

RPG

Band 31 | Heft 3 | 2025

3 | 2025

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ Zur Diskussion gestellt

Die Pandemie im demokratischen Rechtsstaat

Reformulierungen des Verhältnisses zwischen personenbezogener Sicherungsphilosophie und sozialen Infrastrukturen in Gesundheit und Pflege

■ Übersicht

Dritte Orte – eine Möglichkeit zur Verbesserung der Ernährung?

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

Florian Bauer
Stefan Huster
Jürgen Zerth

83

Editorial

In der Covid-19-Pandemie haben hierzulande die Regierungen über freiheitseinschränkende Schutzmaßnahmen entschieden, die Parlamente blieben weitestgehend außen vor. Und die Kritik daran richtete sich oftmals gegen die Justiz. Bei der Aufarbeitung der Pandemiepolitik in einer Enquetekommission, wie sie jetzt vom Bundestag beschlossen wurde, sollten daher auch Grund- und Verfassungsfragen thematisiert werden, meint Prof. Stefan Huster in seinem Beitrag „Die Pandemie im demokratischen Rechtsstaat“.

Aufgrund der Erfahrungen während der Corona-Pandemie untersucht Prof. Jürgen Zerth unter Bezug auf die Grundsätze der Sozialen Marktwirtschaft in seinem Beitrag „Reformulierungen des Verhältnisses zwischen personenbezogener Sicherungsphilosophie und sozialen Infrastrukturen in Gesundheit und Pflege“ welche Rolle soziale Sicherung im Gesundheitswesen künftig einnehmen kann.

Dass Ernährung Einfluss auf die Gesundheit hat, ist weitgehend unbestritten. Ob sogenannte „Dritte Orte“ sich positiv auf das Ernährungsverhalten auswirken könnten, hat Florian Bauer in einer ausführlichen Recherche untersucht.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Zur Diskussion gestellt

Die Pandemie im demokratischen Rechtsstaat
Stefan Huster 63

Reformulierungen des Verhältnisses zwischen personenbezogener Sicherungsphilosophie und sozialen Infrastrukturen in Gesundheit und Pflege
Jürgen Zerth 70

Übersicht

Dritte Orte – eine Möglichkeit zur Verbesserung der Ernährung?
Florian Bauer 78

Aus der Rechtsprechung 83

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 31. Wissenschaftspreis bis zum Eingangsschluss 31. Mai 2026 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. Allrogen
B. Brennecke
G. Demmler
D. Häckl
K. Kemnitz
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 Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

VERLAG

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

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

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte
Warenzeichen werden nicht immer
besonders kenntlich gemacht. Aus
dem Fehlen eines solchen Hinwei-
ses kann nicht geschlossen wer-
den, dass es sich um einen freien
Warennamen handelt. Die Zeitschrift und
alle in ihr enthaltenen Beiträge und Ab-
bildungen sind urheberrechtlich geschützt.
Mit Ausnahme der gesetzlich zugelas-
senen Fälle ist eine Verwertung ohne Ein-
willigung des Verlages strafbar. Weder
Herausgeber noch Verlag haften für
Inhalte, Informationen sowie die Richtig-
keit der Aktenzeichen, die verlagsseitig
mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 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**.

Stefan Huster

Die Pandemie im demokratischen Rechtsstaat

Anmerkungen zu einigen Grund- und Verfassungsfragen der Pandemiepolitik*

I. Einleitung

Mit der Ankündigung der neuen Bundesregierung, eine Aufarbeitung der Pandemiepolitik in Form einer Enquete-Kommission einleiten zu wollen, sind nochmals die Grundfragen nach Leistungen und Defiziten des Corona-Managements aufgerufen. Sie sollen hier aus juristischer Sicht analysiert (II.) und in ihrer Bedeutung für diese Aufarbeitung diskutiert werden (III.).

II. Pandemiebekämpfung – juristische und politische Diskussionen

1. Die „Stunde der Exekutive“?

In der Covid-19-Pandemie ist in Deutschland die Führungsrolle schnell auf die Exekutive – insbesondere die Regierungen – übergegangen; das war nicht erstaunlich und ist schnell bemerkt worden.¹ Dass aus der berühmten „Stunde der Exekutive“ dann aber nicht nur Stunden, Tage und Wochen, sondern Monate und Jahre wurden, weil den Parlamenten nichts „weggenommen“ wurde, wie gelegentlich behauptet wurde, sondern sie sich durch Nichtstun selbst entmäch-

tigt haben,² war dann doch überraschend. Fast hatte man den Eindruck, dass es für die Abgeordneten recht kommod war, in ihren Wahlkreisen bei Kritik an den Freiheitseinschränkenden Corona-Maßnahmen auf die Regierungen verweisen und insoweit ihre Hände in Unschuld waschen zu können; eine besonders entschiedene Absicht, das Heft des Handelns wieder in die parlamentarische Hand zu bekommen, war auch in den Anhörungen und Gesprächen, die zu diesem Thema in einigen Landtagen stattgefunden haben und an denen der Autor dieses Textes teilweise teilgenommen hat, nicht zu spüren. Man bediente sich dann auch eher niedrigschwelliger Maßnahmen, um die Parlamente wieder etwas stärker ins Spiel zu bringen; beliebt war etwa der Ausbau von Informationsrechten.³

Diese Zurückhaltung der Parlamente dürfte nicht nur die demokratische Legitimation der Coronapolitik geschwächt, sondern auch die Beratungsgrundlage unnötig verkleinert haben: Während die Regierungen von handverlesenen, oft stark medizinisch und virologisch ausgerichteten Expertenstäben mit Informationen und Handlungsempfehlungen versorgt wurden, fehlte es hier und da wohl an einem breiteren Input aus der Zivil-

gesellschaft, was z.B. Schulschließungen oder Besuchsverbote im Altenheim⁴ für die Menschen bedeuten. Dieser Input hätte über die Abgeordneten und die Parlamente durchaus in die Entscheidungen einfließen und diese verändern können; insoweit hängen institutionelle Fragen und die inhaltliche Ausrichtung der Politik durchaus zusammen.⁵ Vor diesem Hintergrund hat die Rechtsprechung den Parlamentsvorbehalt in der Pandemie sehr großzügig gehandhabt.⁶ Eine Verpflichtung der Landesparlamente zur Nutzung des Instruments des ordnungsvertretenden Gesetzes nach Art. 80 Abs. 4 GG⁷ wird man dagegen schon deshalb nicht annehmen dürfen, weil es dann der Bundestag in der Hand hätte, durch defizitäre

4 Zu den Besuchsverboten vgl. aus verfassungsrechtlicher Sicht *Friedhelm Hufen*, Zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen aus Anlass der COVID-19-Pandemie, Bonn 2020. Diese problematische Maßnahme ist übrigens in vielen Ländern ergriffen worden – selbst in Schweden, das sonst in der Pandemie sehr zurückhaltend mit Ge- und Verboten war und deshalb vielen Maßnahmekritikern als Vorbild gilt (vgl. <https://taz.de/Coronapandemie-in-Schweden!/5980804/>).

5 Vgl. dazu *Hans Michael Heinig*, Parlamente und Pandemie, FAZ v. 16.8.2021, Nr. 168, S. 6; treffend auch *Horst Dreier*, Rechtsstaat, Föderalismus und Demokratie in der Corona-Pandemie, DÖV 2021, S. 229, 242: „Parlamentarische Deliberation schützt vor seuchenpolizeilicher Blickverengung.“

6 Zur Diskussion vgl. etwa *Thorsten Kingreen*, Grundlagen des deutschen Infektionsschutzrechts, in: Stefan Huster/Thorsten Kingreen (Hrsg.), Handbuch Infektionsschutzrecht, 2. Aufl., München 2022, Kap. 1 Rn. 130 ff.

7 Vgl. dazu *Anika Klafki*, Mehr Parlament wagen? – Die Entdeckung des Art. 80 IV GG in der Corona-Pandemie, NVwZ 2020, S. 1718 ff.; *Hinnerk Wißmann*, Ordnungsvertretende Gesetzgebung, JöR 69 (2021), S. 619 ff.

* Dieser Text ist bereits erschienen in: Frauke Brosius-Gersdorf u.a. (Hrsg.), Rechtskonflikte. Festschrift für Horst Dreier zum 70. Geburtstag, Tübingen (Mohr Siebeck) 2024, S. 557 – 571.

1 Vgl. nur *Hans Michael Heinig u.a.*, Why constitution Matters – Verfassungsrechtswissenschaft in Zeiten der Corona-Krise, JZ 2020, S. 861 ff.

2 Vgl. *Christoph Möllers*, *Parlamentarische Selbstentmächtigung im Zeichen des Virus*, *VerfBlog*, 2020/3/26, <https://verfassungsblog.de/parlamentarische-selbstentmaechtigung-im-zeichen-des-virus/>

3 Zur Übersicht vgl. *Lamia Amhaouach/Stefan Huster/Andrea Kießling/Lynn Schaefer*, Die Beteiligung der Landesparlamente in der Pandemie – Modelle und Entwicklungen, NVwZ 2021, S. 825 ff.

Gesetzgebung die Landesparlamente zum Erlass von Gesetzen zu zwingen. Ein Folgeproblem ist der jetzige Zustand des IfSG. Die unwillige, punktuelle und unsystematische Tätigkeit des Bundesgesetzgebers hat dazu geführt, dass das Gesetz ein Steinbruch geworden ist, in dem sich verschiedene Normschichten überlagern und überkreuzen. Auch die – nach ziemlich einhelliger Meinung verfassungswidrigen⁸ – Befugnisse des Gesundheitsministeriums zum Erlass gesetzesabweichender Verordnungen nach § 5 Abs. 2 IfSG sind noch (unter dem Vorbehalt der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite) im Gesetz verankert. Aufräumarbeiten wären daher dringend geboten und sinnvolle Vorschläge liegen auch vor,⁹ aber die politische Energie dafür wird angesichts anderer Großereignisse und des Umstandes, dass mit einer IfSG-Reformdiskussion alte Corona-Wunden aufgerissen würden, voraussichtlich auf absehbare Zeit nicht vorhanden sein. Die Defizite der Rechtsgrundlagen der Pandemiebekämpfung, die man schon vor Corona konstatiert hat,¹⁰ sind daher bisher nicht ausgeräumt. Eigenartigerweise wird aber daran weniger gedacht, wenn eine „Aufarbeitung“ der Pandemiepolitik gefordert wird.¹¹

2. Hat der Rechtsstaat versagt? Die Grenzen der Verhältnismäßigkeitskontrolle

Es war und ist charakteristisch für die juristische, aber auch die allgemeine öffentliche Diskussion in Deutschland,

8 Vgl. dazu den Bericht „Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik“ (veröffentlicht mit der gesetzlich vorgesehenen Stellungnahme der Bundesregierung unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/038/2003850.pdf>), S. 105 ff.; zuvor bereits Dreier, DÖV 2021, S. 235 ff.

9 Vgl. Johannes Gallon/Anna-Lena Hollo/Andrea Kießling, Epidemiegesetz. Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Rechtsgrundlagen der Epidemiebekämpfung, 2023.

