt es aus Sicht des Systems nahe, Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu setzen, indem Vergünstigungen (typischer- aber nicht notwendigerweise finanzieller Natur) an derartiges Verhalten geknüpft werden. Zum anderen kann es auch als unbillig empfunden werden, wenn einige Mitglieder die Solidargemeinschaft aufgrund ihres riskanten Verhaltens intensiv in Anspruch nehmen, während andere Mitglieder diese Mehrkosten mittragen müssen, sich aber selbst gesundheitsbewusst

und damit auch ressourcenschonend verhalten. Die Anknüpfung an die individuelle Mitverursachung für den Eintritt des Risikofalls kann daher auch den Zweck haben, eine gerechte Lastenverteilung zu gewährleisten, indem ein gesundheitsrisikobezogenes Trittbrettfahren ausgeschlossen wird.

Dass in einem kollektiven System der Risikoabsicherung auch die jeweiligen verhaltensbezogenen Beiträge zum abzusichernden Risiko relevant sind und in diesem Sinne an die individuelle Eigenverantwortung angeknüpft wird, ist daher weder überraschend noch sachfremd; fast jede Risikoversicherung „belohnt“ auf die eine oder andere Weise ein risikovermeidendes oder -reduzierendes Verhalten. Gestaltungsbedingte Anreiz- und lastenverteilungsbezogene Gerechtigkeitserwägungen weisen dabei insoweit in die gleiche Richtung.

B. Ist Eigenverantwortung unsolidarisch?

Wenn Gesundheitsversorgungssysteme – wie in Deutschland die prägende Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – Einrichtungen der kollektiven Risikotragung darstellen und in derartigen Einrichtungen das individuelle risikorelevante Verhalten typischerweise Berücksichtigung findet, stellt sich die Frage, warum dies nicht auch in den Gesundheitsversorgungssystemen der Fall sein sollte. Eigenartigerweise hat die Eigenverantwortung hier aber eine schlechte Presse. Dabei lautet – zumindest in der deutschen

* Dieser Text ist bereits erschienen in: Frauke Brosius-Gersdorf/Wolfram Henn (Hrsg.), *Selberschuld? Zum Verursacherprinzip in der Medizin*, Berlin (Duncker & Humblot), 2025, S. 157–167.

Diskussion – der Vorwurf vielfach, das Abstellen auf die Eigenverantwortung sei unsolidarisch oder gefährde den solidarischen Charakter der GKV.

Tatsächlich knüpft die GKV bisher nur in Randbereichen Rechtsfolgen an das individuelle Gesundheitsverhalten. Die bekannteste Regelung dürfte § 52 SGB V zur „Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden“ sein, die eine Beteiligung des Versicherten an seinen Behandlungskosten vorsieht, wenn er sich die die Behandlung auslösende Krankheit vorsätzlich, bei einer Straftat oder aufgrund einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation (oder einer Tätowierung oder einem Piercing) zugezogen hat. § 62 Abs. 1 S. 3 SGB V differenziert die Höhe von Zuzahlungen danach, ob der Versicherte regelmäßig an den entsprechenden Früherkennungsuntersuchungen (§ 25 SGB V) teilgenommen hat. Auch die Gewährleistung zahnärztlicher Behandlung hängt z.T. davon ab, ob der Versicherte seine Zähne gepflegt und die Individualprophylaxe wahrgenommen hat (vgl. § 55 Abs. 1 SGB V zum Zahnersatz). § 65a SGB V sieht vor, dass die Krankenkassen ihren Versicherten für bestimmte gesundheitsbewusste Verhaltensweisen – Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, Schutzimpfungen und Angeboten der Prävention und der (betrieblichen) Gesundheitsförderung – einen Bonus gewähren müssen. Nicht eigentlich auf das Gesundheitsverhalten, sondern auf das Inanspruchnahmeverhalten zielen finanzielle Steuerungsinstrumente wie Zuzahlungen und – wieder abgeschafft – die Praxisgebühr ab. Weitergehende Anknüpfungen an das Gesundheitsverhalten sind immer wieder diskutiert worden, z.B. „Belohnungen“ eines gesundheitsbewussten Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, Aufschläge dagegen für „Risikosportarten“ und selbstschädigende Verhal-

tenweisen. Nicht immer muss es dabei um finanzielle Konsequenzen gehen; wenn die Versorgungsleistungen absolut knapp sind, könnte auch unmittelbar deren Verteilung vom relevanten Vorverhalten abhängig gemacht werden – wie z.B. die Zuteilung eines Transplantationsorgans vom entsprechenden Risikoverhalten¹ und von der eigenen Spendenbereitschaft oder die Versorgung mit Intensivmedizin vom Impfstatus.² All diese Vorschläge sind aber bisher nicht umgesetzt worden.

Dass die Eigenverantwortung in der GKV keine zentrale Rolle spielt, kann auch nicht unter Hinweis auf die einleitenden §§ 1 und 2 SGB V bestritten werden. Zwar wird dort die Eigenverantwortung programmatisch genannt, aber ohne jeden spezifischen Bezug auf die Berücksichtigung des – wie § 52 SGB V es anschaulich benennt – Selbstverschuldens. Der Begriff der Eigenverantwortung ist hier ein reiner Subtraktionsbegriff ohne jede Steuerungswirkung: §§ 1 und 2 SGB V schieben alles der Eigenverantwortung zu, was die GKV nicht leisten kann oder will. Das ist denkbar trivial und klärt in keiner Weise die Frage, ob das Abstellen auf die Eigenverantwortung seinerseits ein legitimes

Kriterium für die Beschränkung der Leistungspflicht ist.³

Genau dies wird in der gesundheitspolitischen Diskussion mit Hinweis auf das Solidaritätsprinzip aber häufig bestritten: Eine (stärkere) Betonung der Eigenverantwortung gefährde den solidarischen Charakter der GKV.⁴ In einem, allerdings ganz trivialen Sinne ist dies richtig: Wenn das Argument an den unspezifischen Begriff der Eigenverantwortung in §§ 1 und 2 SGB V anschließt, ist es natürlich so, dass Begrenzungen der GKV-Gewährleistung Leistungen der Eigenverantwortung zuweisen und sie daher der solidarischen Finanzierung entziehen. Stellt man dagegen spezifischer auf die Berücksichtigung des gesundheitsbezogenen Verhaltens, also des „Selbstverschuldens“ ab, ist es nicht so klar, ob dies mit dem Solidaritätsprinzip kollidiert, wie im Folgenden gezeigt werden soll. Dafür muss man sich zunächst klarmachen, worin das spezifisch Solidarische der GKV besteht.⁵ Hier hilft ein Vergleich mit der Privaten Krankenversicherung (PKV) weiter. Beiden Systemen ist gemeinsam, dass sie beanspruchen, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung auf dem Niveau des medizinisch Notwendigen

1 Zur Diskussion des umstrittenen Abstinenzkriteriums bei der Leberallokation vgl. *Johanna Flick*, Die Richtlinientätigkeit der Bundesärztekammer in der Transplantationsmedizin. S. 208 ff.; *Andreas Umgelter*, Gebrochene Versprechen, S. 179 ff.

2 Zu dem in der Coronapandemie diskutierten Impfstatus als Verteilungskriterium vgl. *Ulrich M. Gassner*, Finanzierungs-Eigenverantwortung ungeimpfter GKV-Versicherter, S. 2 ff.; *Frauke Brosius-Gersdorf/Nicole Friedlein*, Mehr Eigenverantwortung in der GKV; *Martin Hoffmann*, Warum eigentlich nicht triagieren, S. 15; *Tatjana Hörnle*, Warum der Impfstatus bei der Corona-Triage doch eine Rolle spielen darf; dies., Priorisierung von Geimpften? S. 481 ff.; *Stefan Huster*, Selbstverschulden statt Erfolgsaussicht?, S. 703 ff.; NEK (Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin), Covid-19-Pandemie: Die gleichberechtigte Behandlung ungeimpfter Personen ist Pflicht.

3 Vgl. zum Folgenden bereits *Stefan Huster*, Solidarität und Eigenverantwortung, S. 195 ff.; Ähnliche Diagnose zur Verwendung des Begriffs in der sozialstaatlichen Diskussion bei *Franz-Xaver Kaufmann*, ‚Verantwortung‘ im Sozialstaatsdiskurs, S. 39 ff.

4 Aus der juristischen und medizinethischen Diskussion zu Eigenverantwortung im Versorgungssystem vgl. neben der im Folgenden zitierten Literatur noch *Kathrin Alber/Hartmut Kliemt/Eckhard Nagel*, Selbstverantwortung als Kriterium kaum operationalisierbar S. 1361 ff.; *Alena M. Buyx*, Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen, S.269 ff.; *Stefan Huster*, Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht, S. 289 ff.; *Lars Schwettmann*, Wird alles, was Spaß macht, besteuert? S. 175 ff.; *Daniel Wikler*, Personal and Social Responsibility for Health, S. 109 ff.; *Sven Wolf*, Das moralische Risiko der GKV im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung.

5 Vgl. dazu bereits *Stefan Huster*, Solidarität und Gesundheit, S. 45, 47 ff.

zu leisten.⁶ Trotz gewisser Differenzen im Detail liegt der maßgebliche Unterschied zwischen GKV und PKV nicht auf der Leistungsseite; allemal gilt das in puncto Solidarität: Es wäre nicht sonderlich plausibel, zu behaupten, die PKV sei in irgendeinem Sinne solidarischer als die GKV, weil ihr Leistungskatalog umfangreicher ist. Gleichzeitig zeichnet sich der Leistungskatalog der GKV nicht durch besondere solidarische Elemente – etwa einen bevorzugten Leistungszugang für vulnerable Gruppen o.ä. – aus; er ist ganz auf den individuellen Bedarf ausgerichtet. Solidarisch ist in der GKV ausschließlich die Finanzierung: Anders als die Prämien in der PKV sind die Krankenversicherungsbeiträge

- nicht risikoäquivalent, sondern risikoindifferent,
- und – bis zur Beitragsbemessungsgrenze – einkommensbezogen.

Diese Umverteilung von den Gesunden bzw. guten Risiken zu den Kranken bzw. schlechten Risiken und von den Besserverdienenden zu den unteren Einkommensgruppen ist das spezifische Solidaritätsmodell der GKV. Daneben gibt es noch andere Umverteilungseffekte – von Alleinstehenden zu Verheirateten und Familien durch die Familienversicherung (§ 10 SGB V) und von den Jungen zu den Alten – aber diese können hier außen vor bleiben: Ob der Familienausgleich tatsächlich eine Aufgabe der GKV ist, ist bekanntlich umstritten; und die Umverteilung von Jung zu Alt ist letztlich nur eine Folge der Risikoindifferenz der Beiträge.

Es ist nicht klar, ob und wie dieses – in Deutschland etablierte, aber keineswegs alternativlose – Solidaritätsverständnis

durch eine (stärkere) Berücksichtigung des Gesundheitsverhaltens in Mitleidenschaft gezogen würde. Für die Risikoindifferenz der Beiträge wäre dies nur der Fall, wenn sich diese Indifferenz nicht nur auf die nicht beeinflussbaren (insbesondere genetischen) Erkrankungsursachen und -risiken, sondern auch auf frei gewählte verhaltensbedingte Risiken beziehen müsste. Dies kann man vielleicht so sehen, es ist aber alles andere als selbstverständlich und verlangte jedenfalls eine ausdrückliche Begründung, während es viel einleuchtender ist, dass man im Versorgungssystem nicht durch die „natürliche Lotterie“ benachteiligt werden sollte. Auf den sozialen Ausgleich hat die Berücksichtigung von Eigenverantwortung/Selbstverschulden unmittelbar gar keinen Einfluss. Man müsste hier schon mit mittelbaren Zusammenhängen in dem Sinne argumentieren, dass ein höheres Einkommen auch das Gesundheitsverhalten beeinflusst. Darin steckt ein wahrer Kern, aber auch hier müsste das Argument erst einmal entfaltet werden.⁷

Zumindest auf den ersten Blick ist der Entsolidarisierungseinwand daher nicht sonderlich überzeugend; er scheint Solidarität mit einer überzogenen Vollkasko-Mentalität gleichsetzen zu müssen. Dass Eigenverantwortung und Selbstverschulden in einem System der medizinischen Versorgung einen prekären Status haben und daher bisher auch in der GKV noch nicht recht entfaltet worden sind, könnte aber auch andere Gründe haben. Tatsächlich ist dies der Fall, wie im Folgenden gezeigt wird.

C. Warum Eigenverantwortung nicht wirklich weiterhilft

I. Vorbehalte gegen ein Austauschverhältnis

Ein erster und recht fundamentaler Einwand, der noch Berührungspunkte zum Argument der Entsolidarisierung aufweist, macht die verbreitete Intuition geltend, dass es nicht zu begrüßen sei, wenn mit der Berücksichtigung des Gesundheitsverhaltens das Versorgungssystem von einer Einrichtung der bedingungslosen Hilfe umgestaltet würde zu einem Austauschsystem des Gebens und Nehmens. Diese Intuition kann an das Unbehagen anschließen, dass immer mehr Lebensbereiche eine ökonomische Logik aufgezwungen werde und sie dadurch ihren ursprünglichen Charakter verlören.⁸ Im Gesundheitswesen ist ein Argument dieser Art insbesondere gegen die Berücksichtigung des Verhaltens – mit Blick auf die Spendenbereitschaft – im Transplantationswesen vorgebracht worden: Wenn die Organzuteilung von einem nützlichen Vorverhalten abhängig gemacht werde, sei es eben keine „Spende“ im eigentlichen Sinne des Wortes mehr.⁹

Ob dieses Argument im Transplantationswesen verfängt, darf hier offenbleiben. Es ist aber sicherlich nicht auf das gesamte medizinische Versorgungssystem übertragbar, denn dieses ist – wie schon Beitrags- und Mitwirkungspflichten der Versicherten in der GKV zeigen – alles andere als ein rein karitatives Projekt, sondern vielmehr – wie jede Versicherung – zuvörderst ein Unternehmen zum gegenseitigen Vorteil. Aus dem Charak-

6 Zum Begriff des medizinisch Notwendigen und seinen Problemen vgl. *Bettina Schöne-Seifert/Daniel R. Friedrich/Stefan Huster/Anke Harney/Heiner Raspe*, „Medizinische Notwendigkeit“: Herausforderungen eines unscharfen Begriffs, S. 325 ff.

7 Näher dazu bei C.V.

8 Vgl. dazu nur *Michael J. Sandel*, Was man für Geld nicht kaufen kann.

9 Vgl. dazu etwa *Weyma Lübke*, Äußerungspflicht zur Organspende und Widerspruchslösung. Ähnlich zuletzt *Jochen Sautermeister*, Ein Geschenk kann nur freiwillig sein, S. 18.

ter eines derartigen Absicherungssystems werden sich daher schwerlich grundsätzliche Einwände gegen die Berücksichtigung eines „systemstabilisierenden“ oder tendenziell „systemgefährdenden“ Verhaltens gewinnen lassen.

II. Kausalität?

Ein weiterer Einwand macht geltend, dass es im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich sein kann, eine Erkrankung auf ein bestimmtes Verhalten kausal zurückzuführen.¹⁰ Auch wenn es klare Fälle gibt – wenn man beim Gleitschirmfliegen abstürzt und sich ein Bein bricht, hat sich unstreitig das Risiko einer bestimmten gefährlichen Verhaltensweise realisiert –, ist es richtig, dass man in der Regel nur eine Risikoerhöhung oder -reduzierung konstatieren kann. Das hindert das Recht aber nicht von vornherein an Verantwortungszuschreibungen; selbst im Strafrecht kennen wir abstrakte Gefährdungsdelikte, für deren Verwirklichung ein konkreter Schaden eben nicht eingetreten sein muss. Es ist daher nicht klar, warum nicht auch im Krankenversicherungsrecht bereits ein risikoerhöhendes Verhalten berücksichtigt werden können sollte. Die Differenzierung der Zuzahlungsbelastungsgrenze in § 62 Abs. 1 SGB V beruht ersichtlich auf diesem Gedanken, denn auch hier wird man im Einzelfall nicht immer eindeutig sagen können, dass der Krankheitsverlauf günstiger gewesen wäre, wenn der Versicherte an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen hätte. Jedenfalls ist es fairer, auf das risikobeeinflussende Verhalten als auf den Erfolgseintritt abzustellen: Denn auf das Verhalten kann der Einzelne noch Einfluss nehmen, während der Erfolgseintritt letztlich zufällig ist, so dass man hier ein „moral luck“-Problem bekommt.

¹⁰ Vgl. dazu bereits *Stefan Huster*, Die Berücksichtigung des Selbstverschuldens in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 193.

III. Überwachung

Schon heikler ist es, dass die Feststellung eines risikoerhöhenden Verhaltens mit intrikaten Ermittlungen in die Privatsphäre des Betroffenen verbunden sein kann.¹¹ Wir werden den Ärzten oder den Krankenkassen kaum die Aufgabe zuschreiben wollen und dürfen, etwa das Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Versicherten auszuspionieren. Bereits die Verpflichtung der Ärzte und Krankenhäuser nach § 294a Abs. 2 SGB V, die Krankenkassen zu informieren, wenn ein Folgeproblem eines medizinisch nicht indizierten Eingriffs vorliegt, ist auf großen Unwillen gestoßen, weil sie mit Blick auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ersichtlich problematisch ist; in der Praxis wird die Regelung wohl weithin ignoriert. Daher wird sich die Berücksichtigung des Selbstverschuldens auf Instrumente beschränken müssen, die derartige Ausforschungen nicht erfordern. Durch die Digitalisierung ist es allerdings verführerisch einfach geworden, die Versicherten durch finanzielle Anreize zur „freiwilligen“ Lieferung entsprechender Daten zu motivieren.

IV. Einsparungen?

In einer liberalen freiheitlichen Ordnung, wie sie auch das Grundgesetz konstituiert, geht es den Staat an sich nichts an, welche Gesundheitsrisiken die Bürger in Kauf nehmen; dies ist im Kern ein Bestandteil ihrer Lebensgestaltung, die keiner staatlichen Bewertung unterliegt. Andernfalls geriete der Staat in die Rolle eines paternalistischen Gesundheitsdiktators, der die vernünftige Lebensführung vorgibt; dies wäre mit seiner Pflicht zur Neu-

¹¹ Vgl. auch dazu bereits *Stefan Huster*, Die Berücksichtigung des Selbstverschuldens in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 193.

tralität gegenüber der Lebensführung der Bürger nicht zu vereinbaren.¹²

Anders kann man das dagegen sehen, wenn die Lebensführung Kosten für Dritte – etwa im Versorgungssystem – produziert; dann ist es nicht fernliegend, diese externen Kosten zu internalisieren.¹³ Allerdings muss es dann plausibel sein, dass durch eine gesundheitsbewusstere Lebensführung tatsächlich Kosten eingespart werden. Das ist aber selbst bei eindeutig gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen nicht immer klar. Bekanntlich könnte es sein, dass etwa das Rauchen für die sozialen Systeme letztlich kostenneutral oder sogar kostensparend ist.¹⁴ Das ist keine makabre oder frivole Überlegung, sondern die einzige Möglichkeit, einen versteckten Gesundheitspaternalismus aufzudecken. Auch ist es nicht unwahrscheinlich, dass eine gesundheitsbewusste Lebensführung den Eintritt von Krankheiten verzögern, aber nicht verhindern kann, so dass die Behandlungskosten letztlich doch – wenn auch später – anfallen. Soweit man in die zu berücksichtigenden Kosten auch den Arbeitsausfall und sonstige gesellschaftliche Folgekosten einbezieht, wird man berücksichtigen müssen, dass dieses Vorgehen einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung eher fremd ist: Denn auch unabhängig vom Gesundheitsverhalten haben die Bürger hier keine Pflicht, sich zu möglichst produktiven Mitgliedern des Gemeinwesens zu entwickeln. Wer etwa seine Talente verkümmern lässt, anstatt sie auszubilden und für das Gemeinwesen einzusetzen, wird zwar typischerweise ein geringeres Markteinkommen erzielen, er wird aber nicht zusätzlich mit einer Strafabgabe belegt.

¹² Zu diesem Neutralitätsgebot vgl. umfassend *Stefan Huster*, Die ethische Neutralität des Staates. Eine liberale Interpretation der Verfassung.

¹³ Vgl. oben bei A.

¹⁴ Vgl. *Florian Steidl/Berthold Wigger*, Die externen Kosten des Rauchens in Deutschland, S. 563 ff.

V. Autonomie?

Wer sich freiwillig dafür entschieden hat, ein bestimmtes Risiko einzugehen, wird sich grundsätzlich nicht darüber beschweren können, dass er die Folgekosten trägt oder zumindest an ihnen beteiligt wird, wenn sich dieses Risiko realisiert. Anders als im Fall des „brute luck“, wenn ein unverschuldetes Risiko eintritt, kann es die Eigenverantwortung des Betroffenen in dieser Konstellation des „option luck“ rechtfertigen, dass die Solidargemeinschaft ihm die Bewältigung der Folgeprobleme überlässt.¹⁵ Dies gilt im Grundsatz auch für die Gesundheitsversorgung und bringt ein allgemeines Prinzip freiheitlicher Ordnungen zum Ausdruck, das auch in die Verfassungsrechtsprechung Eingang gefunden hat: Freiheit ist ohne Verantwortung nicht denkbar; dass „jedermann grundsätzlich die Risiken seines eigenen Schicksals zu tragen hat“, ist „die Kehrseite der Freiheit zur Entfaltung der Person des Art. 2 Abs. 1 GG“.¹⁶

Allerdings wird man – jedenfalls für das Argument der fairen Lastenverteilung¹⁷ – voraussetzen müssen, dass das gesundheitsrelevante Verhalten, an das Vor- oder Nachteile anknüpfen sollen, in einem näher zu bestimmenden Sinne freiwillig oder autonom ist.¹⁸ Punktuellen Wahlentscheidungen – etwa zur Vornahme eines Piercings oder zur Ausübung einer besonders unfallträchtigen Sportart – wird man ohne Weiteres einen hinreichend autonomen Charakter zusprechen können. Viele gesundheitsrelevante Verhaltensweisen stellen aber eher Lebensstile und Gewohnheiten dar.¹⁹ Sie werden durch

soziale und mediale Einflüsse verstärkt, weisen nicht selten Suchtcharakter auf, sind häufig bereits in der Kindheit angelegt und schichtenspezifisch ausgeprägt. Dies sollte uns zur Zurückhaltung mahnen, die Verantwortung für diese Verhaltensweisen allein dem Individuum zuzuschreiben. Es gibt hier offensichtlich „Ursachen der Ursachen“, die mit der Lebenswelt und auch mit dem Sozialstatus zusammenhängen: Wer in wirtschaftlich beengten Verhältnissen lebt, nur über begrenzte Bildungskompetenzen verfügt und wenig gesellschaftliche Anerkennung erfährt, hat es erheblich schwerer, gesund zu leben.

Wie dann die Verantwortung zwischen Individuum und Solidargemeinschaft verteilt wird, muss immer wieder neu ausgehandelt werden. In der Gerechtigkeitstheorie ist dazu der originelle Vorschlag gemacht worden, relevante äußere Umstände und individuelle Verantwortlichkeit in der folgenden Weise auseinanderzurechnen:²⁰ Wenn 60-jährige Stahlarbeiter mit geringer Schulbildung, Migrationshintergrund und tabakkonsumierenden Eltern durchschnittlich über 30 Jahre eine Schachtel Zigaretten pro Tag geraucht haben, so ist es dem einzelnen Angehörigen dieser Gruppe nicht vorzuhalten, wenn er sich auch auf diese Weise verhalten hat. Anders wäre dies bei dem 60-jährigen gutverdienenden Rechtsanwalt, dessen Elternhaus bereits auf seine Gesundheit geachtet hat – oder bei dem Stahlarbeiter, der täglich drei Packungen geraucht hat. Nun hat dieser Ansatz viele Unschärfen und ist gewiss nicht unmittelbar anwendbar, aber er zeigt doch in die richtige Richtung: Wir schreiben uns unvermeidlicherweise gegenseitig Verantwortung zu, können das aber fairerweise nicht ohne Berücksichtigung der

Lebensverhältnisse tun – und diese sind eben unterschiedlich.

Es ist nicht grundsätzlich sachfremd, die Bürger an den Kosten der Krankheiten zu beteiligen, deren Eintritt sie (mit-)verschuldet haben, aber es besteht die Gefahr, dass damit ausgerechnet diejenigen besonders belastet werden, die es eh nicht leicht haben und denen daher auch ein gesundheitsbewusstes Leben schwerer fällt. In diesem Sinne hat der Einwand, eine stärkere Betonung der Eigenverantwortung führe zu einer Entsolidarisierung,²¹ doch einen richtigen Kern. Zumindest wird man verlangen müssen, dass das Gemeinwesen zuvor erhebliche Anstrengungen unternommen hat, die Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit im Sinne eines Empowerment überhaupt zu ermöglichen. Insoweit hängen in Bezug auf die Eigenverantwortung das System der medizinischen Versorgung und eine auf soziale Determinanten fokussierende Public Health-Politik letztlich zusammen.²²

VI. Konsistenz

Schließlich ist es eine zentrale und große Herausforderung, die Verhaltensweisen, an die angeknüpft werden soll, willkürfrei auszuwählen; verfassungsrechtlich stellt sich dies als ein Gleichheitsproblem dar. Wie kompliziert das sein kann, zeigen die weithin verunglückten gesetzgeberischen Vorstöße: Nach § 52 Abs. 2 SGB V a.F. waren Versicherte zunächst an den Behandlungskosten zu beteiligen, wenn sie sich „eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie zum Beispiel eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen“ haben. Streng genom-

²¹ Vgl. oben C.I.