10 Vgl. Anika Klafki, Risiko und Recht, 2017.

11 Vgl. dazu unten bei III.

dass Stimmen, die die Coronamaßnahmen dezidiert skeptisch beurteilen, besonders die Justiz kritisieren und ein «Versagen des Rechtsstaats» konstatieren.¹² Im Vordergrund steht dabei das – tatsächliche oder vermeintliche – Versäumnis, die individuelle Freiheit mittels der Grundrechte gegenüber diesen Maßnahmen zur Geltung zu bringen. Dogmatisch ist das in der Regel als ein Problem der Reichweite und Kraft des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes dargestellt worden, der im deutschen Verfassungsrecht das zentrale Instrument des materiellen Grundrechtsschutzes darstellt.¹³ Nun kann man über die Ergebnisse einzelner Verhältnismäßigkeitsprüfungen bekanntlich immer streiten, weil der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz nur selten trennscharfe Resultate produziert. Man wird daher auch kaum darlegen können, dass alle pandemiemaßnahmenbezogenen Prüfungen gelungen sind. Ebenso wenig wird man aber behaupten können, dass die Verhältnismäßigkeitskontrolle und damit der freiheitsschützende Rechtsstaat insgesamt versagen haben.

12 Vgl. etwa Alexander Blankenagel, Did Constitution Matter?, JZ 2021, S. 702 ff.; mit dieser Tendenz auch Oliver Lepsius, Partizipationsprobleme und Abwägungsdefizite im Umgang mit der Corona-Pandemie, JöR 69 (2021), S. 705, 730 ff.

13 Aus der Diskussion zur grundrechtlichen Kontrolle der Pandemiepolitik vgl. etwa Horst Dreier, Verfassungsrechtliche Grenzen des Infektionsschutzes, in: Ansgar W. Lohse (Hrsg.), Infektionen und Gesellschaft. COVID-19, frühere und zukünftige Herausforderungen durch Pandemien, Berlin 2021, S. 90, 105 ff.; Klaus Ferdinand Gärditz, Grundrechtsschutz in der Pandemie, NJW 2021, S. 2761 ff.; Stefan Huster/Lara Wiese, Einschränkung der Grundrechte des Grundgesetzes in Ausnahme- und Krisenzeiten, in: Pierre Thielbörger/Sascha Rolf Lüder (Hrsg.), Die Bewältigung des Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) als Herausforderung an das Völkerrecht, das Verfassungsrecht und das Verwaltungsrecht, 2022, S. 57 ff.; Oliver Lepsius, Grundrechtsschutz in der Corona-Pandemie, RuP Beiheft 7 (2021), S. 40 ff.; Anna Katharina Mangold, Relationale Freiheit. Grundrechte in der Pandemie, VVDStRL 80 (2021), S. 7 ff.; Stephan Rixen, Grenzenloser Infektionsschutz in der Corona-Krise?, RuP Beiheft 7 (2021), S. 67 ff.

Das Bundesverfassungsgericht, auf das sich hinsichtlich des Grundrechtsschutzes das Augenmerk zunächst richtet, kam relativ spät ins Spiel, weil sich der Bundesgesetzgeber erst mit der «Bundesnotbremse» im Frühjahr 2021 zu sachhaltigen Vorgaben im Infektionsschutzgesetz entschloss. Die beiden entsprechenden Entscheidungen des Verfassungsgerichts nahmen dann die Verhältnismäßigkeitskontrolle tatsächlich weit zurück und akzeptierten auch Instrumente wie die Ausgangsbeschränkungen, die nur mit viel gutem Willen noch als mittelbar wirksame Maßnahmen gegen die Infektionsausbreitung angesehen werden konnten.¹⁴ Auch ist es irritierend, dass dem Gesetzgeber selbst bei der Bewertung der Angemessenheit noch ein Spielraum eingeräumt wird;¹⁵ gleichzeitig ist es angesichts des Umstandes, dass sich die Verhältnismäßigkeitskontrolle typischerweise auf den Ausschluss einer mehr oder minder evidenten Unverhältnismäßigkeit reduziert, durchaus fraglich, ob sich dadurch am Ergebnis viel geändert hat. Die Last der Grundrechtskontrolle haben die Verwaltungsgerichte getragen, die in zahlreichen Entscheidungen in sehr unterschiedlichen Konstellationen zu sehr differenzierten Ergebnissen gelangt sind.¹⁶ Hier war weniger das Problem, dass die Verhältnismäßigkeitskontrolle generell ausgefallen wäre, sondern dass sie oft zu spät kam: In dem dynamischen Pandemiegeschehen waren die Maßnahmen häufig schon gar nicht mehr

14 Vgl. BVerfGE 159, 223 ff.; 159, 335 ff. Anders zur Ausgangsbeschränkung in Bayern dagegen Bay-VGH, BayVBl. 2022, S. 158 ff.; BVerwGE 177, 92 ff.

15 Vgl. BVerfGE 159, 223, 319. Kritisch dazu Oliver Lepsius, Nach BVerfG zur Bundesnotbremse: Zerstörerisches Potential für den Verfassungsstaat, Legal Tribune Online, 03.12.2021 (https://www.lto.de/persistent/a_id/46831/).

16 Vgl. nur letztinstanzlich und mit unterschiedlichen Ergebnissen BVerwGE 177, 60 ff. und 177, 92 ff., zu Ausgangsbeschränkungen in Bayern und Kontaktbeschränkungen und Betriebsschließungen in Sachsen.

aktuell, wenn die Verwaltungsgerichte im Hauptsacheverfahren entschieden. Der einstweilige Rechtsschutz konnte das kaum kompensieren, weil hier die empirischen Bedenken gegen die Maßnahmen und ihre Verhältnismäßigkeit nicht durchgreifend geltend gemacht werden konnten.¹⁷ Das sind Problem, die den verwaltungsgerichtlichen Rechtsschutz in ganz allgemeiner Weise betreffen und schon deshalb kaum das Verdikt eines spezifisch pandemiebezogenen Versagens des Rechtsstaats tragen.

Dieses Verdikt ist auch deshalb schwerlich plausibel, weil mit dem Ende der Pandemie die Maßnahmen flächendeckend aufgehoben und umstandslos zur rechtsstaatlichen Normalität zurückgekehrt wurde. Die Befürchtungen, durch die Rechtfertigung der Einschränkungen während der Pandemie könne es zu einem generellen Substanzverlust des Freiheitsschutzes kommen,¹⁸ haben sich – soweit ersichtlich – nicht bestätigt. Zudem sind in vielen anderen Staaten, denen man einen demokratischen und rechtsstaatlichen Charakter nicht absprechen mag, zum Teil noch sehr viel härtere und länger andauernde Maßnahmen ergriffen worden. Schließlich dürfte unterschätzt werden, welche Steuerungswirkung die Freiheitsrechte auch dann gehabt haben, wenn sie nicht gerichtlich geltend gemacht worden wären: Viele Maßnahmen, die man sich im Kampf gegen die Pandemie durchaus hätte vorstellen können, sind wegen verfassungsrechtlicher Bedenken vermutlich erst gar nicht ergriffen worden; dieser Effekt ist nur sehr begrenzt beweis- und

quantifizierbar, deshalb aber nicht zu vernachlässigen.¹⁹

Grundsätzlich wird man bei der Bewertung des Agierens der Dritten Gewalt in der Pandemie berücksichtigen müssen, dass die Lage für die Gerichte nicht einfach war. Die Ungewissheiten betrafen die Wirksamkeit und die Nebenfolgen der Maßnahmen und waren also zuvörderst empirischer Natur – und in dieser Situation tut sich die Justiz immer schwer, klüger sein zu wollen als die anderen Staatsgewalten mit ihrem administrativen und – etwa in Form von Expertenräten – zusätzlich organisierten Sachverstand. Die Idee einiger «Justizkritiker», die Richter hätten sich nach ihrem Vorbild noch schnell an der Wikipedia- oder Youtube-Universität zu Virologen oder Epidemiologen fortbilden und auf dieser Grundlage einen Überblick über die weltweite Studienlage verschaffen können, um dann – wie diese Kritiker selbst – zu den «richtigen» Einschätzungen zu gelangen, geht an den Realitäten eines hochgradig spezialisierten Wissenschaftssystems meilenweit vorbei. Ein Umgang mit der empirischen Unsicherheit kann nur auf dem prozeduralen Weg gefunden werden, den das Bundesverfassungsgericht gewiesen hat: Der Gesetzgeber muss die Situation beobachten und sich umso mehr Informationen verschaffen, je länger die Freiheitseinschränkungen dauern.²⁰ Auch dann werden aber nicht alle Unklarheiten zu beseitigen sein. Selbstverständlich soll und muss man sich um eine möglichst rationale Entscheidungsgrundlage bemühen, aber die Vorstellung

einer «evidenzbasierten Jurisprudenz»²¹ oder «evidenzbasierten Rechtsetzung»²² dürfte sehr grundsätzlich die Bedingungen menschlichen Handelns verfehlen: Politik ist immer Handeln unter Unsicherheit. Vor Kurzschlüssen nach dem Prinzip, dass ohne das Vorliegen zweifelsfreier Evidenz gar keine freiheitseinschränkenden Maßnahmen möglich sind, ist daher zu warnen. Zustimmungsfähig hat die Entscheidung «Bundesnotbremse II» dies in einem Leitsatz zusammengefasst: «Bei einer lange andauernden Gefahrenlage wie der Corona-Pandemie muss der Gesetzgeber seinen Entscheidungen umso fundiertere Einschätzungen zugrunde legen, je länger die zur Bekämpfung der Gefahr ergriffenen belastenden Maßnahmen anhalten. Allerdings dürfte der Staat große Gefahren für Leib und Leben am Ende nicht deshalb in Kauf nehmen, weil er nicht genug dazu beigetragen hat, dass freiheitsschonendere Alternativen zur Abwehr dieser Gefahren erforscht wurden.»²³ Auch die gelegentlich zu hörende Behauptung, die Verhältnismäßigkeitsprüfung müsse neu aufgestellt werden, um die „Kollateralschäden“ staatlicher Maßnahmen in den Blick zu bekommen, dürfte schwerlich überzeugen: Denn die Freiheitseingriffe, die aus Gründen des Gesundheitsschutzes ergriffen wurden, sind in ihren Auswirkungen nichts anderes als diese „Kollateralschäden“ und werden daher ganz selbstverständlich einer Verhältnismäßigkeitskontrolle unterzogen. Das mag im Einzelfall mehr oder weniger gut gelungen sein, aber ein strukturelles Problem ist hier nicht ersichtlich. Am ehesten ist es noch schwierig, die soziale Ausdifferenzierung der Maßnahmen und ihrer

17 Vgl. dazu etwa *Oliver Lepsius*, Partizipationsprobleme und Abwägungsdefizite im Umgang mit der Corona-Pandemie, *JöR* 69 (2021), S. 705, 708 f.

18 Diese Befürchtung teilte anfangs auch der Autor dieses Artikels, vgl. *Stefan Huster/Thorsten Kingreen/Uwe Volkmann*, Der infizierte Rechtsstaat, <https://taz.de/Krisenmanagement-und-Ungleichheit!/5674368/>.

19 Vgl. dazu *Daniel Wolff*, (Post)Pandemische Rechtswissenschaft – Zehn Thesen zu Forschung und Lehre in und nach der Gesundheitskrise, *RW* 2022, S. 319, 325 f. Vgl. auch *Matthias Jestaedt/Anna-Bettina Kaiser*, Kritik ja, Verfassungskrise nein: Das staatliche Pandemiemanagement im Lichte des Verfassungsrechts, *VerfBlog*, 2021/3/31, <https://verfassungsblog.de/kritik-ja-verfassungskrise-nein/>.

20 Vgl. BVerfGE 159, 355, 431 ff.

21 Vgl. *Hanjo Hamann*, Evidenzbasierte Jurisprudenz, 2014.

22 Vgl. *Klaus Meßerschmidt/Christian von Hesler*, Evidenzbasierte Rechtsetzung in der Pandemiekrise, *ZG* 2022, S. 200 ff.

23 BVerfGE 159, 355, 356 (Leitsatz 4).

Auswirkungen in die Verhältnismäßigkeitsprüfung zu integrieren.²⁴

Generell wird man sagen müssen, dass der anlässlich der Pandemie geäußerten Rechtsstaats- und Justizkritik eine übersteigerte und sehr deutsche Erwartung an die Gerichte zugrunde liegt: Es mögen (tatsächliche oder vermeintliche) Defizite bis hin zu massenhysterischen Erscheinungen in Politik, Medien und Wissenschaft bestehen – der Verwaltungsrichter soll fest und unbeeindruckt wie ein Fels in der Brandung die individuelle Freiheit verteidigen und gegenüber allen demokratisch-politischen Verirrungen, Einseitigkeiten der wissenschaftlichen Politikberatungen und medial-kulturellen Dynamiken resistent sein. Ersichtlich kommt darin eine unrealistische und extrem justizlastige Sichtweise zum Ausdruck, deren Erwartungen die Gerichte nur enttäuschen können. Wenn es in der Pandemie ein Versagen gegeben hat, war es eher ein Demokratie- als ein Rechtsstaats- und Justizversagen, weil die Parlamente sich ihrer Verantwortung weit hin entzogen haben und dadurch manche Aspekte unterbelichtet geblieben sind.²⁵ Derartige Defizite kann aber die Justiz nicht vollständig kompensieren. Dies gilt insbesondere auch für die Erwartung, die Gerichte mögen (tatsächliche oder vermeintliche) Irrtümer der Wissenschaften und medizinischen oder sonstigen Fachverbände und Experten korrigieren: Wenn es dort Fehleinschätzungen gegeben hat, sind es die Fachkreise selbst, die über Reformen nachdenken müssen; die Justiz kann sich nicht zum Oberschiedsrichter in wissenschaftlichen Kontroversen aufschwingen und Außenseitermei-

24 Zu den sozial differenzierten Auswirkungen der Maßnahmen vgl. nur *Thomas Gerlinger*, Abschottung und soziale Ungleichheit. Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf Instrumente der Pandemieeindämmung, in: *Andrea Kießling* (Hrsg.), *Quarantäne, Isolation, Abschottung*, 2023, S. 79 ff.

25 Vgl. dazu soeben bei 1.

nungen (selbst wenn sie sich später als richtig erweisen mögen) zum Durchbruch verhelfen. Diese Erwartung zu hegen, ist nur die Kehrseite des ebenso unpolitischen oder politisch naiven Slogans «Follow the Science». Anstatt über weitere Ausdifferenzierungen der Verhältnismäßigkeitskontrolle nachzudenken, wäre es zielführender zu überlegen, wie man es verhindert, dass sich die Exekutive verselbständigt, und wie eine breitere und pluralistischere Politikberatung zur Vermeidung eines expertokratischen Tunnelblicks sichergestellt werden kann.²⁶

3. Missverständnisse des Freiheitsschutzes und des Freiheitsbegriffs

Es verwundert nicht, dass über grundlegende Orientierungsbegriffe unseres politischen und rechtlichen Zusammenlebens – Freiheit, Gleichheit, Demokratie, Menschenwürde u.ä. – keine Einigkeit zu erzielen ist: Denn dies sind „Essentially Contested Concepts“ oder – mit den Worten von Ronald Dworkin – „interpretative Begriffe“, in deren Interpretation sich gerade die Meinungsverschiedenheiten und politischen Konflikte widerspiegeln.²⁷ Trotzdem war es überraschend, wie in der Pandemie angesichts der Ein-

26 Das Themenfeld der wissenschaftlichen Politikberatung und ihrer Ausgestaltung hat zuletzt in der und durch die Pandemie erhebliche Aufmerksamkeit gefunden; vgl. nur *Klaus F. Gärditz*, Freie Wissenschaft als Gelingensbedingung der politischen Willensbildung in der Pandemie, *JöR* 69 (2021), S. 505 ff.; *ders.*, Hoflieferanten, 2023; *Richard Münch*, Die Herrschaft der Inzidenzen und Evidenzen, 2022; *Laura Münkler*, Expertokratie, 2020; *dies.*, „Nothing else matters“, *JöR* 69 (2021), S. 535 ff.; *Hans-Heinrich Trute*, Follow the Science? Zum Verhältnis von Wissenschaft und Politik/Verwaltung in der COVID-19-Pandemie, in: *Margit Seckelmann/Veit Nehde* (Hrsg.), *Der öffentliche Dienst „nach Corona!“, Tübingen 2023*, S. 49 ff.; *Urban Wiesing u.a.*, Wissenschaftliche (Politik-)Beratung in Zeiten von Corona: Die Stellungnahmen der Leopoldina zur Covid-19-Pandemie, *ethikundgesellschaft* 1 (2021) (<https://open-journals.uni-tuebingen.de/ojs/index.php/eug/article/view/1-2021-art-6>).

27 Vgl. *Ronald Dworkin*, *Gerechtigkeit für Igel*, Frankfurt/M. 2012, S. 268 ff.

schränkungen durch die Corona-Maßnahmen der Freiheitsbegriff – auch und gerade unter Bezugnahme auf seine verfassungsrechtliche Bedeutung – plötzlich wieder in die Diskussion geraten ist. Hier zeigten sich Missverständnisse in der Kommunikation zwischen Verfassungsrecht, politischer Philosophie und politischer Öffentlichkeit, die im Folgenden nur angedeutet werden können.

Eine große Konfusion entstand in der Frage, wie absolut der Freiheitsschutz ausgestaltet sein muss. Maßnahmenskeptische Stimmen beharrten darauf, dass es einen individuellen Freiheitsraum geben müsse, der dem Staat unter jeglichen Bedingungen unzugänglich sei; im Zusammenhang mit der Diskussion über eine Impfpflicht wurde insoweit gern die Körpergrenze als absolute Schranke angesehen. Auf der Grundlage dieser Position musste die Formulierung eines Bundeskanzlers, es gebe bei der Pandemiebekämpfung „keine roten Linien“ mehr, ebenso auf Empörung treffen wie das Versäumnis der Gerichte, gegenüber der Pandemiepolitik die Wesensgehaltsgarantie der Grundrechte zu mobilisieren. Aus einer grundrechtsdogmatischen Sicht beruht diese Kritik auf einem Missverständnis: Dass es keine absoluten Grenzen und geschützten Freiheitsräume gibt, bedeutet nicht, dass der Freiheitsschutz leerläuft – er ist eben nur ein relativer, von Verhältnismäßigkeitsüberlegungen abhängiger Schutz. Dass es – wenn man nicht ganz unplausible Ergebnisse produzieren will – nahezu unmöglich ist, absolut geschützte Freiheitsphären zu benennen, ist die Erkenntnis einer jahrzehntelangen verfassungsrechtlichen und -gerichtlichen Abwägungsdogmatik, in der Wesensgehaltsgarantie des Art. 19 Abs. 2 GG deshalb auch keine maßgeb-

liche Rolle gespielt hat.²⁸ Das ist in der Pandemie nicht anders: Dass z.B. eine Impfpflicht einen begründungsbedürftigen Freiheitseingriff darstellt, ändert nichts daran, dass es immer wieder Konstellationen geben wird, in denen diese Rechtfertigung gelingt²⁹ – in diesem, aber auch nur in diesem Sinne gibt es tatsächlich weithin „keine roten Linien“. Man muss sich daher schon auf die Analyse der konkreten Konstellation einlassen und kann sich ihr nicht mit der Annahme entziehen, eine Impfpflicht sei per se und immer verfassungswidrig. Auch die gelegentlich gezogene Parallele zur Entscheidung zum Luftsicherheitsgesetz³⁰ greift nicht: Denn bei der Impfung geht es nicht darum, konkrete Menschen zugunsten der Rettung anderer Menschen zu opfern, sondern um die Auferlegung eines minimalen Risikos für eine unbestimmte Allgemeinheit, um das sehr viel größere Risiko durch die Erkrankung zu vermeiden.³¹

Wollte man dies anders sehen, brähe sich ein Absolutismus des Gesundheits- und Lebensschutzes Bahn, der gerade den Befürwortern entschiedener Pandemiemaßnahmen kritisch vorgehalten wurde. Tatsächlich lässt sich spiegelbildlich auch zur Rechtfertigung der Pandemiemaßnahmen nicht auf einen strikten Vorrang des Lebens- und Gesundheitsschutzes

verweisen: Wenn es nicht um das Leben konkreter Menschen, sondern eine bloße Risikoerhöhung für eine unbestimmte Vielzahl von Menschen geht, kann man sich das politische und juristische Abwägen im Einzelfall nicht ersparen.³² Es ist eigentlich erstaunlich, dass man in der Pandemiediskussion an derartige Trivialitäten erinnern musste.³³

Eine ähnliche Verwirrung betraf schließlich – was hier nur kurz angesprochen werden kann – den Freiheitsbegriff selbst.³⁴ Der grundrechtsdogmatische Freiheitsbegriff beschreibt bekanntlich nach überwiegender Auffassung zunächst eine weite und nicht durch substantielle Vorgaben eingeschränkte Willkürfreiheit. Aber diese Freiheit ist dann eben erst eine „prima facie-Freiheit“, die im politischen und juristischen Diskurs mit anderen Freiheiten und Rechtsgütern zu einem Ausgleich gebracht werden muss.³⁵ In der Pandemiediskussion haben sich nun Extrempositionen gebildet, die sich jeweils nur auf eine Seite dieser verfassungsrechtlichen Medaille bezogen haben. Während es in manchen „vulgär-

liberalen“³⁶ Stellungnahmen so klingt, als sei jede Freiheitseinschränkung des Teufels,³⁷ scheinen andere behaupten zu wollen, dass jedes nicht gemeinwohlverträgliche („solidarische“) Verhalten schon aus dem Freiheitsbegriff herausfalle.³⁸ Beide Positionen berufen sich dabei gerne auch auf den Freiheitsbegriff des Grundgesetzes. Das ist irreführend, denn der Verfassung lässt sich nur entnehmen, dass Einschränkungen der Freiheit rechtfertigungsbedürftig sind; das Ob und Wie dieser Einschränkungen muss dann noch im politischen und juristischen Diskurs geklärt werden.