²² Dies läuft weithin parallel zu der Unterscheidung von retro- und prospektiver Perspektive auf Eigenverantwortung; vgl. dazu *Georg Marckmann/Baptist Gallwitz*, Gesundheitliche Eigenverantwortung beim Typ-2-Diabetes, S. 103 ff.

¹⁵ Zur Begrifflichkeit vgl. *Ronald Dworkin*, What is equality? Part 2, S. 283 ff.

¹⁶ *BVerfGE* 60, 16, 39.

¹⁷ Vgl. oben bei A.

¹⁸ Vgl. dazu auch bereits *Stefan Huster*, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit, S. 17 ff.

¹⁹ Vgl. dazu bereits *Stefan Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, S. 62 ff. m.w.N.

²⁰ Vgl. *John E. Roemer*, A Pragmatic Theory of Responsibility for the Egalitarian Planner, S. 146 ff.; ders., Equality and Responsibility, S. 3 ff.

men waren damit auch gesundheitliche Folgeprobleme z.B. des Durchstechens der Ohr läppchen, um Ohrschmuck tragen zu können, kostenbeteiligungspflichtig. Das war dem Gesetzgeber aber wohl zu viel des Guten, und so wurde durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ab dem 1.7.2008 „klargestellt“ (so die Gesetzesbegründung), dass die Beteiligungspflicht auf die ausdrücklich genannten drei Maßnahmen beschränkt ist, indem die Formulierung „Maßnahme wie zum Beispiel eine“ in § 52 Abs. 2 SGB V gestrichen wurde. Was soll nun aber – außer sicherlich nicht relevanten bildungsbürgerlichen Geschmacksurteilen – das völlig willkürliche Herausgreifen von ästhetischen Operationen, Tattoos und Piercings gegenüber anderen nicht indizierten körperlichen Eingriffen vor dem Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG rechtfertigen? Die Norm wird daher auch vielfach für gleichheits- und daher verfassungswidrig gehalten.²³

Bei anderen Verhaltensweisen besteht das Problem darin, dass nicht klar ersichtlich ist, ob es sich z. B. noch um eine gesundheitsdienliche körperliche Ertüchtigung oder schon um eine Risikosportart handelt; das mag etwa für das Fußballspielen in einem höheren Alter gelten.²⁴ Insgesamt wird es hier eine erhebliche Grauzone geben, in der man mindestens darüber streiten kann, ob ein Verhalten gesundheitsförderlich, -abträglich oder -indifferent ist und das Versorgungssystem letztlich be- oder entlastet.

23 Vgl. zur Diskussion *Wolfram Höftling*, Recht auf Selbstbestimmung versus Pflicht zur Gesundheit, S. 286 ff.; *Alice Stiß*, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung der Risiken wunscherfüllender Medizin, S. 247 ff.; *Albrecht Wienke*, Eigenverantwortung der Patienten/Kunden, S. 169 ff.; A.A. aber das BSG, NZS 2020, 58, 59 ff., aufgrund der fragwürdigen Annahme, alle medizinisch nicht indizierten Eingriffe ließen sich unter die Norm subsumieren.

24 Vgl. dazu *Klaus Schönenbroicher*, Rezension, S. 1429 ff.

VII. Verhältnismäßigkeit

Wenn es gelungen ist, ein gesundheitsrelevantes Verhalten zu finden, an das Rechtsfolgen in einer Weise geknüpft werden können, die den bisher genannten Einwänden begegnet, muss abschließend gefragt werden, ob diese Rechtsfolgen dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprechen. Soweit es um die knappen medizinischen Ressourcen – z. B. Transplantationsorgane oder Behandlungsplätze in einer Triagesituation – selbst geht, wäre das nicht mehr der Fall, wenn ein „systemgefährdendes“ Verhalten – die organschädigende Lebensweise, die fehlende Organspendenbereitschaft oder die Verweigerung einer Impfung, die einen Behandlungsbedarf mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindert hätte – nicht nur dazu führt, dass die betreffende Person bei der Zuteilung des knappen Guts posteriorisiert, sondern von vornherein völlig von der Zuteilung ausgeschlossen wird. Dies wäre unverhältnismäßig, weil ein Versorgungsausschluss nicht aus Gründen der Gerechtigkeit gerechtfertigt werden könnte, solange das begehrte Gut noch ausreichend vorhanden ist; und auch als rein präventiver Anreiz wird sich der Versorgungsausschluss nicht als angemessen darstellen lassen.

Schwerer fällt die Antwort auf die Frage, ob und inwieweit eine Beteiligung an den Kosten der Behandlung einer „selbstverschuldeten“ Krankheit angemessen ist. Ganz abgesehen von der Problematik, dass häufig weder die Autonomie des Verhaltens noch dessen Kausalität für die Erkrankung völlig unstreitig sein werden,²⁵ wird man erwarten dürfen, dass die grundsätzliche Solidarität des Versorgungssystems nicht in Frage gestellt wird. In der GKV wäre dies der Fall, wenn die Kostenbeteiligung so hoch ist, dass einem nicht unerheblichen Teil der Versicherten

25 Vgl. oben C.II. und C.V.

die Inanspruchnahme der Versorgungsleistung gar nicht mehr oder nur noch unter großen Schwierigkeiten möglich wäre.

D. Fazit

Anders als der Solidaritätseinwand unterstellt, ist eine Anknüpfung an die Eigenverantwortung oder das Selbstverschulden auch in einem solidarischen System der medizinischen Versorgung nicht grundsätzlich sachfremd. Allerdings wird man zugeben müssen, dass im Detail so viele Probleme und Unschärfen lauern, dass nicht zu erwarten ist, dass dieses Kriterium eine zentrale Steuerungsfunktion einnehmen wird. Und von diesen Umsetzungsschwierigkeiten abgesehen: Politisch können wir uns allemal dafür entscheiden, dass wir gesundheitliche Verhaltensrisiken jedenfalls im Versorgungssystem lieber nicht individualisieren wollen.

E. Literaturverzeichnis

- Alber, Kathrin/Kliemt, Hartmut/Nagel, Eckhard*: Selbstverantwortung als Kriterium kaum operationalisierbar, Dtsch Arztebl 2009, S. 1361 ff.
- Brosius-Gersdorf, Frauke/Friedlein, Nicole*: Mehr Eigenverantwortung in der GKV: Beteiligung Nichtgeimpfter an den Kosten ihrer Covid-19-Behandlung, Gesundheitsrecht.blog Nr. 9, 2023.
- Buyx, Alena M.*: Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen, Ethik in der Medizin 2005, S. 269 ff.
- Dworkin, Ronald*: What is equality? Part 2: equality of resources, Philos Publ Aff (1981), S. 283 ff.
- Flick, Johanna*: Die Richtlinientätigkeit der Bundesärztekammer in der Transplantationsmedizin. Eine Untersuchung am Beispiel der Richtlinie zur Lebertransplantation (Abhandlungen zum Medizin- und Gesundheitsrecht Band 1), Berlin 2022.
- Gassner, Ulrich M.*: Finanzierungs-Eigenverantwortung ungeimpfter GKV-Versicherter, ZRP 2022, S. 2 ff.
- Hoffmann, Martin*: Warum eigentlich nicht triagieren, FAZ v. 28.9.2021, S. 15.
- Hörnle, Tatjana*: Warum der Impfstatus bei der Corona-Triage doch eine Rolle spielen darf, VerfBlog, 13.12.2021 <https://verfassungsblog.de/warum-der-impfstatus-bei-der-corona-triage-doch-eine-rolle-spielen-darf/>.
- Hörnle, Tatjana*: Priorisierung von Geimpften?, Ethik in der Medizin 2022, S. 481 ff.

ÜBERSICHT

Höfling, Wolfram: Recht auf Selbstbestimmung versus Pflicht zur Gesundheit, ZEFQW 2009, S. 286 ff.

Huster, Stefan: Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht, *Ethik in der Medizin* 2010, S. 289 ff.

Huster, Stefan: Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, Berlin 2011.

Huster, Stefan: Solidarität und Eigenverantwortung – Spannung oder Gleichklang?, ZEFQ 2012, S. 195 ff.

Huster, Stefan: Die Berücksichtigung des Selbstverschuldens in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schmitz-Luhn Björn/Bohmeier, André (Hrsg.), Priorisierung in der Medizin. Kriterien im Dialog, Berlin 2013, S. 193 ff.

Huster, Stefan: Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit. Normative Aspekte von Public Health, Würzburger Vorträge zur Rechtsphilosophie, Rechtslehre und Rechtssoziologie, Baden-Baden 2015.

Huster, Stefan: Die ethische Neutralität des Staates. Eine liberale Interpretation der Verfassung, 2. Aufl., Tübingen 2017.

Huster, Stefan: Solidarität und Gesundheit, in: Hofmann, Claudia M./Spiecker, genannt Döhmann, Indra (Hrsg.), Solidarität im Gesundheitswesen. Strukturprinzip, Handlungsmaxime, Motor für Zusammenhalt?, Berlin 2022, S. 45 ff.

Huster, Stefan: Selbstverschulden statt Erfolgsaussicht? Der Impfstatus als Triagekriterium, in: Hilgendorf, Eric u.a. (Hrsg.), Liberalität und Verantwortung. Festschrift für Jan C. Joerden zum 70. Geburtstag, Berlin 2023, S. 703 ff.

Kaufmann, Franz-Xaver: ‚Verantwortung‘ im Sozialstaatsdiskurs, in: Heidbrink, Ludger/Hirsch, Alfred (Hrsg.), Verantwortung in der Zivilgesellschaft, Frankfurt am Main 2006, S. 39 ff.

Lübbe, Weyma: Äußerungspflicht zur Organspende und Widerspruchslösung. Ein Kommentar zum Regelungsvorschlag des Nationalen Ethikrats, Vortrag beim Forum für Bioethik des Deutschen Ethikrates, Berlin 2012, https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/fb_2010-10-27_referat_luebbe.pdf.

Marckmann, Georg/Gallwitz, Baptist: Gesundheitliche Eigenverantwortung beim Typ-2-Diabetes, Zeitschrift für medizinische Ethik 2007, S. 103 ff.

NEK (Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin), Covid-19-Pandemie: Die gleichberechtigte Behandlung ungeimpfter Personen ist Pflicht, Stellungnahme Nr. 39/2021.

Roemer, John. E.: A Pragmatic Theory of Responsibility for the Egalitarian Planner, *Philosophy & Public Affairs* 1993, S. 146 ff.

Roemer, John. E.: Equality and Responsibility, *Boston Review* 1995, S. 3 ff.

Sandel, Michael J.: Was man für Geld nicht kaufen kann, Berlin 2012.

Sautermeister, Jochen: Ein Geschenk kann nur freiwillig sein, *Frankfurter Rundschau* v. 20.06.2024, S. 18.

Schöne-Seifert, Bettina/Friedrich, Daniel R./Huster, Stefan/Harney, Anke/Raspe, Heiner: „Medizinische Notwendigkeit“: Herausforderungen eines unscharfen Begriffs, *Ethik in der Medizin* 2018, S. 325 ff.

Schönenbroicher, Klaus: Rezension, *DVB1* 2012, S. 1429.

Schwettmann, Lars: Wird alles, was Spaß macht, besteuert? Möglichkeiten und Grenzen der Berücksichtigung von Eigenverantwortung bei der medizinischen Versorgung am Beispiel von Übergewicht und Fettleibigkeit, in: Schmitz-Luhn Björn/Bohmeier, André (Hrsg.), Priorisierung in der Medizin. Kriterien im Dialog, Berlin 2013, S. 175 ff.

Siß, Alice: Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung der Risiken wunscherfüllender Medizin (Schriften zum Gesundheitsrecht Band 31), Berlin 2014.

Steidl, Florian/Wigger, Berthold: Die externen Kosten des Rauchens in Deutschland, *Wirtschaftsdienst* 2015, S. 563 ff.

Umgelter, Andreas: Gebrochene Versprechen, in: Haarhoff, Heike (Hrsg.), Organversagen, Frankfurt am Main 2014, S. 179 ff.

Wienke, Albrecht: Eigenverantwortung der Patienten/Kunden: Wohin führt der Rechtsgedanke des § 52 Abs. 2 SGB V?, in: ders. u.a. (Hrsg.), Die Verbesserung des Menschen, Berlin 2009, S. 169 ff.

Wikler, Daniel: Personal and Social Responsibility for Health, in: Anand, Sudhir /Peter, Fabienne/Sen, Amartya (Hrsg.), *Public Health, Ethics, and Equity*, New York 2005, S. 109 ff.

Wolf, Sven: Das moralische Risiko der GKV im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, Frankfurt am Main 2009.

Autor:

Prof. Dr. jur. Stefan Huster
Ruhr-Universität Bochum,
Juristische Fakultät
Lehrstuhl für Öffentliches
Recht, Sozial- und Gesundheits-
recht und Rechtsphilosophie
Gebäude GD 2/222
Universitätsstr. 150
44801 Bochum

Aus der Rechtsprechung

Beim Kaffeetrinken verschluckt – Arbeitsunfall

Wenn ein Arbeitnehmer sich beim Kaffeetrinken verschluckt und infolgedessen stürzt, kann das im Einzelfall einen Arbeitsunfall darstellen. Das hat das Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt in Halle entschieden.

Der Kläger war als Vorarbeiter auf einer Baustelle beschäftigt. Beim Kaffeetrinken während einer morgendlichen Besprechung im Baucontainer verschluckte er sich, ging hustend zur Tür, um sich draußen auszuhusten, verlor kurz das Bewusstsein und stürzte mit dem Gesicht auf ein Metallgitter. Dabei brach er sich das Nasenbein.

Das sei kein Arbeitsunfall, befand die zuständige Berufsgenossenschaft, denn das Kaffeetrinken habe keinen betrieblichen Zwecken gedient. Es sei vielmehr dem privaten Lebensbereich des Klägers zuzuordnen. So sah es auch das Sozialgericht, das in erster Instanz über den Fall zu entscheiden hatte.

Zu Unrecht, befand nun das LSG. Zwar erstrecke sich der Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung grundsätzlich nicht auf die Aufnahme von Nahrung oder Getränken, wenn und soweit damit ein menschliches Grundbedürfnis befriedigt wird. Im vorliegenden Fall sei das Kaffeetrinken aber nicht auf das Grundbedürfnis des Durstlöschens gerichtet gewesen, sondern habe (auch) betrieblichen Zwecken gedient. Der gemeinsame Kaffeegenuss

während der verpflichtend vorgeschriebenen Besprechung habe eine positive Arbeitsatmosphäre und eine Stärkung der kollegialen Gemeinschaft bewirkt. Zudem habe der Kaffee für erhöhte Wachsamkeit und Aufnahmebereitschaft gesorgt. Das sei auch dem Arbeitgeber bewusst gewesen, der sich teilweise selbst um das Auffüllen der Kaffeevorräte gekümmert habe. Deshalb sei der Fall auch anders zu beurteilen, als wenn sich ein Arbeitnehmer z.B. in der Frühstückspause an einem Kaffee verschluckt, den er selbst in der Thermoskanne mitgebracht hat.

Das LSG hat die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen.

Urteil vom 22.05.2025, AZ.: L 6 U 45/23, nicht rechtskräftig

Kerstin Kemmritz

Gibt es ein Rezept gegen das Apothekensterben?

Eine analytische Betrachtung unter Bezugnahme auf das GRPG-Webinar vom 22.09.2025 mit Dr. Kerstin Kemmritz, Dominik Klahn und Björn Kersting unter Moderation von Prof. Jürgen Zerth

Überblick

Seit Jahren schließen Jahr für Jahr mehr Apotheken in Deutschland, als neu eröffnet werden. Die Betrachtung beleuchtet das fortschreitende Apothekensterben, analysiert Ursachen und Folgen und diskutiert Lösungsansätze. Sie kombiniert dabei soweit möglich statistische Daten, Expertenmeinungen und politische Empfehlungen.

Aktuelle Lage und Zahlen

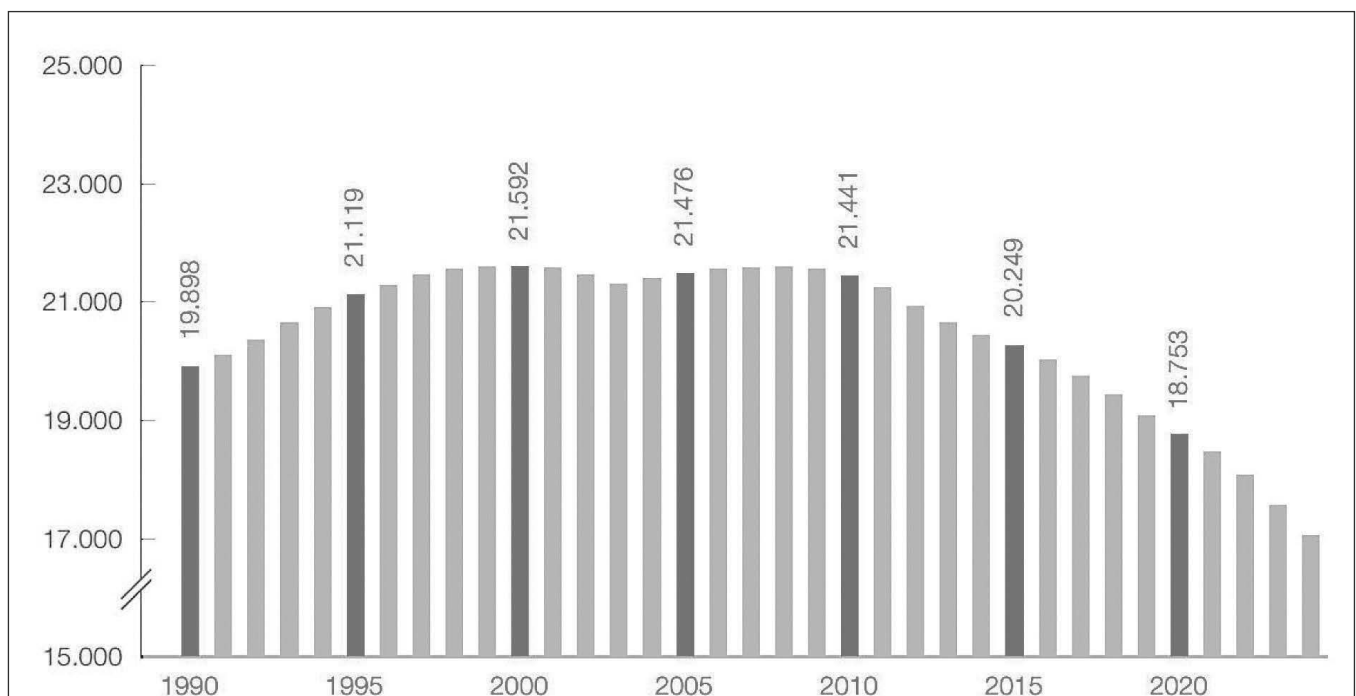
Die Frage, ob es überhaupt ein Apothekensterben gibt, stellt sich inzwischen

nicht mehr, denn die Zahl der Apotheken sinkt stetig (vgl. Abb. 1): Gab es im Jahr 2000 noch über 21.500 Apotheken, waren es Ende 2024 nur noch 17.041 (1). Inzwischen ist die Zahl auf 16.601 Apotheken zum Jahreswechsel 2025/2026 gesunken (2). Die Zahl der selbstständigen Inhaber:innen von Apotheken liegt mit etwa 12.530 zum Ende 2024 noch deutlich niedriger (1). Dabei steht die große Schließungswelle alleine aufgrund des Renteneintrittsalters der Boomer-Generation auch diesem Berufsstand erst noch bevor.

Demographische Gründe alleine können daher nicht die (alleinige) Ursache für die

anhaltende Schließungstendenz sein. Mehr als an der Zeit also, sich mit den Ursachen des Apothekensterbens, also des unerwartet hohen Anteils an Inhaber:innen zu beschäftigen, die ihre Apotheke lieber schließen als sie weiterzuführen oder zu verkaufen. Gerade vor den bevorstehenden demographischen Entwicklungen der Bevölkerung und des Berufsstandes selber braucht es eine ehrliche Betrachtung und die schnelle Entwicklung wirksamer Maßnahmen, um Apotheken als Teil der wohnortnahen Gesundheitsversorgung und zur Sicherung der Arzneimittelversorgung auch in Krisen- und Katastrophensituationen zu erhalten.

Abb. 1: Entwicklung der Apothekenzahl



Quelle: ABDA-Statistik

ZUR DISKUSSION GESTELLT

Betrachtet man die jährlich von der Standardorganisation der Apotheker:innen ABDA publizierten finanziellen Kennzahlen (1), zeigt sich, dass zwar der Umsatz der Betriebe regelmäßig ansteigt, der daraus erzielte Rohgewinn jedoch nicht im gleichen Maße mithält. Die Betriebs- und Materialkosten steigen ebenfalls kontinuierlich, die staatlich festgelegte Vergütung der Apotheken bleibt jedoch seit Jahrzehnten konstant oder wird durch Spargesetze wie jüngst mit dem ALBVVG (3) durch Erhöhung des Krankenkassenzwangsrabatts, den Apotheken per Verordnung an die gesetzlichen Krankenkassen abzuführen haben, sogar noch gesenkt.

Dies führt dazu, dass ein nicht unerheblicher Teil der Betriebe von Jahr zu Jahr weniger Ergebnis vor Steuern erzielt und viele Inhaber:innen mit ihrer selbstständigen Tätigkeit weniger verdienen als ihre Angestellten, denn das Betriebsergebnis der Apotheken als Personengesellschaften enthält keinen Unternehmerlohn und auch keine Rückstellungen für künftig nötige Investitionen

(vgl. Abb. 2). Gerade für die Apotheken mit ihrer sehr komplexen, staatlich festgelegten Honorar- bzw. Preisbildungsstruktur gilt einmal mehr: Umsatz ist nicht gleich Gewinn, und Durchschnittswerte sind oft irreführend – etwa 60 % der Apotheken sind sowohl vom Umsatz als auch vom Rohertrag her kleiner als der stetig wachsende Durchschnitt, der durch einige wenige, sehr große Apotheken mit Spezialaufgaben und -umsätze verzerrt wird (vgl. Abb. 3).

Die „typische“ oder häufigste Apotheke (Median) ist diejenige, die die Vor-Ort-Arzneimittelversorgung Tag und Nacht, im Alltag und in Krisenzeiten sichert. Und sie ist diejenige, die im „Apothekensterben“ liegt. Was also sind die Ursachen dafür?

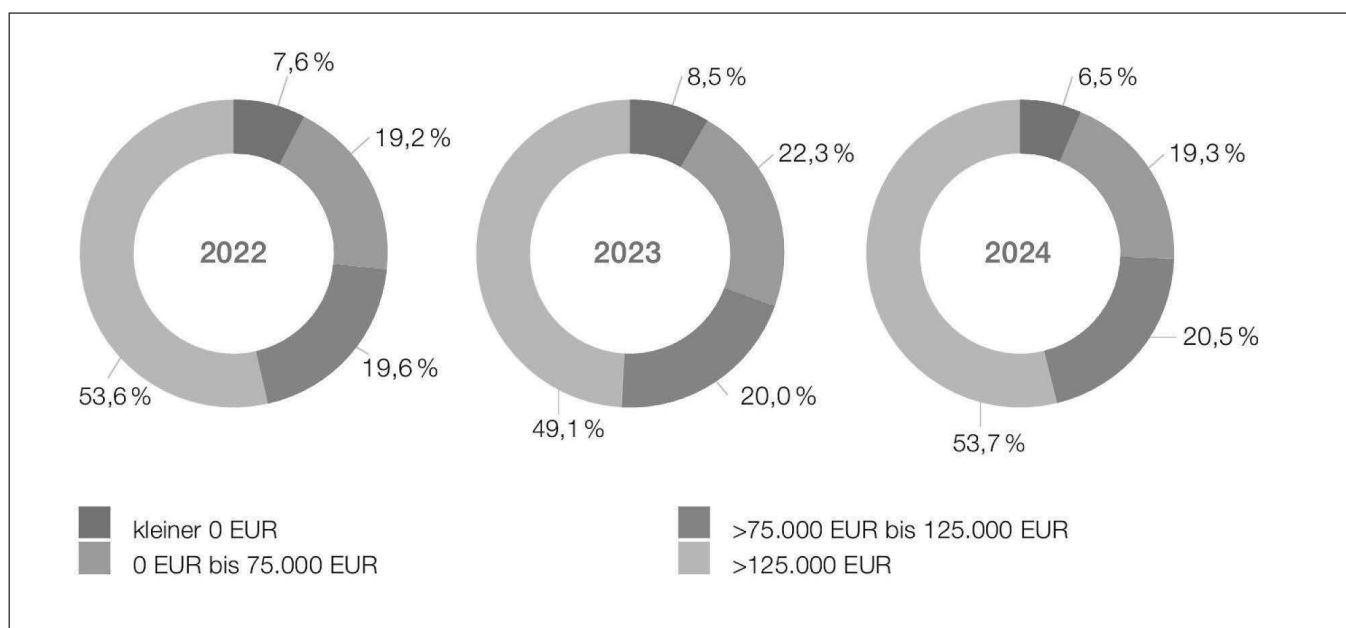
Ursachen des Apothekensterbens

Fragt man Inhaber:innen, warum sie ihre Apotheke nicht verkaufen können bzw. schließen wollen, werden seit Jahren immer die gleichen Ursachen genannt (4),

die nur geringfügig in der Reihenfolge variieren (5).