4. Diskursverengungen und -zerstörungen

Gelitten hat in der Pandemie sicherlich die öffentliche Diskussionskultur, wobei insoweit zwei gegenläufige und sich gegenseitig hochschaukelnde Entwicklungen zu beobachten waren. Auf der einen Seite gab es auf Seiten der tonangebenden Politiker und ihrer Unterstützer hier und da die Tendenz, jede kritische Stellungnahme zur Pandemiepolitik als Angriff auf das politische System aufzufassen, die Kritiker hart anzugehen und auf diese Weise den Diskurs zu verengen. Der Autor dieses Textes hat diese Erfahrung trotz einiger sehr früher kritischer

28 Vgl. dazu nur *Stefan Huster*, Rechte und Ziele, 1993, S. 80 ff. mwN. Anders gelagerter Versuch einer Reaktivierung der Norm jetzt bei *Nils Schaks*, Demokratische Dekonsolidierung, Tübingen 2023.

29 Zur Diskussion vgl. nur jüngst BVerfGE 161, 299 ff. (einrichtungsbezogene Covid-19-Impfpflicht); BVerfGE 162, 378 ff. (Masernimpfpflicht); *Friederike Gebhard*, Impfpflicht und Grundgesetz, 2022; *Martin Nettesheim*, Impfpflichten, 2023.

30 BVerfGE 133, 241 ff. Darauf beruft sich etwa *Dagmar Schulze-Heuling*, Ethik und Corona, Zeitschr. f. Politikwiss. 31 (2021), S. 417, 426 f.; *dies.*, Negative und positive Pflichten. Über eine wichtige Unterscheidung für eine ethische Politik gegen Pandemien, RPhZ2021, S. 357, 370.

31 Rechtsdogmatisch gewendet: Es geht hier nicht mehr (nur) um Gefahrenabwehr, sondern (auch) um Risikoversorge; vgl. dazu *Andrea Kießling*, Von der punktuellen Gefahrenabwehr zur planerischen Risikoversorge im Infektionsschutzrecht, JZ 2022, S. 53 ff.

32 Vgl. dazu *Stefan Huster*, Zwischen Sozialversicherung, medizinischer Infrastruktur und kollektiven Freiheitsbeschränkungen: Die staatliche Verantwortung für Leben und Gesundheit und die Auswahl ihrer Mittel, in: Klaus Günther/Uwe Volkmann (Hrsg.), Freiheit oder Leben? Das Abwägungsproblem der Zukunft, Berlin 2022, S. 124 ff.; *Lepsius*, JöR 69 (2021), S. 731 ff.; insoweit zutreffend auch *Dietrich Murswiek*, Die zwei Schutzgüter des Rechts auf Leben. Über Abwägungsfehler bei der Anwendung des Rechts auf Leben am Beispiel der Corona-Politik, in: FS für Gilbert Gornig, 2023, S. 475 ff.

33 Ähnlich *Dreier*, Verfassungsrechtliche Grenzen des Infektionsschutzes, S. 106.

34 Vgl. dazu ausführlicher *Stefan Huster*, Der grundrechtsdogmatische Freiheitsbegriff – Sinn und Grenzen. Eine Anmerkung zum inter- und transdisziplinären Gespräch, in: FS für Robert Alexy, 2025 (i.E.).

35 Vgl. dazu nur *Martin Borowski*, Grundrechte als Prinzipien, 3. Aufl., Baden-Baden 2018.

36 Den Begriff verwenden *Birte Förster/Armin Nassehi*, Wie die Freiheit unter die Räder kommt, FAZ v. 9.9.2021, S. 6; ähnlich *Jürgen Kaube*, Die intellektuelle Verwahrlosung der Libertären (<https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/warum-freiheit-keine-obsession-werden-darf-18871928.html>). Ein Beispiel für diese Position ist *Anna Schneider*, Freiheit beginnt beim Ich, München 2022. Zur Auseinandersetzung vgl. wiederum *Jan Skudlarek*, Wenn jeder an sich denkt, ist NICHT an alle gedacht, Stuttgart 2023.

37 Kritisch dazu auch *Hans Peter Bull*, Freiheitsbegriff, Staatsverständnis und politische Ethik im Wandel, RuP Beiheft 10 (2022), S. 26, 34 ff.

38 In diese Richtung etwa die Konstruktion bei *Rainer Forst*, Freiheit quergedacht ist auf den Hund gebracht, FAZ v. 18.1.2022, S. 11.

Äußerungen zur Pandemiepolitik³⁹ nie gemacht, aber musste erleben, dass seine Mitarbeiterin (und jetzige Kollegin) und ein Kollege aufgrund juristisch wohlbe-gründeter Kritik in einer Anhörung von einem Bundestagsabgeordneten öffent-lich der AfD- und Querdenker-Nähe bezichtigt wurden.⁴⁰ Dass die Nerven in der Pandemie gelegentlich blank lagen, kann derartige Vorgänge erklären, aber nicht rechtfertigen.

Auf der anderen Seite ist nicht zu leug-nen, dass in der und über die Pandemie bis heute eine unglaubliche Fülle an Desinformationen verbreitet wurde und wird – und tatsächlich häufig von Per-sonen und Gruppen, die «Kritik» an der Pandemiepolitik für ihre Generalopposi-tion gegen das politische System instru-mentalalisieren,⁴¹ so wie dies zuvor bereits in der Migrations- und Flüchtlingspoli-tik geschehen war und nun im Ukrai-nekrieg und in der Klimapolitik wieder

geschieht.⁴² Tatsächlich ist dabei gar nicht einmal – jedenfalls bis zu einer gewissen Grenze – die mehr oder weniger offen zur Schau getragene extremistische⁴³ oder populistische politische Haltung das Hauptproblem, sondern die jede ratio-nale öffentliche und wissenschaftliche Debatte zerstörende Verbreitung von Falschinformationen, Halbwahrheiten und Verschwörungstheorien, wie sie in den Jahren zuvor bereits in den USA zu beobachten war.⁴⁴ Den Verbreitern von «alternativen Fakten» wird man kaum rechtlich, sondern nur dadurch begegnen können, dass man ihnen widerspricht und ihr Gebaren scharf zurückweist. Nicht jeder an sich wohlmeinende und kon-struktive Kritiker der Coronapolitik hat aber immer den gebührenden Abstand zu extremistischen oder querdenke-rischen Kreisen gehalten, was seine Kri-tik dann politisch diskreditiert hat. Dabei ist zuzugeben, dass zwischen verantwor-tungsvoller Debattenhygiene und über-triebener «Cancel Culture» eine dünne Linie verläuft, die manchmal überschrit-ten worden sein mag, aber eine gewisse Grauzone lässt sich insoweit in einer frei-heitlichen und demokratischen Gesell-schaft wohl nicht vollständig vermei-

den.⁴⁵ Den einen oder anderen zunächst durchaus wohlmeinenden und politisch unauffälligen Kritiker der Pandemiepoli-tik könnten die schroffen Abwehrreakti-onen auch erst in das politische Randlager abgedrängt haben; ob und inwieweit dies der Fall war, lässt sich nur in jedem Ein-zelfall ergründen.

III. „Aufarbeitung“? Was von der Pande-mie übrig bleibt

Nach wie vor wird in Deutschland disku-tiert, ob und wie die Pandemiepolitik der letzten Jahre „aufgearbeitet“ werden soll. Hier vermischen sich – wieder einmal – unterschiedliche Ebenen und politische Intentionen, was eher zu einer gewissen Skepsis gegenüber dem Vorhaben nötig-t.⁴⁶ Umstritten ist bereits, welches Ziel mit einer „Aufarbeitung“ verfolgt werden soll. Dass man aus den Fehlern der Coro-napolitik zu lernen versuchen sollte, um auf die nächste Pandemie – oder eine ver-gleichbare Bedrohungslage – besser vor-bereitet zu sein, wird kein vernünftiger Mensch bestreiten. Das ist aber wohl leichter gesagt als getan. Das Interesse richtet sich insoweit regelmäßig auf die Evaluation einzelner Maßnahmen der Pandemiebekämpfung: Haben Masken, Schulschließungen, Lockdowns geholfen oder waren sie wirkungslos oder haben sie sogar geschadet? Insoweit ist aber zum einen unklar, ob man das eindeutig klä-ren können wird: Die Erhebung der Daten zur Wirksamkeit und zu den Nebenfolgen der Maßnahmen, die damals unterlassen wurde, kann nicht mehr nachgeholt wer-

39 Bereits aus dem März 2020 vgl. *Stefan Huster*, Grenzen der Solidarität, *VerfBlog*, 2020/3/22, <https://verfassungsblog.de/grenzen-der-solidari-taet/>; *ders./Kingreen/Volkman*, Der infizierte Rechtsstaat.

40 Zum Vorgang und seiner Einordnung vgl. *Stephan Rixen*, Heribert Hirte und die Wissen-schaft: Wer künftig als Sachverständiger im Deutschen Bundestag auftritt, sollte auf der Hut sein., *VerfBlog*, 2021/1/20, <https://verfassungsblog.de/heribert-hirte-und-die-wissenschaft/>; und dazu dann die Antwort von *Heribert Hirte*, Auch Sach-verständige tragen Verantwortung für die Gesell-schaft und sind Teil der politischen Willensbildung: Meine Antwort auf den Beitrag „Heribert Hirte und die Wissenschaft“ von Stephan Rixen, *VerfBlog*, 2021/1/23, <https://verfassungsblog.de/auch-sach-verstandige-tragen-verantwortung-fur-die-gesell-schaft-und-sind-teil-der-politischen-willensbil-dung/>.

41 Besonders augenfällig ist dies im Fall der AfD, die die Bundesregierung zunächst wegen ihrer Un-tätigkeit in der Pandemie kritisiert und einschnei-dende Maßnahmen gefordert hat (<https://www.afd.de/alice-weidel-covid19-nichtstun-der-bundesre-gierung-gefaehrdet-leib-und-leben-der-menschen/>), um ab dem Moment, in dem die geforderten Maß-nahmen ergriffen wurden, sich zu deren schärfster Kritikerin zu wandeln.

42 Interessanterweise ist die Querdenkerfront in dem Israel-Palästina-Konflikt zerbrochen - mit der Folge, dass man nun das politische System bekämpft, weil es Israel unterstützt oder dies gerade nicht (hinreichend) tut. Man wird auch das als Beleg dafür nehmen können, dass es bestimm-ten Kräften auf die „Systemopposition“ als solche ankommt und sie sich dafür geeignete Anlässe suchen.

43 Dazu werden hier auch extrem libertäre Haltungen gezählt, die – in den USA verbreiteter als in Deutschland – die Pandemiepolitik vor allem deshalb kritisieren, weil sie hier einen übergrif-figen „administrative state“ am Werk sehen, den sie generell ablehnen. Dass auch Vertreter der viel diskutierten „Great Barrington Declaration“ unter das Dach derartiger Gruppierungen geschlüpft sind (vgl. <https://brownstone.org/articles/the-de-claration-that-wasnt-supposed-to-happen/>), wirft mancherlei Fragen auf.

44 Vgl. *Romy Jaster/David Lanius*, Die Wahrheit schafft sich ab, 2019; *Nils C. Kumkar*, Alternative Fakten, 2022.

45 Vgl. dazu mit sehr unterschiedlichen Einschät-zungen nur *Adrian Daub*, Cancel Culture Transfer, Berlin 2022; *Julian Nida-Rümelin*, „Cancel Cul-ture“ – Ende der Aufklärung?, München 2023.

46 Vgl. auch *Thorsten Kingreen*, *Jenseits der Pan-demie*, *VerfBlog*, 2023/3/07, <https://verfassungsblog.de/jenseits-der-pandemie/>: „keine gute Idee“.

den.⁴⁷ Die „Lessons learned“-Erkenntnisse werden sich daher oft auf einem recht hohen Abstraktionsniveau bewegen – etwa der Erkenntnis, dass man demnächst gleichzeitig mit den Maßnahmen eine Begleitforschung aufsetzen sollte.⁴⁸ Zum anderen könnte eine Evaluation einzelner Maßnahmen, die in der Covid-19-Pandemie ergriffen wurden, für die Bewältigung zukünftiger Herausforderungen nur sehr begrenzt hilfreich sein, weil hier sehr viel von der konkreten Bedrohungslage – etwa den Eigenschaften des jeweiligen Virus – abhängt. Dass z.B. Schulschließungen gegen das Coronavirus nur begrenzt sinnvoll waren, weil Kinder und Jugendliche nicht stärker oder sogar weniger als Erwachsene zur Verbreitung beigetragen haben, wird sich nicht umstandslos auf das nächste Virus übertragen lassen, weil dieses möglicherweise gerade Kinder und Jugendliche anspricht und gefährdet. Die Gewinnung hochabstrakter struktureller Erkenntnisse – etwa zur Datengenerierung oder zur wissenschaftlichen Politikberatung – wird dadurch nicht irrelevant, aber sie ist ersichtlich von begrenzter politischer Kraft.

Sie wird daher diejenigen Stimmen nicht zufriedenstellen, die mit der „Aufarbeitung“ ganz andere, nämlich nicht zukunftsbezogen-gestalterische, sondern vergangenheitsbezogene Ziele verfolgen, die von einer gesellschaftlichen Befriedung bis hin zu einer strafrechtlichen „Abrechnung“ reichen. Wenn man in diesem „Abrechnungsmodus“ ist, muss es

natürlich um die Frage gehen, wer mit welchen bösen Absichten wann welche Maßnahme ergriffen hat. Für dieses Projekt bieten sich dann parlamentarische Untersuchungsausschüsse an, die tatsächlich – maßgeblich auf Betreiben der AfD – in einigen Bundesländern eingerichtet worden sind und nun Entscheidungsträger der Corona-Politik hochnotpeinlich befragen. Zur Gewinnung von Erkenntnissen für den Umgang mit der nächsten Pandemie ist dieses Vorgehen offensichtlich sinnlos – da böte sich auf Parlamentebene allenfalls die Einrichtung einer Enquetekommission an – aber um derartige Erkenntnisse geht es hier wohl auch gar nicht, sondern um nachträgliche (vermeintliche) Rechthaberei. Dass hier ein Rückschaufehler nach dem anderen gemacht und das „richtige“ Ergebnis – dass die Maßnahmen nämlich grotesk falsch waren – einfach vorausgesetzt wird, liegt auf der Hand.

Eine sinnvolle Aufarbeitung der Pandemiepolitik wäre daher zu wünschen, setzt aber Zeit und Ressourcen und wissenschaftliche Begleitung voraus – und wird sich kaum für populistische Skandalisierungen eignen.⁴⁹ Eine – gar strafrechtliche – Abrechnung mit den Entscheidungsträgern unterstellt dagegen, dass die deutsche Politik in der Pandemie geradezu kriminell versagt habe. Das ist schon deshalb nicht sehr plausibel, weil nahezu alle anderen vergleichbaren Länder eine sehr ähnliche Politik gemacht haben; Deutschland hat insoweit in manchen Hinsichten besser, in anderen schlechter abgeschnitten, aber bestimmt nicht katastrophal versagt. Man muss schon – was manche bekanntlich tun – die Existenz einer Pandemie schlechthin leugnen und eine weltweite globalistische Verschwörung mit

ganz anderen sinistren Zielen unterstellen, um zu Verdammungsurteilen über die überall (und vielfach noch sehr viel härter als in Deutschland) ergriffenen Maßnahmen zu gelangen. Das wäre aber weder in der Sache nachvollziehbar noch entspricht es der Bewertung durch die deutsche Bevölkerung, die die Maßnahmen mit großer Mehrheit mitgetragen hat. Auch für den juristischen Umgang mit der Pandemie wird man letztlich zu einer differenzierten Bewertung kommen müssen. Das IfSG als Rechtsgrundlage hat – erwartbarerweise – nicht viel geholfen und müsste nun neu aufgestellt werden, was aber vermutlich zeitnah nicht passieren wird. Das passt damit zusammen, dass der Bundesgesetzgeber sich auch in der Pandemie vorrangig durch Zurückhaltung ausgezeichnet hat, anstatt die Standards vorzugeben. Fehlten damit sachhaltige Vorgaben, konnte man von der Justiz nicht erwarten, dass sie alle Lücken befriedigend schließt.⁵⁰

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

47 Zu den methodischen Problemen vgl. den erwähnten Bericht „Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik“, S. 25 ff.

48 Vgl. etwa *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)*, Positionspapier: Lessons learned aus der Pandemie, 2023. Für Österreich vgl. *Alexander Bogner* (Hrsg.), *Nach Corona. Reflexionen für zukünftige Krisen*, Wien 2023; für die Schweiz *Michael Funk u. a.*, *Wirksamkeit von Corona-Massnahmen in der Schweiz - Empirische Analyse basierend auf Daten der zweiten Welle (Grundlagen für die Wirtschaftspolitik Nr. 36)*, Bern 2022.

49 Zu den Fallstricken der Aufarbeitung und Erinnerung vgl. jetzt *Philipp Sprengholz u. a.*, *Historical narratives about the COVID-19 pandemic are motivationally biased*, *Nature* 2023 Nov; 623 (7987), S. 588 ff.

50 Ähnlich im Fazit auch *Anika Klafki*, *Kontingenz des Rechts in der Krise*, *JöR* 69 (2021), S. 583, 601.

Jürgen Zerth

Reformulierungen des Verhältnisses zwischen personenbezogener Sicherungsphilosophie und sozialen Infrastrukturen in Gesundheit und Pflege

Ein paar Impulse aus der Diskussion zur Sozialen Marktwirtschaft, insbesondere mit Bezügen zu Ludwig Erhard

Beiträge über grundlegende ordnungspolitische Aspekte¹ der Gesundheits- und Pflegeversorgung haben in den letzten Jahren weniger öffentliche Wahrnehmung erfahren, als dies noch Anfang der 2000er Jahre war; etwa zur damaligen Zeit mit Diskussionen zu Bürgerversicherungs- oder Gesundheitsprämienmodellen². Dies wäre ohne die Auseinandersetzung, ob und welche resilienten Strukturen die Erfahrungen der Corona-Pandemie mit sich bringen können und sollen, vielleicht auch so geblieben. Im 2022 erschienen Band „Krisenresilienz. Wie Corona das Krisenmanagement des Gesundheitssystems verändert“³ zeichnen beispielsweise Hecken⁴ und Hermann⁵ die Auseinandersetzung

nach, wie das grundsätzliche Sicherungsversprechen einer europäischen und deutschen Gesundheitspolitik, die Teilhabe an einer erreichbaren und qualitativ-organisierten Gesundheitsversorgung mit den Möglichkeiten der individuellen Wahlhandlungen und dem Prinzip einer wettbewerblichen Steuerung zu verbinden, auch im 21. Jahrhundert gewährleistet und im günstigen Fall weiterentwickelt werden kann. Hermann nimmt explizit Bezug auf die Frage, ob gerade mit Blick auf die Gesetzliche Krankenversicherung das Bild einer „(Re-)Vitalisierung“⁶ von wettbewerblicher Steuerung gegebenfalls wieder neu in den Fokus genommen werden sollte und insbesondere die Bedeutung einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung für das Gesundheitswesen deutlicher akzentuiert werden sollte.

Im nachfolgenden Beitrag soll insbesondere anhand der übergeordneten Bedeutung, welche Rolle soziale Sicherung im Gesundheitswesen, eingebettet zwischen individueller Daseinsvorsorge und möglicher korrespondierender gesundheitlicher Infrastruktur, künftig einnehmen kann. Insofern soll der Rückgriff auf die Diskussionen um einen „[n]achhal-

tigen Ordnungsrahmen“ mit Rückkopplungen zur Idee einer sozialen Sicherung im Bild der Erhardschen Sozialen Marktwirtschaft erfolgen⁷. Auch die aktuelle Diskussion um die Zukunftsfähigkeit der Pflegeversicherung richtet den Blick auf die Frage, ob mit Anpassungen innerhalb des Systems – etwa Leistungsanpassungen und/oder veränderten Formen der Einkommenserhebung – eine auch für längere Zeit tragfähige und stabile pflegerische Versorgung gewährleistet werden kann oder es nicht in erster Linie auf eine grundsätzliche Strukturreform hinauslaufen muss, die an der Perspektive ansetzt, wie und mit welchem Anspruch Langzeit-Pflege auch zukünftig gewährleistet werden kann? Somit sind Rückkopplungen zu grundsätzlichen sozialpolitischen Aufgabenstellungen notwendig und es ist durchaus interessant, an dieser Stelle den Fokus auf das Wechselspiel zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und paralleler sozialer Absicherung zu wer-

1 Ordnungspolitische Aspekte sind hier im größeren Sinne gemeint. Ausgehend von der Zieldiskussion eines Gesundheitswesens ist insbesondere die Frage nach Ausgestaltungsoptionen derselben zu stellen.

2 Vgl. hier exemplarisch Nicole Friedrich, Solidarität und Wettbewerb in der Krankenversicherung. Ein Ansatz diskursiver Politikberatung zur Reform des Gesundheitswesens, Baden-Baden 2005.

3 Vgl. hier Wilfried von Eiff/Herbert Rebscher (Hg.), Krisenresilienz. Wie Corona das Krisenmanagement des Gesundheitssystems verändert, Heidelberg 2022.

4 Vgl. Josef Hecken, Staat und Selbstverwaltung. Das ungeklärte Verhältnis in der Krise, in: Eiff/Rebscher, Krisenresilienz (wie Anm. 3), 31–39.

5 Vgl. Christopher Hermann, Nachhaltiger Ordnungsrahmen (nicht nur) für Krisenresilienz, in: Eiff/Rebscher, Krisenresilienz (wie Anm. 3), 159–167.

6 Vgl. Hermann, Nachhaltiger Ordnungsrahmen (wie Anm. 5), 163.

7 Vgl. Peter Oberender/Jochen Fleischmann, Gesundheitspolitik in der Sozialen Marktwirtschaft. Analyse der Schwachstellen und Perspektiven einer Reform, Stuttgart 2002.

fen, durchaus mit Bezügen zu Ludwig Erhard⁸.