- Fehlende berufliche Perspektive und Planungssicherheit für Inhaber:innen.
 - Steigende Mieten, Personalkosten und Warenpreise sowie Anstieg weiterer Betriebskosten.
 - Unzureichender Verdienst sowohl bei Angestellten als auch bei Inhaber:innen durch fehlende Honoraranpassung.
 - Zu viel Bürokratie und Fremdbestimmung bis hinein zur Nullretaxation (also vollständiger Erstattungsverweigerung durch Krankenkassen auch aufgrund rein formaler Fehler).
 - Fachkräftemangel, zunehmende Teilzeitarbeit und fehlende Nachfolger:innen.
 - Verändertes Einkaufsverhalten der Konsument:innen, Online-Handel
 - Unfaire Konkurrenz durch ausländischen Versandhandel mit ungleichlangen „Spießern“, also unterschiedlichen Anforderungen und Kontrollen.
- Die Gründe gleichen sich auch deshalb seit Jahren, weil sie in Abhängigkeit zueinander

Abb. 2: Verteilung der Apotheken nach Betriebsergebnis



Quelle: ABDA-Statistik

inander stehen und zu einem Teufelskreis führen. So führt fehlende (politische) Planungssicherheit dazu, dass sich weniger Menschen selbstständig machen. Unzureichender Verdienst in Apotheken lässt Fachkräfte nicht nur aus demographischen Gründen abwandern: Der Personal- mangel verstärkt sich. Steigende Kosten und in den online-Handel verlagerte Konsumentenwünsche tun ein Übriges und „zahlen“ auf die fehlende Planungs- sicherheit ein und selbst da, wo durch den „Friedhofseffekt“ Neukund:innen

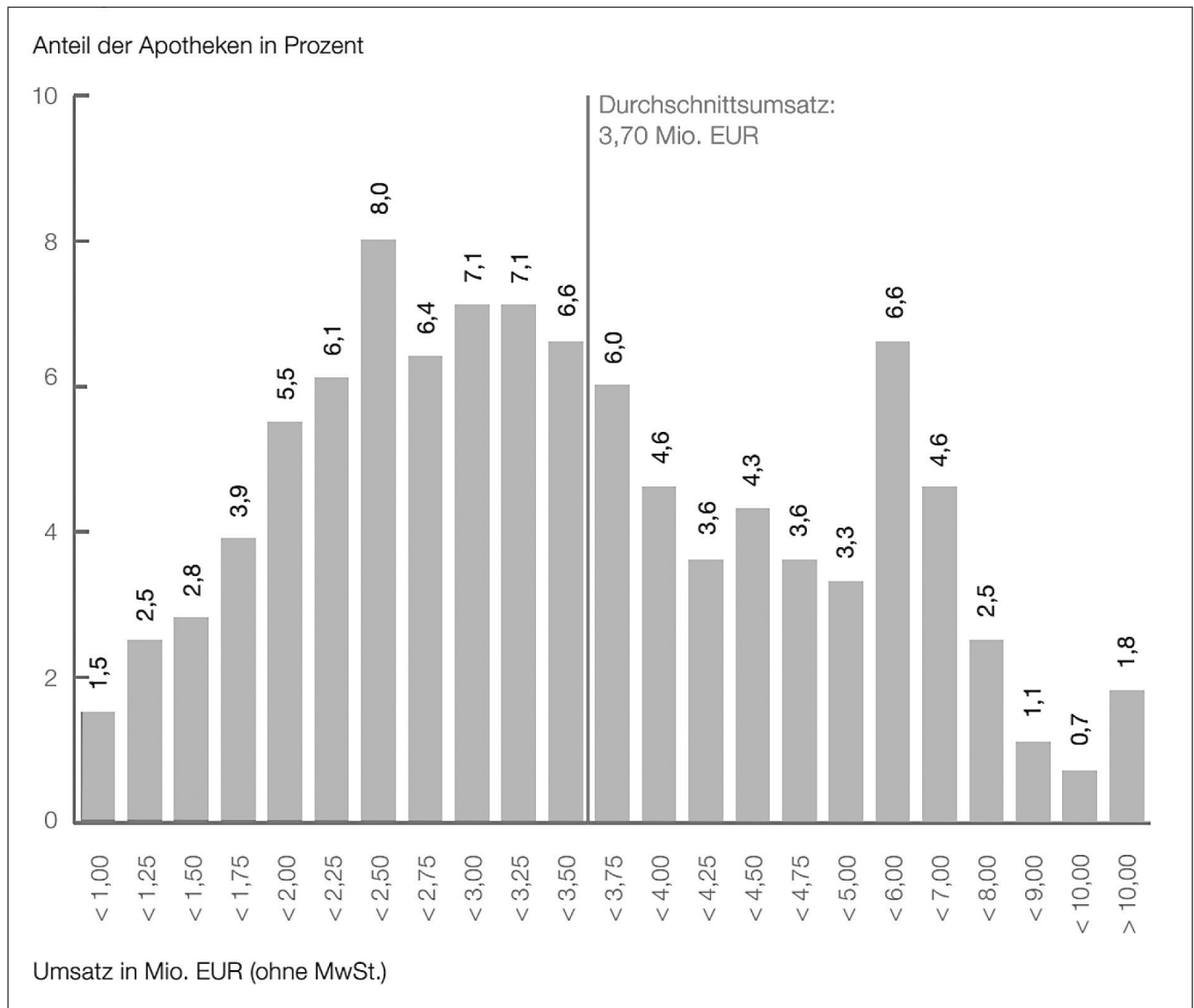
gewonnen werden, werden die zusätz- lichen Erträge oft genug durch neue und steigende Kosten aufgezehrt.

Berufliche Rolle und rechtlicher Rahmen

Die Ursachen für die Apothekenschlie- ßungen sind also durchaus vielschich- tig. Eine einfache Lösung durch Anpas- sung eines einzelnen Parameters ist weder möglich noch sinnvoll, denn kom- plexe Probleme erfordern auch komplexe

Lösungen. Um die Problematik des Apo- thekensterbens vollumfänglich verste- hen zu können, muss man die besonde- ren rechtlichen Rahmenbedingungen des „freien Heilberufs Apotheker:in“ ken- nen, denn anders als „normale“ Kauf- leute können Apotheker:innen in ihrem Kerngeschäft, der Versorgung mit ver- schreibungspflichtigen Arzneimitteln oder auch der Anfertigung individueller Rezeptur Arzneimittel, die Preise nicht selbst festlegen. Der Staat hat vielmehr den selbstständigen Apotheker:innen

Abb. 3: Apotheken nach Umsatzklassen



Quelle: ABDA-Statistik

die „ordnungsgemäße Versorgung“ der Bevölkerung mit Arzneimitteln übertragen (6). Die Rahmenbedingungen dieser Versorgung sind genauso wie die übertragenen Aufgaben in diversen Gesetzen und Verordnungen wie dem Apothekengesetz (6), der Approbationsordnung (7), der Arzneimittelpreisverordnung (8) und der Apothekenbetriebsordnung (9) sowie den Kammergesetzen und Berufsordnungen geregelt. Diese oft als „Schutzsäune“ oder „alte Zöpfe“ bezeichneten Regelungen sind vielmehr Ausdruck eines wohl verstandenen Verbraucherschutzes, mit dem der Staat festgelegte Regeln und Qualitätskriterien für die Arzneimittelversorgung seiner Einwohner:innen garantiert. Dem Berufsstand, dem er diese wichtigen Aufgaben überträgt und den er mit entsprechenden Anforderungen auch in die sogar bis ins Privatvermögen reichende Haftung nimmt, sind im Gegenzug wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu gewähren, die eine derart wichtige und verantwortungsvolle Aufgabe auch entsprechend wertschätzend und lukrativ honorieren. Und die wie aktuell zu einem Nachlassen des Interesses an dieser Berufsausübung führen, wenn die Rahmenbedingungen nicht angepasst und mehr Pflichten als Rechte bedeuten.

Im Gegenzug für „schützende“ Rahmenbedingungen und wertschätzende Honorierung der verantwortungsvollen Aufgaben eines Freien Berufes ist natürlich auch der Berufsstand der Apotheker:innen in der Pflicht, die übertragenen Aufgaben im Sinne des Gesundheitsschutzes zu erfüllen und an die Notwendigkeiten anzupassen. Dass der Berufsstand der Apotheker:innen diese Aufgaben höchst verantwortungsbewusst, zuverlässig und mit höchster Qualität erfüllt, beweist er Tag für Tag, aber ganz besonders natürlich auch während Krisensituationen wie der Corona-Pandemie, wo es die Apotheker:innen waren, die selbst (oft auch noch

ungeimpft) gesundheitlich ins Risiko gingen und wirtschaftlich vollhaftend Investitionen tätigten, Masken beschafften, Desinfektionsmittel herstellten, Impfpässe kontrollierten und Coronaimpfungen zertifizierten, Schnelltests zuverlässig durchführten und dokumentierten und letztendlich sogar Corona-Impfungen erlernten und wohnortnah anboten. Dass Apotheken nicht nur in solchen Krisensituationen zuverlässig „liefern“, zeigen sie auch aktuell bei der erfolgreichen Umsetzung von Rabattverträgen, der Suche nach Lösungen bei Lieferengpässen, der Eigenherstellung von Fieber- und Antibiotikasäften oder der Individualanfertigung von Arzneimitteln in besonderen Dosierungen (für Kinder), die industriell nicht (mehr) hergestellt werden.

Die Auflistung der inzwischen an Apotheken seit Einführung der aktuellen Honorarsystematik neu vergebenen zusätzlichen Aufgaben ist immens. Das Honorar als Vergütung dieser staatlich übertragenen Gemeinwohlpflichten wurde jedoch mit einer minimalen Erhöhung von drei Prozent im Jahr 2013 nicht mehr angepasst und basiert auf den Roherträgen des Jahres 2002. Lediglich für die Durchführung von Nacht- und Notdiensten, zusätzliche Botengänge aufgrund von Corona oder Lieferengpässen sowie die Anfertigung von Rezeptur Arzneimitteln wurden geringfügige Anpassungen vorgenommen.

Das Hamsterrad dreht sich für viele Apotheker:innen somit immer schneller, denn anders als im freien Markt scheidet eine an die Inflation angepasste Preiserhöhung aus guten Gründen des Verbraucherschutzes für selbstständige Apotheker:innen aus. Zusätzliches Einkommen bedeutet stets zusätzliche Aufgaben und entsprechende Mehrarbeit. Ein Aspekt, den immer mehr Apotheker:innen nicht mehr gewillt sind, hinzunehmen. Die Aufgabe der Apothekentätigkeit ist das deutlichste

Signal dafür, denn wo Arbeit nicht mehr ausreichend wertgeschätzt wird, wird sie auch nicht mehr erbracht. Gerade für die im öffentlichen Interesse liegende Arzneimittelversorgung, die eben weit mehr ist als die reine Abgabe einer Arzneimittelpackung, ist das eine höchst gefährliche Entwicklung.

Diskussionspunkte

Genau an dieser Stelle muss auch genau gefragt bzw. deutlich gemacht werden, was Apotheken alles leisten und was „ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung“ überhaupt bedeutet. Die Aufgaben der Apotheken erstrecken sich bei weitem nicht nur auf die reine Abgabe der Arzneimittel und deren logistische Beschaffung, die allerdings in Zeiten von anhaltenden Lieferengpässen oft genug nicht nur eine aufwendige, sondern auch pharmazeutisch herausfordernde Aufgabe sein kann. Die viel beschworenen, aber wenig bekannten „übertragenen Gemeinwohlaufgaben“ wie die Durchführung von Notdiensten, das Herstellen von Arzneimitteln, das Vorhalten von Laboratorien (z.B. auch für die Herstellung von Desinfektionsmitteln, Oseltamivirlösungen etc. in Krisensituationen) sind nur ein Teil der „Versorgung“.

Diese staatlich übertragenen Aufgaben, die bei Bedarf auch erweitert oder verändert werden (Stichwort Pandemie) sind dabei von wichtigem öffentlichem Interesse und dienen dem vorausschauenden Gesundheitsschutz, den der Staat einem freiberuflichen Berufsstand übertragen hat, weil sie zuverlässig erledigt werden müssen (Stichwort private Vollhaftung). Zudem erledigt dieser Freie Beruf die Aufgaben preisgünstiger und flexibler, als wenn der Staat diese Aufgaben selbst übernimmt und mit ihrer Erfüllung beispielsweise Beamten und Staatsbediensteten beauftragt.

Gerade Gemeinwohlpflichten sind und dürfen daher nicht aus reinen Kostengesichtspunkten betrachtet werden. Sie gehören zu den unverzichtbaren Aufgaben eines persönlichen, resilienten und sozialen Gesundheitswesens. Ihre Vergütung muss in einem ausreichenden Maße in Honorar- oder Preisverordnungen des jeweiligen Heilberufs festgelegt und auch regelmäßig an Aufgaben und Kostenentwicklungen angepasst werden. Daran krankt es seit geraumer Zeit gewaltig, denn die jetzige Arzneimittelpreisverordnung stammt aus dem Jahre 2004, basierend auf den Zahlen des Jahres 2002 und in einer Situation, in der es noch keinen (ausländischen) Arzneimittelversandhandel gab.