Ohne hier auf eine dezidierte Auseinandersetzung mit den Positionen Ludwig Erhards im Detail eingehen zu können, lässt sich doch festhalten, dass dieser, wie es etwa Reichel darstellt, sozialpolitisches Tätigwerden als wichtige Ergänzung einer marktwirtschaftlichen Steuerung interpretierte, aber gleichwohl die umverteilende, „Ex-post-Sozialpolitik“ nicht als Mittel der Wahl sah. Sozialpolitik war in erster Linie als subsidiär zu interpretieren⁹. Kerngedanke bei Erhard, so formuliert es Rhonheimer, sei die Bedeutung der Wohlstandsmehrung durch offene Wettbewerbsmärkte und somit das Befördern positiver, teilhabender Freiheit durch offene Märkte und einem korrespondierenden Wettbewerbsprozess, der nicht von Marktmachteeffekten tangiert ist. Gerade hier gilt es festzuhalten, dass das Bild eines vollkommenen Wettbewerbs in der Erhardschen Interpretation wohl als Referenz zu Grunde lag und dass durch die Unterstützung von offenen Marktprozessen – hier wird das neoklassische Bild des vollkommenen Wettbewerbs direkt gespiegelt – ein wesentlicher Wohlstandshebel interpretiert wird. Die bereits in den Debatten der 70er und 80er Jahre geführte Auseinandersetzung zur Bedeutung von temporären Marktmachtkonstellationen zur Förderung von Innovationsprozessen als auch gerade die Bedeutung von Netzwerkindustrien sind in dieser Betrachtung eines wohlfahrtsteigernden ordnungspolitischen Bildes, das Sozialpolitik vor allem im Bereich der ergänzenden Sorge

sieht, (noch) nicht vorhanden. Wenn nun ein Gesundheitssystem im Felde zunehmender Digitalisierung und Herausforderungen veränderter Arbeitsteilung – hier soll nur auf die wachsende Bedeutung von Dienstleistungsentwicklungen und damit auch durch die Corona-Situation zunehmende Bedeutung der Reorganisation der Kombination von Arbeits- und Wohnort (Homeoffice als Schlagwort) hingewiesen werden¹⁰ – sich den weiterhin kontinuierlichen Anforderungen der demographischen Entwicklungen, den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts und parallel den Veränderungen der sozioökonomischen Sorgebezüge (Veränderung der Familienstrukturen) stellen will, dann verknüpft sich diese Frage wiederum mit dem Grundprinzip einer solidarischen Gesundheitsversorgung. Schon unabhängig von den Einflüssen der Corona-Pandemie gilt es hier auf die veränderte Arbeitswelt hinzuweisen, indem eine wachsende Dienstleistungsorientierung einerseits, kombiniert mit Gestaltungsoptionen im Kontext von Digitalisierung andererseits die Verortung des „Arbeitsraumes“ wieder neu denken lässt. Plattformökonomien in Kombination mit „anlassbezogenen Arbeiten“ im Sinne von „Gig-Work“ wie es Hardy und McCrystal beschreiben, verändern die Notwendigkeiten sozialpolitischer Gestaltung sehr deutlich¹¹.

Es gilt also zu fragen, welches Bild von Daseinsvorsorge gewährleistet werden soll, das wie Brinkmann es formuliert,

eine „intermediäre Funktion“¹² im Zusammenhang verschiedener Sorgedebatten einnimmt, und das aber viel mehr als noch in den üblichen Ansätzen von Daseinsvorsorge den Blick auf die infrastrukturelle Seite von Sorge wirft. Hier hilft wiederum eine Bezugnahme auf die grundlegende institutionenökonomische Verortung der sozialen Sicherungsverantwortung. Die aktuellen Diskussionen im Gesundheitswesen und in der Pflege, welche Aufgabe die unterschiedlichen Akteure und Institutionen sozialer Sicherung im Gesundheitswesen in einer nachhaltigeren Gestaltung von Sicherung als Teil einer Freiheits- und Teilhabeidee haben können insbesondere im Kontext von Digitalisierung im Allgemeinen und von KI im Speziellen, sollen als Beispiel für die weitere Diskussion dienen.¹³

Sicherstellungsprinzip und Steuerung von Gesundheitsversorgung – Bismarck-Systeme im Wandel

An dieser Stelle gilt es die institutionelle Rollenverantwortung in einem sozialen Sicherungssystem ins Gedächtnis zu rufen¹⁴, nämlich einerseits die unmittelbare Absicherung von Bedarfslagen zu gewährleisten, die als notwendig angesehen werden, um dem Anspruch des einzelnen Menschen auf eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben Rechnung zu tragen sowie andererseits die institutionalisierte Strategie der zukunftsgerichteten

8 Vgl. hier exemplarisch Werner Schönig, Irenik in Zeiten des Corona-Virus. Stresstest und bedingte Resilienz der bundesdeutschen Sozialordnung, in: Jürgen Zerth/Elmar Nass/Michael Garkisch (Hg.), *Leben und Versorgung gestalten nach Corona. Lernen und Lehren aus der Krise*, Stuttgart 2022, 51–62, hier 60.

9 Vgl. hier Richard Reichel, Ludwig Erhards Modell der Sozialen Marktwirtschaft, in: *List Forum* 47 (2021) 31–60, hier 43.

10 Vgl. Ursula Huws, *Logged labour. A new paradigm of work organization?*, in: *Work Organisation, Labour & Globalisation* 10 (2016) 7–26.

11 Vgl. Tess Hardy/Shae McCrystal, *The importance of competition and consumer law in regulating gig work and beyond*, in: *Journal of Industrial Relations* 64 (2022) 1–16.

12 Vgl. Volker Brinkmann, *Das Konzept der intermediären Leistungserstellung. Ein Beitrag zur Theorie intermediärer Engagements in der Sozialwirtschaft*, in: Wolf Rainer Wendt (Hg.), *Wohlfahrtsarrangements. Neue Wege der Sozialwirtschaft*, Freiburg 2010, 101–114, hier 106.

13 Vgl. beispielsweise Simon Reich/Achim Wambach, *Digitalisierung im Gesundheitswesen – ein langer Weg*, in: *Wirtschaftsdienst* 105 (7) (2025), 485–487.

14 Vgl. Brinkmann, *Konzept der intermediären Leistungserstellung* (wie Anm. 12).

ZUR DISKUSSION GESTELLT

Vorsorge zu organisieren. In dieser Hinsicht gilt es festzuhalten, dass Gesundheitsgüter in der Literatur weitgehend als Individualgüter betrachtet werden¹⁵. Hier würde nach ökonomischer Logik sowohl (partielle) Rivalität im Konsum – Wartezeiten in Arztpraxen stehen mustergültig dafür – als auch grundsätzlich ein Ausschlussprinzip und somit eine Preissetzung möglich sein¹⁶. Aus übergeordneten Gründen, aber auch mit Blick auf die Annahme einer Minderschätzung zukünftiger Bedarfe durch den Einzelnen, ist es in den europäischen Industrieländern Konsens, eine institutionalisierte Daseinsvorsorge sowohl im Sinne der Bereitstellung entsprechender Finanzmittel für potenzielle Risikolagen („Collecting“) kombiniert mit einem Risikoausgleich zu institutionalisieren als auch das Vorhandensein entsprechender Kapazitäten für den Leistungsanspruch („Organising Service“) zu denken und umzusetzen¹⁷.

Hier verknüpft sich institutionalisierte Gesundheitsversorgung mit den allgemeingültigeren Prinzipien sozialpolitischer Sicherung, nämlich Fürsorge- oder Sozialhilfekonstrukte, in Augenschein zu nehmen, die von kollektiven Daseinsvorsorgemodellen zu unterscheiden sind. Während der erste Bereich in der Regel daran ansetzt, Transfers, meist steuerfinanziert, an definierte Bevölkerungsgruppen zu gewähren, um eine aktuelle und zeit-

kritische Bedarfslage zu adressieren¹⁸, greifen etwa kollektive Versicherungssysteme wie in Deutschland die Gesetzliche Krankenversicherung oder die Soziale Pflegeversicherung an einer Risikoversorge für die Zukunft an, insbesondere um ausreichende Finanzmittel für künftige Bedarfslagen zu organisieren¹⁹.

Ein Gesundheitssystem, das auch einen Populationsansatz von Gesundheit Rechnung trägt²⁰, somit auch „ex ante“ gesundheitliche Risikolagen gezielt angehen will, würde nun im Idealfall beide, oben genannte Aspekte sozialpolitischer Sicherung integrieren wollen. Rosenbrock beschreibt insbesondere mit Blick auf die deutsche Gesundheitspolitik ein derartiges Bild von dieser Populationsorientierung, die Verhaltens- und Verhältnisaspekte von Gesundheit mit entsprechenden Interventionsstrategien zu verknüpfen versucht²¹. Es gilt festzuhalten, dass Gesundheitssysteme in unterschiedlicher Weise sozialen Bedarfslagen mit stärkerer oder schwächerer Bedeutung standardisierter Versorgung und auch dem damit korrespondierenden Einsatz von professionellen Kräften begegnen wollen. Billings u.a. kennzeichnen hier mit Blick auf Europa den Trend, das organisierte Gesundheitssystem als eher professionell organisiert und standardisiert darzustellen²², wohingegen im Bereich der allgemeinen sozialen Unterstützungssysteme

eine Vielzahl unterschiedlicher Akteurskonstellationen festzustellen sind. Systeme der Langzeitpflege wären in der Tendenz in der Mitte zwischen beiden Systemausprägungen einzuordnen, auch bezüglich des „Care-Mixes“ aus professionellen und ehrenamtlich Pflegenden²³. Beispielsweise unterscheiden Grohs u.a. mit Blick auf die soziale Wohlfahrtsproduktion zwei Kategorien institutionell-organisatorischer Umsetzung eines Sicherstellungsziels: Einerseits gibt es spezialisierte „Single-Purpose-Systeme“, die ein übergeordnetes und dominierendes Sicherungsziel, etwa den Schutz vor dem Krankheitsrisiko, durch eine spezialisierte und weitgehend standardisierte Form der Sicherstellungsgewährleistung organisieren wollen. Davon abzutrennen sind andererseits umfassende, letztendlich nicht abschließend definierende Ansätze einer umfänglichen, nicht auf ein definiertes Ziel verorteten Daseinsverantwortung („multi-purpose“)²⁴. Während die letzte Kategorie dem Grunde nach auch eine Beschreibung der Rolle von Kommunen als den Trägern der örtlichen, umfassenden Daseinsvorsorge ist²⁵, bietet das Gesundheitswesen ein Beispiel für den ersten Typ.

Eine Sicherstellung innerhalb des „Single-Purpose-Systems“ Gesetzliche Krankenversicherung umschreibt nun die Gewährleistung der Organisation der Versicherungsleistungen, wenn der (Kranken-)Versicherungsfall eintritt und

15 Vgl. hier grundsätzlich Pedro Barros/Xavier Martinez-Giralt, *Health Economics. An Industrial Organization Perspective*, New York 2012; Mark Pauly, *Is Medical Care Different? Old Questions, New Answers*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13 (1988) 227–237.

16 Vgl. Peter Oberender/Jürgen Zerth/Anja Engemann (Hg.), *Wachstumsmarkt Gesundheit*, Baden-Baden 2017, 19–23.

17 Vgl. Michael Schneider/Steffen Hamm/Jürgen Zerth, *Die Kommune als Gestalter von Versorgungsprozessen. Eine organisationstheoretische Betrachtung*, in: Mario Pfannstiel/Patrick Da-Cruz/Christoph Rasche (Hg.), *Entrepreneurship im Gesundheitswesen III. Digitalisierung – Innovationen – Gesundheitsversorgung*, Wiesbaden 2018, 243–263, hier 244–246.