Auch die Vielfalt der Aufgaben ist unter dem Begriff „ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung“ schwer vorstellbar, denn anders als in anderen Ländern ist für Apotheker:innen diese ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung wenig differenziert worden. Der Berufsstand selbst hat es ebenfalls versäumt, diese Aufgaben klarer und deutlicher und auch für Politik und Bevölkerung verständlich darzustellen (10). Die Apotheker:innen müssen sich genau wie andere freie Berufe auch, regelmäßig einer Überprüfung stellen (11), ob die Aufgaben und ihre Erfüllung noch zeitgemäß sind und ob oder wo es Änderungsbedarf gibt.

Dabei übernehmen die Apotheker:innen selbstverständlich und zuverlässig alle neuen Aufgaben von der Herstellung bis zur Einführung digitaler Patientenakten, eRezepten oder neuer pharmazeutischer Dienstleistungen, denn reine arzneimittelbezogene Versorgung ist viel, aber für eine Gesellschaft, in der Prävention, individuelle Information, Diagnostik und Gesundheitsbildung immer wichtiger werden, nicht (mehr) genug. Es braucht Menschen, die Aufgaben in diesen Bereichen zuverlässig übernehmen

können. Die Apotheker:innen sind qua Ausbildung bzw. Studium in der Lage, dies zu tun und diverse Aufgaben in Zusammenarbeit mit anderen Heil- und Gesundheitsberufen sinnvoll auszuführen (15). Dabei sind Kompetenzen oder Kompetenzgrenzen ebenso zu definieren wie ein Honorarsystem zu entwickeln ist, das ausreichend Anreize für neue und zusätzliche Aufgaben bietet und an die veränderte Situation angepasst wird. Die bundesweite Vertretung des Berufsstandes selbst (ABDA) hat weiterführende alte und neue Aufgaben in einem Positionspapier „In eine gesunde Zukunft mit der Apotheke“ aufgeführt (12), die von der Politik aufgegriffen bzw. erweitert wurden. Diese zusätzlichen Aufgaben können jedoch nur erbracht werden, wenn in den Betrieben die dafür notwendigen Ressourcen vorhanden sind. Dazu zählen Personal, Zeit, Kompetenz und natürlich auch ein entsprechendes Honorar, das nicht mit der Gießkanne an alle in und nach Deutschland versorgenden Apotheken ausgeschüttet werden kann (16, 17).

Mit Blick auf den Arzneimittelversandhandel, der in Deutschland einzigartig in Europa nicht nur für freiverkäufliche, sondern eben auch für verschreibungspflichtige Arzneimittel erlaubt ist, müssen sich Politik und Bevölkerung auch fragen lassen, ob oder welchen systemischen Nutzen ein Versandhandel mit Arzneimitteln gerade auch in Bezug auf Gemeinwohlpflichten und neue Aufgaben überhaupt stiften kann. Das erst recht, wenn sich der Versandhandel im Ausland einer Überwachung der Einhaltung der für Apotheken vorgeschriebenen Regelungen durch hiesige Behörden entzieht und beispielsweise als Aktiengesellschaften völlig unterschiedliche Rahmenbedingungen und Haftungsrisiken im Vergleich mit vollhaftenden Personengesellschaften eingeht?

Lösungsansätze („Rezept gegen das Apothekensterben“)

Wie kann und muss also ein Rezept gegen das Apothekensterben aussehen? Aus dem bisher Beschriebenen ragen Wertschätzung und Sinnstiftung besonders hervor, denn Apotheker:innen benötigen einerseits eine im wahrsten Sinne des Wortes wertschätzende Honorierung der Aufgaben, die sie erfolgreich und zuverlässig übernehmen und andererseits eine sinnstiftende Anpassung oder Weiterentwicklung der übertragenen Aufgaben zum Schutz bzw. Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung. Dazu gehört wiederum eine ausreichende Anzahl an Betrieben, die in der Nähe der Bevölkerung liegen, die Hilfe in allen Versorgungsfragen benötigen und in denen Menschen selbst auch wieder gerne arbeiten wollen und ausgebildet werden.

Um in den Apotheken ausreichend personelle Ressourcen für neue Aufgaben generieren zu können, muss zwar nicht zwingend die Anzahl an Teilzeitarbeitsplätzen verringert, aber auf jeden Fall die Stundenzahl aufgestockt werden. Daneben müssen zeitliche Ressourcen freigeräumt werden, indem Bürokratie wirklich abgebaut wird, statt von Dokumentation, schlecht gemachter Digitalisierung oder neuen Verpflichtungen noch weiter ausgebaut zu werden. Der Einsatz geeigneter KI kann dabei unterstützen, schafft aber auch neue Herausforderungen hinsichtlich Datensicherheit, Transparenz, Reproduzierbarkeit und wird dazu führen, dass Apotheker:innen oft auch zum Übersetzer künstliche-natürliche Intelligenz werden.

Welche neuen oder erweiterten Aufgaben können es also sein, die der Berufsstand in naher Zukunft übernehmen könnte oder teilweise auch heute schon verantwortet, aber unter besseren Rahmenbedingungen

ZUR DISKUSSION GESTELLT

in größerem Umfang erbringen könnte? Wie kann eine „ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung“ definiert werden (11, 12, 13, 14)?

- Sicherstellung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung und Ausbau pharmazeutischer Dienstleistungen (pDL).
- Übernahme von Grund- oder Primärversorgungsaufgaben, insbesondere bei Unterversorgung.
- Angebot von Präventionsdienstleistungen (z. B. PoC-Tests, Screening Metabolisches Syndrom).
- Mitwirkung an gesundheitlicher Bildung, z. B. in Schulen und Kindergärten, sowie ggf. Einbindung in moderne Drogenpolitik.
- Ausbau des Impfangebots.

Politische Empfehlungen

Die wichtigste Voraussetzung dafür, dass Apotheker:innen bzw. Apothekenteams diese und weitere Aufgaben in vielen, wohnortnahen Betrieben auch künftig zuverlässig erfüllen und gerne übernehmen, ist derzeit eine zeitnahe und angemessene Honorarerhöhung mit künftig regelmäßiger Anpassung.

Die lebhafte Diskussion diverser Ideen für neue Aufgaben und Anpassungen von Rahmenbedingungen zeigte nicht nur in dem Webinar, dass die Thematik sehr vielschichtig ist und im Rahmen eines Webinars nur andiskutiert werden kann. Weitere vertiefende Gespräche können und sollen daher folgen.

Dennoch lassen sich auch aus diesem kurzen Impuls diverse Empfehlungen an die Politik ableiten, die dem Freien Heilberuf „Apotheker:in“ dringend mehr Freiräume einräumen sollte:

- Anpassung der Apothekenvergütung (Fixum, regelmäßige Verhandlungslösung, Skonti).
- Erhalt des flächendeckenden Apothekenetzes (Zuschläge für Landapotheken bzw. Grundsicherungsbetrag, Anhebung der Nacht- und Notdienstpauschale, Unterstützung für Zweigapotheken, Weiterqualifizierung für PTA).
- Bürokratieabbau bei gleichzeitiger Stärkung der Patientensicherheit (mehr Austauschmöglichkeiten, Abschaffung von Nullretaxationen aus formalen Gründen, flexible Öffnungszeiten, Versand von Kühlartikeln usw. usf.).
- Kompetenzen der Apotheken besser für die Versorgung nutzen (Prävention, diagnostische Tests, Impfen, pDL, Abgabe von Rx-Arzneimitteln unter klar definierten Ausnahme- und Rahmenbedingungen).

Das Webinar lieferte so nicht nur eine umfassende Analyse der Herausforderungen für deutsche Apotheken, sondern unterstrich die Notwendigkeit struktureller Reformen, besserer Vergütung und einer erweiterten beruflichen Rolle, um das Überleben oder eher den Erhalt wohnortnaher, individueller Apothekenversorgung und ihren Beitrag zur öffentlichen Gesundheit zu sichern.

Literatur und Quellen (Abruf alle 05.02.2026)

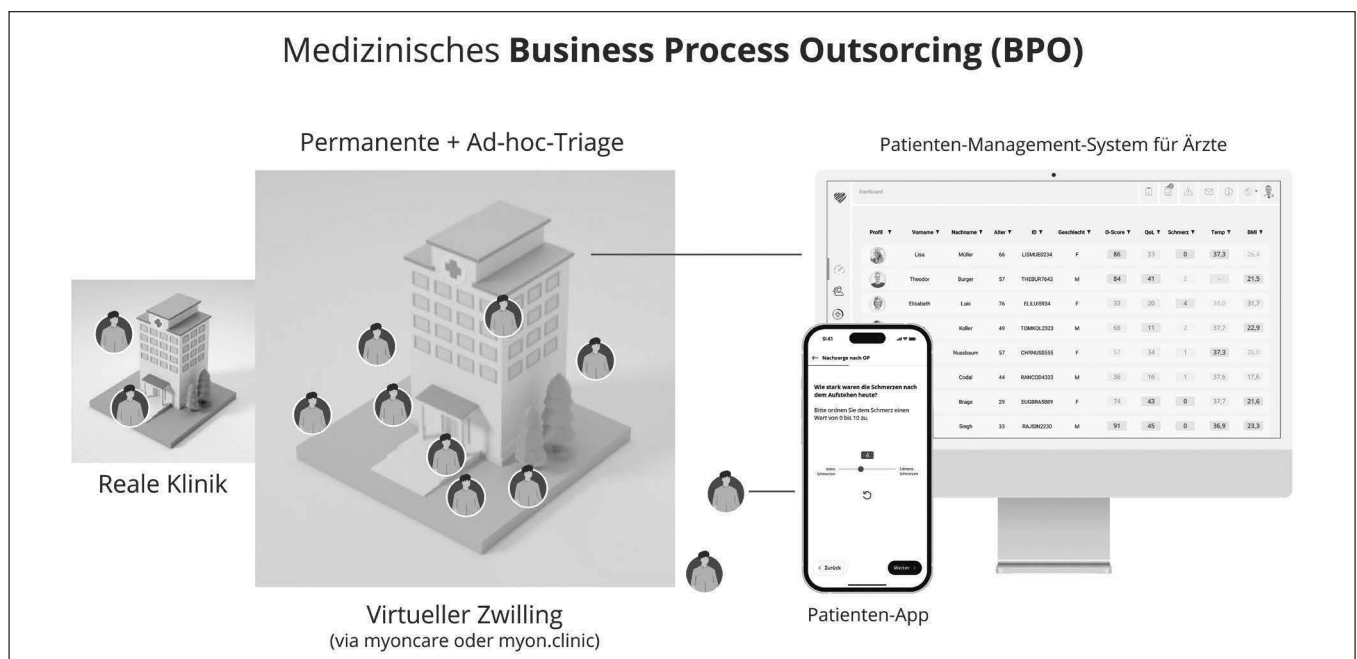
1. https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Jahrbuch-ZDF-2025/ZDF_2025_ABDA_Statistisches_Jahrbuch.pdf
2. <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/2025-apotheken-zahl-sinkt-auf-16601-betriebsstaetten/>
3. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/albvvg.html>
4. <https://www.ifhkoeln.de/apothekenschwund-apotheker-sehen-vielfaeltige-gruende/>
5. <https://www.marktundmittelstand.de/ratgeber/apothekensterben-in-deutschland-schliessungen-gefahrden-die-versorgung>
6. <https://www.gesetze-im-internet.de/apog/BJNR006970960.html>
7. <https://www.gesetze-im-internet.de/aappo/>
8. <https://www.gesetze-im-internet.de/ampreisv/BJNR021470980.html>
9. <https://www.ecosia.org/search?q=apothekenbetriebsordnung&addon=opensearch>
10. <https://onecdn.io/media/eBook-Braucht-es-die-Apotheke-noch-d0872bc0-e082-4c66-96e5-a4f3bd789b9.pdf>
11. <https://onecdn.io/media/diskussionspapiereinladung-zum-diskurs2024-02-20-a4f8ef12-4c84-4aa1-9e47-0dae614f22f8.pdf>
12. https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Presstetermine/2025/Pk_20250409_forsa-Umfrage/Positionspapier_In_eine_gesunde_Zukunft_mit_der_Apotheke_2025.pdf
13. <https://onecdn.io/media/240624diskussionspapier-apotheke22stellungnahme-aporg-34e30aac-c1cb-4fa4-ae23-d7782574fb0b.pdf>
14. <https://onecdn.io/media/04250319sofort-programmstabilisierungapothekavorort-fc271c39-ea15-4cb8-a32a-1ccdcf9be8e9.pdf>
15. GRPG-Newsletter Ma! 2022
16. Kemmritz, Kerstin (2024), Zeit, dass sich wieder was dreht?!, in: RPG, 30, 3, S. 51-58
17. GRPG-Newsletter Juli 2024
18. https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Presstetermine/2025/DAT_2025/Apothekenklima-Index/Apothekenklima_Index_2025.pdf

Autorin:

Dr. Kerstin Kemmritz
Apothekerin
Beisitzerin Pharmazie
Buschallee 88
13088 Berlin

Christian Hieronimi | Michael Meyer

Digitale Behandlungspfade als Schlüssel zur Kostenstabilität und Versorgungssicherheit im Gesundheitswesen



0. Vorwort¹

Digitale Behandlungspfade ermöglichen durch standardisierte, datenbasierte Abläufe eine effizientere Versorgung, bessere Qualitätssicherung und eine Reduktion unnötiger Kosten bei gleichzeitiger Entlastung des Fachpersonals. In Deutschland wird der Einsatz digitaler Behandlungspfade im internationalen Vergleich als vielversprechender, aber noch ausbaufähiger Ansatz gesehen: Zwar gibt es zunehmende Initiativen zur Digitalisie-

rung der Versorgung, doch hinken wir bei der flächendeckenden Umsetzung gegenüber anderen Ländern wie Dänemark, Estland oder den Niederlanden hinterher, die bereits stärker integrierte, interoperable Gesundheits-IT-Infrastrukturen und elektronische Patientenakten etabliert haben. Herausforderungen wie fragmentierte IT-Systeme, langsame Digitalisierungsprozesse, strenge Datenschutzanforderungen und oft fehlende finanzielle beziehungsweise organisatorische Anreize für Leistungserbringer bremsen den Fortschritt im Vergleich zu Vorreitern, die schon heute deutliche Effizienz- und Ergebnissgewinne durch digitale Behandlungspfade realisieren.

Der nachfolgende Beitrag thematisiert die Notwendigkeit digitaler Behandlungspfade und ordnet Umsetzungsoptionen aus klinischer, finanzieller und technischer Sicht ein.

1. Ausgangslage: Kostenexplosion bei gleichzeitiger Gefährdung der Versorgungssicherheit

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor einer doppelten Systemkrise: einerseits einer strukturell nicht mehr tragfähigen Kostenentwicklung, andererseits einer zunehmend fragilen Versorgungssicherheit. Beide Phänomene verstärken sich gegen-

¹ Das Vorwort wurde von Dr. Michael Meyer, Beisitzer Medizintechnik im Präsidium der GRPG, München und Vorstand Rudolf Pichlmayr-Stiftung, Hannover verfasst.

seitig. Steigende Ausgaben für Personal, Infrastruktur, Arzneimittel und Medizinprodukte treffen auf eine alternde Bevölkerung mit wachsender Morbidität, während gleichzeitig Fachkräftemangel, Sektorengrenzen und ineffiziente Prozesse die Leistungsfähigkeit des Systems begrenzen. Die bisherige Reaktion auf diese Krise ist überwiegend additiv: mehr Geld, mehr Programme, mehr Einzellösungen. Was fehlt, ist eine grundlegende Transformation der Versorgungslogik selbst. Insbesondere das vorherrschende Modell der **intervallbasierten Medizin** – Versorgung nur punktuell beim Arztkontakt – ist weder ökonomisch noch medizinisch zukunftsfähig. Zwischen den Kontakten fehlt Transparenz, Steuerung und Verantwortung. Genau hier setzen digitale Behandlungspfade an.

2. Von Intervallmedizin zu Monitoring- und Steuerungsmedizin

Digitale Behandlungspfade ermöglichen den Übergang von einer reaktiven zu einer kontinuierlichen, datenbasierten Versorgung. Sie strukturieren Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge entlang eines definierten medizinischen Zielbilds und machen Gesundheit und Krankheit über Zeit sichtbar und steuerbar. Dabei geht es nicht um Telemedizin im engen Sinne oder um isolierte Apps, sondern um die **Virtualisierung realer Versorgungsprozesse**: Jeder klinische Ablauf – von der präventiven Risikostratifizierung über die peri-interventionelle Betreuung bis zur langfristigen Nachsorge – wird als digitaler Zwilling der „Brick-and-Mortar-Versorgung“ abgebildet. Dieser digitale Zwilling ergänzt die physische Versorgung, ersetzt sie nicht. Das Ergebnis ist eine neue Form von Medizin: **Monitoring Medicine statt Interval Medicine**. Ärztliche Aufmerksamkeit wird dort eingesetzt, wo sie

medizinisch notwendig ist. Stabil verlaufende Patientinnen und Patienten bleiben sicher im digitalen Pfad, während Abweichungen automatisch eskaliert werden.

3. Wirkung über alle Präventionsstufen hinweg

Der besondere gesundheitspolitische Wert digitaler Behandlungspfade liegt darin, dass sie **alle vier Präventionsebenen** integrieren und operationalisieren:

- **Primärprävention**: automatisierte Screenings, Risikoassessments, digitale Gesundheitsbildung und Lebensstilinterventionen auf Bevölkerungsebene.
- **Sekundärprävention**: frühe Erkennung von Erkrankungen oder Komplikationen durch kontinuierliche Erhebung von PROMs, Vitaldaten und Verhaltensindikatoren.
- **Tertiärprävention**: strukturierte Therapie- und Nachsorgepfade zur Vermeidung von Rückfällen, Rehospitalisierungen und Komplikationen.
- **Quartärprävention**: Vermeidung von Über-, Fehl- und Doppelversorgung durch gezielte Steuerung, indikationsgerechte Eskalation und transparente Entscheidungsunterstützung.

Damit adressieren digitale Pfade nicht nur medizinische Qualität, sondern auch das zentrale Kostenproblem des Systems: unnötige Kontakte, vermeidbare Komplikationen, ineffiziente Ressourcennutzung.

4. Prozess-BPO statt Insellösungen: die Rolle von myoncare und myon.clinic

Die eigentliche Herausforderung der Digitalisierung liegt nicht in der Technik, sondern in der **Operationalisierung**. Krankenhäuser, Praxen und Versorgungsnetze verfügen weder über die personellen Ressourcen noch über die

regulatorische Expertise, um komplexe digitale Prozesse selbst zu entwickeln, zu betreiben und kontinuierlich anzupassen. Hier setzen **myoncare** und **myon.clinic** an: nicht als weitere Anwendung, sondern als **Business-Process-Outsourcing-Plattform (BPO)** für medizinische Prozesse. Klinische Abläufe werden gemeinsam mit den Leistungserbringern in digitale Behandlungspfade übersetzt, betrieben und kontinuierlich optimiert. Das Versorgungssystem erhält damit eine skalierbare, zertifizierte Infrastruktur zur Industrialisierung von Versorgung – ohne Verlust ärztlicher Verantwortung. Zentral ist dabei die **Vernetzung**: zwischen Sektoren, Disziplinen, Leistungsebenen und Regionen. Digitale Pfade schaffen eine gemeinsame, rollenbasierte Sicht auf den Patientenverlauf und ermöglichen erstmals eine kontinuierliche, interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Datenbasis.

5. Anschlussfähigkeit an das KHVVG: Transformationsfonds Tatbestände 3 und 4

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) setzt mit dem Transformationsfonds genau an dieser Stelle an. Insbesondere **Tatbestand 3 (Aufbau telemedizinischer Netzwerkstrukturen)** und **Tatbestand 4 (Bildung spezialisierter Versorgungszentren)** adressieren strukturelle Defizite, die ohne digitale Behandlungspfade nicht lösbar sind.

Digitale Pfade ermöglichen:

- die Anbindung regionaler Krankenhäuser an spezialisierte Zentren,
- die Verlagerung geeigneter Leistungen in ambulante oder häusliche Settings,
- die Entlastung zentraler Strukturen durch standardisierte, digitale Vor- und Nachsorge,
- die Sicherstellung einheitlicher Qualitätsstandards über Standorte hinweg.

Damit werden digitale Behandlungspfade zu einem **tragenden Infrastruktur-Element der Krankenhausreform** – nicht als IT-Projekt, sondern als Versorgungsarchitektur.

6. Ökonomische Effekte: Kosten senken, ohne Qualität zu verlieren

Die gesundheitsökonomischen Effekte digitaler Behandlungspfade sind gut begründet:

- Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte,
- Verkürzung von Liegezeiten durch digitale Prä- und Post-Hospital-Care,
- geringerer Personalaufwand durch Automatisierung standardisierter Prozesse,
- bessere Adhärenz und damit effektivere Therapien,

• datenbasierte Grundlage für selektive Verträge und neue Vergütungsmodelle. Entscheidend ist: Kostenreduktion entsteht nicht durch Rationierung, sondern durch **Prozessqualität**. Digitale Pfade machen Versorgung effizienter, transparenter und steuerbar – bei gleichzeitig höherer Patientensicherheit.

7. Fazit: Digitale Behandlungspfade als neue Grundlogik der Versorgung

Digitale Behandlungspfade sind kein Add-on und kein Digitalisierungsprojekt unter vielen. Sie sind die notwendige Antwort auf eine strukturelle Krise des Gesundheitswesens. Nur wenn es gelingt, Versorgung als kontinuierlichen, datenbasierten Prozess zu organisieren, lassen sich Kosten stabilisieren und Versorgungssicherheit gewährleisten.

Plattformen wie myoncare und myon.clinic zeigen, dass diese Transformation operativ umsetzbar ist – heute, regulatorisch abgesichert und anschlussfähig an die aktuellen Reforminstrumente. Die entscheidende Frage ist daher nicht mehr, **ob** digitale Behandlungspfade kommen, sondern **wie schnell** wir sie als neue Versorgungsrealität etablieren.

Autoren:

Christian Hieronimi
Founder & CEO
myoncare Group
Balanstraße 71a
81541 München

Dr. Michael Meyer
Beisitzer Medizintechnik im
Präsidium der GRPG
Widenmayerstraße 28
80538 München

Aus der Rechtsprechung

LSG Niedersachsen-Bremen: Krankenkasse muss Neurostimulationsanzug nicht bezahlen

Das LSG Niedersachsen-Bremen hat entschieden, dass ein Ganzkörper-Neurostimulationsanzug für Patienten mit Multipler Sklerose (MS) nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden muss. Geklagt hatte eine 44-jährige Frau, die seit über 20 Jahren an MS erkrankt ist. Trotz verschiedener Therapieansätze verschlechterte sich ihr Gesundheitszustand fortschreitend. Seit Anfang 2024 benötigte sie einen Rollator, seit Ende des Jahres einen Rollstuhl. Bereits im Jahre 2023 beantragte sie bei ihrer Krankenkasse die Kostenübernahme für einen Exopulse Neurostimulationsanzug zur Aktivierung der geschwächten

Muskulatur. Die Kasse lehnte den Antrag ab, da das Produkt bislang noch nicht das vorgesehene Bewertungsverfahren durchlaufen habe.

Die Klägerin beschaffte sich den Anzug daraufhin aus eigenen Mitteln und verlangte die Erstattung der Kosten in Höhe von 8.700 Euro. Zur Begründung verwies sie auf positive persönliche Erfahrungen mit dem Produkt. Es handele sich um den ersten elektronisch betriebenen Neurostimulationsanzug zur Verbesserung von Mobilität und Gleichgewicht sowie zur Reduzierung von Spastiken. Studien hätten zudem als sekundäre Effekte ein gesteigertes allgemeines Wohlbefinden sowie eine Verbesserung der Schlafqualität belegt. Auch ihr Fatigue-Syndrom habe sich durch die Anwendung des Anzugs deutlich gebessert.

Das LSG hat die Rechtsauffassung der Krankenkasse bestätigt. Der Anzug

sei aufgrund seiner Wirkungsweise als Hilfsmittel zur Krankenbehandlung zu qualifizieren, das einen kurativen Zweck verfolge. Solche Produkte dürften nur dann zu Lasten der GKV abgegeben werden, wenn sie als neue Behandlungsmethode anerkannt seien. Voraussetzung hierfür sei eine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit sowie die Wirtschaftlichkeit der Methode – auch im Vergleich zu bereits von der GKV übernommenen Verfahren. Eine solche Empfehlung liege bislang nicht vor. Die Gerichte dürften eine entsprechende Bewertung nicht vorwegnehmen.

Beschluss des LSG Niedersachsen-Bremen vom 14. 05. 2025,
Az.: L 16 KR 315 / 24

Die ePA kann die Versorgung entscheidend verbessern – Möglichkeiten der Digitalisierung für die GKV

1. Aufholen bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems

Deutschland steht vor der Aufgabe, bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems aufzuholen. Viele europäische Länder sind schon weiter. Ein zentraler Baustein hierfür ist die elektronische Patientenakte (ePA), die im Jahr 2025 flächendeckend eingeführt wurde.

Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Die große Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger möchte die ePA nutzen. So gaben im Jahr 2025 in einer bevölkerungsrepräsentativen Forsa-Befragung im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) drei von vier Erwachsenen an, dass sie die ePA bestimmt oder wahrscheinlich nutzen werden¹.