18 Vgl. im erweiterten Sinne hier Friedrich Breyer/Wolfgang Buchholz, *Ökonomie des Sozialstaates*, Wiesbaden 2020, hier 13.

19 Breyer/Buchholz, *Ökonomie des Sozialstaates* (wie Anm. 18), hier 3.

20 Vgl. hier Doris Schaeffer/Kerstin Hämel, *Kooperative Versorgungsmodelle. Eine internationale vergleichende Betrachtung*, in: Peter Kriwy/Monika Jungbauer-Gans (Hg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie*, Wiesbaden 2020, 463–480.

21 Rolf Rosenbrock, *Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick*. Working Paper, Berlin 1998.

22 Vgl. Jenny Billings/Kai Leichsenring/Lis Wagner (Hg.), *Addressing Long-Term Care as a System. Objectives and Methods of Study*, in: Kai Leichsenring/Jenny Billings/Henk Nies (Hg.), *Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice*, London 2013, 3–18, hier 7.

23 Vgl. hier Uwe Bettig/Maria Krüger, *Care – pflegewirtschaftliche Herausforderungen*, in: Ludger Kolhoff (Hg.), *Aktuelle Diskurse in der Sozialwirtschaft II*. Wiesbaden 2019: Springer Fachmedien Wiesbaden (Perspektiven Sozialwirtschaft und Sozialmanagement), S. 241–250.

24 Vgl. Stephan Grohs/Katrin Schneiders/Rolf Heinze, *Mission Wohlfahrtsmarkt. Institutionelle Rahmenbedingungen, Strukturen und Verbreitung von Social Entrepreneurship in Deutschland*, Baden-Baden 2014, 36–37.

25 Vgl. Martin Burgi, *Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung*, Baden-Baden 2013.

hätte die Folge, dass Krankenversicherungen, sei es über Kollektiv- oder Selektivvertrag, medizinische Leistungsanbieter – und deren Kapazitäten – verpflichtet sind, die Restitution der Schäden bei Vorlage eines Versicherungsfalls – nämlich Krankheit – zu gewährleisten²⁶. Hier stellen sich Fragen nach der Verfügbarkeit von Leistungen, deren Erreichbarkeit innerhalb einer gewissen Zeit und letztendlich nach der Garantie einer als Standard definierten Leistung²⁷.

Die ordnungspolitische Umsetzung der Sicherstellungsfunktion setzt somit eine Vorstellung der für die Umsetzung der Sicherungsfunktion „Absicherung von Risiken durch Krankheiten“ notwendigen Gestaltungshypothese an, die sich etwa in Versuchen widerspiegeln lässt, Kriterien eines objektivierbaren Versorgungsbedarfs definieren zu können, die wiederum Grundlage für die Ableitung regional und überregional differenzierender Versorgungsstrukturen sind²⁸. Der Blick auf die Organisation der Leistungsseite der Gesundheitsversorgung verdeutlicht aber eine grundlegende Unterscheidung in der Art der Arbeitsteilung zwischen dem organisierten Gesundheitssektor

(„Health Care Markets“) auf der einen und den korrespondierenden Sozialmärkten auf der anderen Seite. Im Gesundheitsmarkt lassen sich aufgrund der wachsenden Herausforderungen sowohl durch nachfrage- als auch angebotsseitige Entwicklungen zusehends Strategien der Priorisierung, Rationalisierung oder gar Rationierung ausmachen²⁹, wobei standardisierte und zunehmend formalisierte, institutionalisierte Leistungserbringer die Gesundheitsproduktion übernehmen. Die Gesundheitsproduktion und die damit korrespondierende Arbeitsteilung erfolgt vornehmlich durch professionelle Akteure. Schon im Bereich der Langzeitpflege ändert sich jedoch das Organisationsmodell, wo im „Care-Mix“ ein hoher Anteil von ehrenamtlichen Familienpflegenden zu konstatieren ist. Kutzin unterscheidet hier in einer übergeordneten Logik die Aufgabenfelder (1) Finanzierung der Gesundheitsversorgung („Collection“), (2) Vornahme eines Risikoausgleichs („Risk adjustment“) und (3) Organisation der notwendigen Leistungen im Schadensfall („Purchasing Services“)³⁰.

Gerade an dieser Stelle wird aber die Frage nach den Herausforderungen an die oben bereits angedeuteten Strukturen der Interdependenzen unterschiedlicher Sicherungssysteme deutlich. Aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie sind, wie es Hattke und Martin beschreiben, Anforderungen an eine gesellschaftliche Notfallmanagement-Strategie zu klassifizieren³¹. In allen Gesundheitssystemen (hier soll die Perspektive auf postindustrielle Staaten gelegt werden) entstand

etwa während der Pandemiephase die Herausforderung, in zeitkritischer Notwendigkeit Hilfs- und Sorgebedarfe zu koordinieren, die Kooperation diverser Leistungs- und Kostenträger zu steuern und eine Kollaboration auch verschiedener institutioneller sowie politischer Akteure zu gewährleisten³².

Mit Blick auf die in Deutschland gültigen Bismarck-Traditionen organisierter sozialer Sicherung findet sich in vielen Bereichen der sozialen Sicherung, gerade im Gesundheitswesen, eine kooperativistische Struktur durch Non-Profit-Organisationen, die sich auf *ein* Sicherungsziel – hier Gesundheitsversorgung – konzentrieren will. Eine übergeordnete Verantwortung für eine Gesundheitsinfrastruktur ist nicht in eindeutiger Weise festzustellen.

Exemplarisch lassen sich mit Blick auf die deutschen Erfahrungen während der Corona-Pandemie etwa die übergeordnete Aufgabe an verschiedene Sicherungssysteme, eine flächendeckende Testinfrastruktur zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig die Informationen aus den Testungen etwa in eine abgestimmte Ressourcenallokation zu transferieren, das Stichwort Krankenhausampel soll hier erwähnt werden, als Beispiel nennen³³. Unabhängig von einer Bewertung der Effektivität unterschiedlicher Gesundheitssysteme mit Blick auf Maßnahmen der Corona-Krise weisen Hattke und Martin auf die Bedeutung eines abgestimmten ordnungspolitischen Blicks auf motivationale, anreizbezogene Faktoren, struktureller Anpassungsnotwendigkeiten und einer übergeordneten strategischen Zielsetzung auf politischer Ebene hin, wie etwa notfallbedingte Bedarfslagen in einer geordneten, kollektiven Verant-

26 Vgl. hier Jürgen Zerth, Krankenversicherungen als Agenten und Akteure in einem Gesundheitssystem der Zukunft. Eine Rollenbetrachtung zwischen Wettbewerb und Regulierung, in: Kriwy/Jungbauer-Gans, Handbuch Gesundheitssoziologie (wie Anm. 19), 701–722, hier 10.

27 Vgl. hier etwa Schneider/Hamm/Zerth, Die Kommune als Gestalter (wie Anm. 17), hier 244–245. Vgl. auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, 2014. Online verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf (letzter Zugriff 26.07.2025).

28 Vgl. hier etwa Leonie Sundmacher/Laura Schang/Wiebke Schüttig u.a., Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Fokus auf die Neuberechnung der Verhältniszahlen abhängig von der Morbiditäts- und Sozialstruktur in Deutschland, in: Stefan Spitzer/Volker Ulrich (Hg.), Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Gegenwart und Zukunft. Analysen und Perspektiven, Stuttgart 2021, 20–32.

29 Vgl. hier Tor Iversen/Luigi Siciliani, Non-Price Rationing and Waiting Times, in: The Oxford Handbook of Health Economics, Oxford 2011, 649–670.

30 Joseph Kutzin, A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, in: Health Policy 55 (2001) 171–204.

31 Vgl. Fabian Hattke/Helge Martin, Collective action during the Covid-19 pandemic. The case of Germany's fragmented authority, in: Administrative Theory & Praxis 42 (2020) 614–632.

32 Vgl. Hattke/Martin, Collective action (wie Anm. 31), hier 617.

33 Vgl. Hattke/Martin, Collective action (wie Anm. 31), hier 621–623.

wortungsstrategie gelöst werden können. Gerade hier greifen jedoch Hinweise, dass es ex ante keinen natürlichen Vorteil, weder für zentrale noch für dezentrale politische Ansätze gebe, vielmehr es immer gleichzeitig einen Abgleich zwischen einer kohärenten Zielsetzung (z.B. sozialpolitischer Steuerung) und der angemessenen Antwort der beteiligten Organisationen benötige³⁴. Erfahrungen zur gelungenen oder nicht gelungenen Abstimmung zwischen dem Gesundheitssektor im engeren Sinne und dem Pflege-sektor geben jedoch weitere Hinweise³⁵. Durch die Corona-Pandemie haben sich einer Analyse von Schulz u.a. zufolge die Schwierigkeiten der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland nochmals verschärft³⁶, was sich auch in einer Befragung von über 1000 Pflegepersonen durch Räker u.a. im Herbst 2020 verdeutlicht³⁷. Diese können weiterhin auch zeigen, dass die Möglichkeit von pflegenden Angehörigen, im häuslichen Setting unterstützende Tagespflegeangebote in Anspruch zu nehmen, in der Corona-Zeit nochmals deutlich schwieriger geworden ist. Welche Hinweise lassen sich aus diesen Fallbeispielen ableiten?

Zunächst zeigen beide Fälle die Verknüpfung von unterschiedlichen sozialpolitischen Zielsystemen, nämlich Krankenversorgung einerseits, Langzeitpflege-

versorgung andererseits, in Deutschland etwa durch die unterschiedlichen Kostenträger Gesetzliche Krankenversicherung und Soziale Pflegeversicherung symbolisiert, woraus mannigfaltige Integrationsprobleme resultieren. Darüber hinaus können diese Fallbeispiele die überkommene Diskussion von Integrationsproblemen mit Blick auf eine erweiterte Form der Gesundheitsversorgung verdeutlichen. So kann festgehalten werden, dass gerade mit Bezug auf vielfältige Sorgebedarfe bei Menschen mit einer Vielzahl von medizinischen Indikationen (Multimorbidität) das Zusammenspiel von beteiligten Versorgungseinrichtungen, die Abstimmung der Versorgung der einbezogenen Indikationen und der Umfang beteiligter Leistungssektoren und korrespondierender räumlicher Ausdehnung eine zielgerichtete Integration einer Versorgung aus einer Hand erschwert, etwa gerade bei Koordination ambulanter, stationärer und rehabilitativer Leistungsangebote³⁸. Die von Räker u.a. aufgeworfenen Fälle erweitern den Bedarfslagenkontext noch auf pflegerische und vor allem soziale Bedarfslagen, die somit wiederum die Frage nach einer Abstimmung unterschiedlicher „Single-Purpose-Systeme“ verdeutlichen.