Die Befragung zeigt also, dass die Menschen in Deutschland digitale Verbesserungen im Gesundheitswesen begrüßen. Weiter gaben 81 Prozent der Befragten an, dass sie bereits Arzttermine online buchen oder dies in Zukunft tun möchten. Mit 77 Prozent sagten fast genauso viele, dass sie ihre Krankengeschichte digital in einem Anamnesebogen vor einem Arzttermin erfassen würden. Die Menschen im Land stehen neuen Lösungsansätzen überwiegend positiv gegenüber und würden die Digitalisierung des deutschen

Gesundheitssystems unterstützen. Das ist eine gute Grundlage, um die Digitalisierung in Deutschland voranzutreiben.

2. Durch Digitalisierung unnötige Arztkontakte vermeiden

Die Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems stärkt Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung. Die ePA als eines der größten Digitalprojekte im deutschen Gesundheitswesen kann die Digitalisierung vorantreiben. Die Akte hat das Potenzial, die Versorgung von Patientinnen und Patienten deutlich zu verbessern, da sie medizinische Informationen bündelt, die Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten und Versicherten erleichtert sowie Transparenz schafft.

Derzeit bestimmen sehr oft Zufälle oder alte Gewohnheiten, wer wo versorgt wird. Viel zu selten wird dies bestimmt von den medizinischen Notwendigkeiten. In der Praxis führt dies zu unnötigen Arztkontakten, zum Besuch in mehreren Praxen, bis die richtige erreicht ist, und langen Wartezeiten auf Facharzttermine. Zum Wohl der Patientinnen und Patienten und für ein effizienteres Gesundheitssystem sind neue Lösungsansätze wie die standardisierte digitale Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfes erforderlich.

Die ePA als Plattform für den sicheren Informationsaustausch zwischen ver-

schiedenen Akteuren im Gesundheitssystem und den Patientinnen und Patienten sollte bei weiteren Reformen mitgedacht werden, etwa im Rahmen eines neuen Primärversorgungssystems mit digital-gestützter Ersteinschätzung. Hilfesuchende sollten im Zuge der Ersteinschätzung die Möglichkeit haben, Zugriff auf ausgewählte Daten in der ePA zu gewähren.

Die ePA als Plattform für den sicheren Informationsaustausch zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem und den Patientinnen und Patienten kann bei der Integration des digitalen Ersteinschätzungstools unterstützend eingesetzt werden. Die ePA kann beispielsweise Informationen über verordnete Medikamente, Impfungen, Vorsorge, bisherige Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte liefern. Im Fokus steht dabei die bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten durch einen optimierten Informationsaustausch, um beispielsweise Mehrfachuntersuchungen oder Wechselwirkungen bei Medikamenten zu vermeiden.

Ein einfacher Zugang und eine intuitive Bedienung sind unerlässlich, damit sich die ePA in der breiten Bevölkerung durchsetzt. Die Möglichkeiten der ePA sollten deutlich erweitert werden. Die ePA muss flexibler und vielfältiger gestaltet werden, um den unterschiedlichen Bedürfnissen von Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringenden gerecht zu werden.

¹ TK-Meinungspuls 2025: So sieht Deutschland sein Gesundheitssystem. 2025. <https://www.tk.de/presse/themen/gesundheitsystem/meinungspuls-2025-2190244>.

Aktuell legt die Roadmap von Gesetzgeber und Gematik verbindlich fest, welche Inhalte und Funktionen in der ePA enthalten sein müssen, wie zum Beispiel die Übersicht der Medikamente. Dieses Verfahren ist sehr starr, Add-ons sind nicht vorgesehen und Innovationen halten nur schrittweise Einzug in die Versorgung. Deshalb ist es wichtig, dass Krankenkassen zeitnah die Möglichkeit erhalten, gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsdienstleistern zusätzliche Anwendungen im geschützten Bereich der ePA zu entwickeln. Das stärkt den Wettbewerb um die besten Angebote für die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

3. Bessere Gesundheitsversorgung durch die ePA

Wenn die regulatorischen Rahmenbedingungen stimmen, kann die ePA zum integrierten Bestandteil der Versorgung und zur zentralen Plattform für Gesundheitsdaten werden. Sie hat das Potenzial, die

medizinische Versorgung der Menschen in Deutschland entscheidend zu verbessern.

Um den langfristigen Erfolg im Alltag zu erreichen, ist es jetzt wichtig, dass alle Arztpraxen die ePA – wie gesetzlich vorgesehen – konsequent in ihre Behandlungsabläufe integrieren. Die Softwarehersteller müssen es zudem schaffen, die ePA so in die Systeme zu integrieren, dass Praxen ohne Mehraufwand mit der Akte arbeiten können.

Daneben gibt es noch weitere konkrete Ansatzpunkte wie konsequente Digitalisierung den Nutzen für Patientinnen und Patienten und für die Leistungserbringer weiter verbessern kann:

- **Digitale Ersteinschätzung:** Konsequente digital-gestützte Ersteinschätzungen können helfen, die rund eine Milliarde Arztkontakte pro Jahr in Deutschland besser zu kanalisieren und somit auch das System zu entlasten.
- **Digital als Selbstverständlichkeit:** Die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss nutzerfreundlich und

effizient gestaltet sein. Das schafft eine breite Akzeptanz bei allen Beteiligten.

Damit diese Ziele durch Impulse im System erreicht werden können, müssen alle Akteure aus den Bereichen Krankenkassen, Ärzteschaft und Politik gemeinsam agieren. Nur durch ein abgestimmtes Vorgehen lassen sich die Rahmenbedingungen schaffen, die Deutschland dynamisch bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens voranbringt.

Autoren:

Dr. Philipp Mauch

CEO

WERTER GmbH

Friedrichstraße 206

10969 Berlin

Christian Bredl

Leiter der Landesvertretung

Bayern der Techniker Krankenkasse (TK)

Rosenheimer Straße 141

81671 München

Aus der Rechtsprechung

Kein Zugang zur beitragsfreien Familienversicherung über kurzzeitigen Bezug einer Teilrente

Ehepartner sind nicht familienversichert, wenn sie ihre Altersrente lediglich für wenige Monate als Teilrente in Anspruch nehmen und dadurch in dieser Zeit die Einkommensgrenze für den Zugang zur Familienversicherung unterschreiten. Dies hat der 6a. Senat des BSG für die noch bis zum 31.12.2025 geltende Rechtslage entschieden und die Revision des Klägers zurückgewiesen. Die beitragsfreie Familienversicherung ist als

Maßnahme des sozialen Ausgleichs nur dann gerechtfertigt, wenn der Familienangehörige gegenwärtig und in absehbarer Zeit schutzbedürftig ist und auch bleibt. Sie wird deshalb nur durchgeführt, wenn das Gesamteinkommen des Familienangehörigen „regelmäßig im Monat“ unter einem bestimmten Grenzbetrag liegt (2021: 470 Euro). Zwar dürfen Rentner jederzeit wählen, ob sie ihre Altersrente in voller Höhe oder als Teilrente in Anspruch nehmen und auch die Dauer des Teilrentenbezugs frei bestimmen. Die so begründete Einkommenssituation muss allerdings eine gewisse Stetigkeit und Dauer im monatlichen Rhythmus aufweisen. Daran fehlt es, wenn die Teilrente nur wenige Monate

beansprucht wird. Die von der Krankenkasse zu treffende Prognose über die Einkommensentwicklung des Familienangehörigen hat sich bei Teilrenten an einem längeren Zeitraum, in der Regel von zwölf Monaten zu orientieren. Der Gesetzgeber hat die Vorschrift über die Familienversicherung ab dem 01.01.2026 neu gefasst und zum „Schutz der Solidargemeinschaft“ Rentnern den Zugang zur Familienversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung über die Wahl einer Teilrente nunmehr gänzlich verschlossen, unabhängig von der Dauer des Teilrentenbezugs.

**Urteil des BSG vom 22.01.2026,
Az.: B 6a/12 KR 14/24 R**

Amts- und nicht Privat- haftung für etwaige Impf- schäden nach einer bis zum 07. 04. 2023 vorgenommenen Corona-Schutzimpfung

Der III. Zivilsenat des BGH hat sich in einer Entscheidung mit der Frage befasst, wer für etwaige Aufklärungs- oder Behandlungsfehler bei einer bis zum 07. 04. 2023 vorgenommenen Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haftet, die in einer Vertragsarztpraxis vorgenommen wurde.

Der Kläger nimmt die beklagte Ärztin für Allgemeinmedizin aufgrund einer seines Erachtens fehlerhaften Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auf Schadensersatz in Anspruch. Nach zwei vorangegangenen Schutzimpfungen im Mai und Juli 2021 erhielt er am 15. 12. 2021 in der Praxis der Beklagten eine sogenannte Booster-Impfung. Etwa drei Wochen später wurde bei ihm eine Herz-erkrankung diagnostiziert.

Der Kläger hat geltend gemacht, bei seiner Erkrankung handele es sich um einen Impfschaden. Die dritte Impfung sei fehlerhaft verabreicht und er zuvor nicht hinreichend aufgeklärt worden. In Folge der Impfung seien seine kognitiven Fähigkeiten erheblich eingeschränkt. Er könne seine berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben. Zudem sei er aufgrund der organischen Beschwerden in der Psyche stark beeinträchtigt.

Der Kläger begehrt die Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von mindestens 800.000 Euro, die Feststellung der Einstandspflicht der Beklagten für materielle und nicht vorhersehbare immaterielle Schäden sowie die Erstattung vorge richtlicher Rechtsanwaltskosten.

Die Klage ist in den Vorinstanzen erfolglos geblieben. Mit seiner vom Berufungsgericht zugelassenen Revision hat der Kläger sein Klagebegehren weiterverfolgt.

Der unter anderem für das Amtshaftungsrecht zuständige III. Zivilsenat des BGH hat die Revision zurückgewiesen. Bis zum 07. 04. 2023 handelten die in der jeweiligen Fassung der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV) bestimmten Leistungserbringer bei der Vornahme einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in Ausübung eines ihnen anvertrauten öffentlichen Amtes. Dies gilt auch für die Beklagte und die Schutzimpfung des Klägers. Das Berufungsgericht hat daher eine persönliche Haftung der Beklagten für etwaige Impfschäden des Klägers zu Recht verneint. Es kommt gemäß Art. 34 Satz 1 GG nur eine Amtshaftung des Staates in Betracht.

Die Tätigkeit einer Privatperson ist als hoheitlich zu beurteilen, wenn ein innerer Zusammenhang und eine engere Beziehung zwischen der Betätigung und der hoheitlichen Aufgabe besteht. Dabei muss die öffentliche Hand in so weitgehendem Maße auf die Durchführung der Arbeiten Einfluss nehmen, dass der Private gleichsam als bloßes „Werkzeug“ oder „Erfüllungsgehilfe“ des Hoheitsträgers handelt und dieser die Tätigkeit des Privaten deshalb wie eine eigene gegen sich gelten lassen muss.

Die jeweiligen Leistungserbringer erledigten mit der Durchführung von Schutzimpfungen hiernach eine hoheitliche Aufgabe. Sie erfüllten den eigens durch das Bundesministerium für Gesundheit als Verordnungsgeber geschaffenen Anspruch gegen den Staat auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. Dessen hoheitlicher Charakter stand bei der Impftätigkeit im Vordergrund. Die Schutzimpfungen waren ein zentrales Mittel zur Bewältigung der Corona-Pandemie. Der darauf gerichtete Anspruch war ein wesentlicher Bestand-

teil der staatlichen „Corona-Impfkampagne“, in die die Leistungserbringer ausdrücklich eingebunden wurden. Die Erfüllung des staatlichen Impfanspruchs diene nicht nur dem individuellen Gesundheitsschutz, sondern auch der Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen und zentraler Bereiche der Daseinsfürsorge.

Darüber hinaus wies dieser Impfanspruch jedenfalls zeitweise einen engen Bezug zur Eingriffsverwaltung auf. Es bestand zwar keine Impfpflicht. Die Ablehnung einer Schutzimpfung konnte jedoch nachteilige Folgen haben, wie etwa zum Zeitpunkt der Impfung des Klägers am 15. 12. 2021 in Form von bußgeldbewehrten Zugangs- und Kontaktbeschränkungen, dem bußgeldbewehrten Erfordernis eines Testnachweises für das Betreten der Arbeitsstätte oder der Verhängung eines Betretungs- oder Tätigkeitsverbots für in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätige Personen.

Schließlich stand den privaten Leistungserbringern nur ein stark eingeschränkter Entscheidungsspielraum zu, wie der Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 zu erfüllen war. Ihnen wurde durch den Verordnungsgeber vorgegeben, auf welche Weise die Schutzimpfung und die begleitenden Leistungen vorzunehmen waren.

Demzufolge sind die Schutzimpfungen, die auf der Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung erfolgten, als noch dem Bereich hoheitlicher Betätigung angehörend anzusehen und alle privaten Leistungserbringer - wie die Beklagte - als Verwaltungshelfer einzuordnen. Die Verantwortlichkeit für etwaige Aufklärungs- und Behandlungsfehler dieser Verwaltungshelfer trifft deshalb grundsätzlich den Staat.

**Urteil des BGH vom 09. 10. 2025,
Az.: III ZR 180 / 24**