An dieser Stelle soll auf eine Studie von Schmitz u.a.³⁹ hingewiesen werden, die den Zusammenhang zwischen divergenten Sorgebedarfen und entsprechenden Aspekten von interprofessioneller Zusammenarbeit anhand Schwei-

zer Fragestellungen verdeutlicht hat. Exemplarisch zeigt sich dies daran, dass gerade aufgrund der wachsenden Bedeutung von Multimorbidität einerseits, veränderten Familienstrukturen andererseits die Gestaltung gesundheitsbezogener Bedarfslagen einen erweiterten Blick, nicht nur auf den unmittelbaren medizinischen Kontext, sondern auf korrespondierende pflegerische und/oder soziale Versorgungsfragestellungen notwendig macht. Während beispielsweise bei einer klinischen Intervention, beispielsweise einer Hüft-OP – natürlich auch in Abhängigkeit vom Alter und weiteren sozioökonomischen Parametern eines Patienten – die medizinischen Fragen in der Versorgung im Vordergrund stehen, verlagert sich die Versorgungsproblematik im Kontext von Palliativversorgung oder gar bei Suchthilfe hin zu unterstützenden Versorgungsangeboten neben dem rein medizinischen Leistungsportfolio (vgl. Abbildung 1).

Der Blick auf die skizzierten, beispielhaft skizzierten Versorgungssituationen verdeutlicht daher neben den nachfrageseitig komplexer werdenden Bedarfslagen die Bedeutung unterschiedlicher professioneller und nicht professioneller Zusammenarbeit sowie das Zusammenwirken unterschiedlicher Organisationen und rahmengebender Institutionen.

Reformulierung einer Sozialen Infrastruktur. Fortentwicklung einer Ordnungspolitik der Sozialen Marktwirtschaft?

In der Diskussion um eine Weiterentwicklung von Pflegestrukturen, insbesondere im Kontext von Pflegeüberleitungen zwischen unterschiedlichen pflegerischen Settings, gewinnt die Bedeutung koordinierender Tätigkeiten im Sinne eines

34 Vgl. Hattke/Martin, Collective action (wie Anm. 31), hier 616.

35 Vgl. hier Jürgen Zerth, Rahmenordnung für eine integrierende Pflege und die Bedeutung pflegerelevanter Infrastrukturen. Gibt die Corona-pandemie hilfreiche Impulse?, in: Eiff/Rebscher, Krisenresilienz (wie Anm. 3), 253–263.

36 Maike Schulz u.a., Claims data analysis of medical specialist utilization among nursing home residents and community-dwelling older people, in: BMC Health Services Research 20:690 (2020).

37 Vgl. Miriam Räker/Jürgen Klauber/Antje Schwinger, Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie, in: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei/Stefan Gress u.a. (Hg.), Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, Berlin 2021, 33–58.

38 Vgl. hier Gerald Lux/Philipp Steinbach/Jürgen Wasem/Lennart Weegen/Anke Walendzik, Demografie und Morbiditätsentwicklung, in: Jürgen Klauber/Max Geraedts/Jörg Friedrich/Jürgen Wasem (Hg.), Krankenhaus-Report 2013. Mengendynamik. Mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013, 69–82.

39 Vgl. Christof Schmitz/Gina Atzeni/Peter Berchtold, Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung. Erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen, hg. von der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Bern 2018.

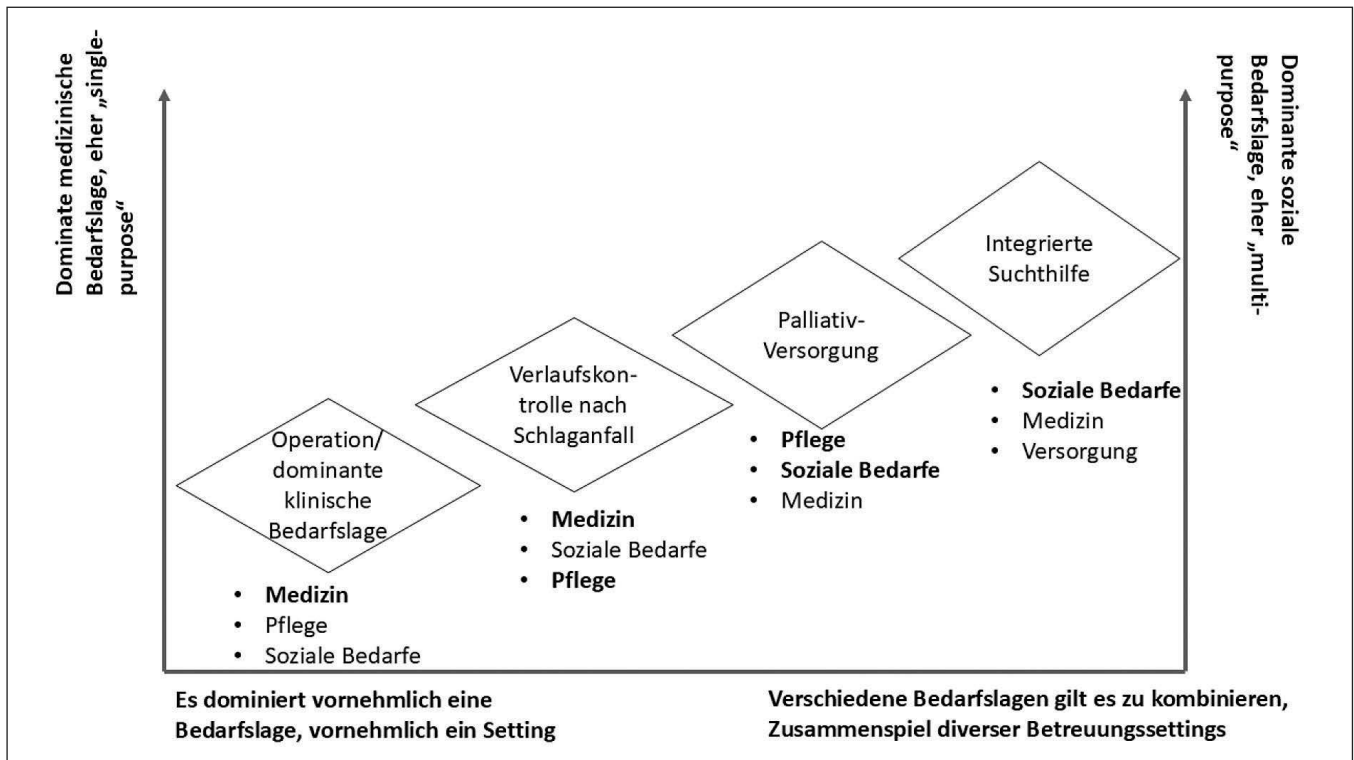


Abbildung 1: Perspektiven heterogener Bedarfslagen und Bedarfsantworten

Quelle: Erweiterte Darstellung nach Zerth u. a.⁴⁰ in inhaltlicher Anlehnung an Schmitz u. a.⁴¹.

Orchestrators von diversen Bedarfslagen an Bedeutung⁴². Lässt sich dieser Gedanke auch allgemein als Aufgabe einer Weiterentwicklung der sozialen Sicherungsphilosophie einer sozialen Marktwirtschaft und der sozialen Gesundheitsversorgung darin interpretieren?

Hattke und Martin bemühen mit Rückgriff auf Arbeiten etwa von McNamarra⁴³ die Bedeutung der Begriffe *Kooperation*, *Koordination* und *Kollaboration* unter-

schiedlicher gesellschaftlicher Steuerungsinstitutionen, im vorliegenden Fall übertragbar auf unterschiedliche sozialpolitische Zielsysteme⁴⁴. Kooperation meint im Sinne von McNamarra eine lose, eher freiwillige Koordination innerhalb eines institutionellen Gefüges, etwa Qualitätszirkel und eingebaute Absprachen zwischen niedergelassenen Leistungserbringern und Krankenhäusern wären in der Übertragung auf das Gesundheitssystem denkbar. Mit Koordination kann die zielgerichtete Steuerung von Handlungsakteuren *innerhalb eines Sicherungssystems* intendiert sein. Auch wenn McNamarra in ihrer Abhandlung in einem engeren Sinne von einer abgestimmten Steuerungsphilosophie innerhalb eines hierarchisch-definierten

Organisationsbildes ausgeht⁴⁵, lässt sich der Gedanke der Koordination im Sinne einer abgestimmten, sektorübergreifenden integrierten Versorgung *innerhalb* des Sicherungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung verstehen, da es um die Abstimmung formalisierter Formen der Zusammenarbeit geht. Ziel wäre es, durch eine an der Patientenhistorie – gerade bei Patienten mit Multimorbidität – angelegte Abstimmung den Abbau von Fehl-, Unter- oder Überversorgung zu erreichen, mit dem Anspruch, bei gleichbleibender Versorgungsqualität einen geringeren Ressourceneinsatz zu erzielen. In gewisser Weise können hier Verträge zur Integrierten Versorgung oder zur Spezialärztlichen Versorgung als praktische Anknüpfungspunkte verstanden werden. Mit Blick auf die gesundheitspolitischen Diskurse wären Forderungen

40 Vgl. hier Jürgen Zerth/Joël Münch/Thomas Beyer, Sozialwirtschaft und Soziale Innovation – die Suche nach einer neuen Gewichtung, in: Sozialwirtschaft 5 (2024), S. 34–37, hier 36

41 Schmitz/Atzeni/Berchtold, Interprofessionelle Zusammenarbeit (wie Anm. 39), hier 9.

42 Vgl. hier Jürgen Zerth, Weiterentwicklung der Pflege in einem sektorübergreifenden Kontext. Integrierende Pflegeinfrastrukturen, in: Spitzer/Ulrich, Intersektorale Versorgung (wie Anm. 28), 62–74.

43 Vgl. Madeleine McNamarra, Starting to Untangle the Web of Cooperation, Coordination, and Collaboration: A Framework for Public Managers, in: International Journal of Public Administration 35:6 (2012) 389–401.

44 Vgl. Hattke/Martin, Collective action (wie Anm. 31), hier 617.

45 Vgl. McNamarra, Starting to Untangle the Web of Cooperation (wie Anm. 43).

nach einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, getragen von einem Effizienzargument, grob einer Koordinationslogik, anzuführen⁴⁶.

Kollaboration wäre hingegen eine *erweiterte Form der Zusammenarbeit bei komplexeren Versorgungslagen*, gerade, wenn wie in Abbildung 1 unterschiedliche Bedarfslagen orchestriert werden müssen, die an unterschiedliche soziale Sicherungssysteme adressiert werden und insbesondere ein Abgleich an formalen und informellen Vereinbarungen relevant wird. Hier lässt sich mit Abstrichen der Analogiebildung an die Herausforderung von sozialräumlichen Quartierskonzepten denken.

Die Forderung nach *Caring Communities*, wie sie etwa Klie formuliert⁴⁷, könnte als Kollaboration zwischen den Institutionen, die medizinische, pflegerische und soziale Bedarfslagen kombinieren wollen, eingeordnet werden, mit der institutionellen Konsequenz, eine angeleitete Kollaboration zwischen Gesundheits- und Pflegeversorgung im Sozialraum zu denken. Innerhalb dieser Kollaboration wären sowohl Kooperationen als auch Koordinationslösungen möglich. Es gilt jedoch festzuhalten, dass sowohl Koordination und Kollaboration wohl Aspekte der *Kooperation* der handelnden Akteure notwendig machen. Exemplarisch lässt sich wiederum der Blick auf Schnittstellenübergänge und der Abgleich notwendiger Kompetenzen zwischen verschiedenen Organisationen einer Versorgungskette aufführen. Welche Implikationen für einen ordnungspolitischen Kontext von

sozialer Sicherung im Kontext einer sozialen Marktwirtschaft ließen sich nun grob aus den bisherigen Abhandlungen ableiten und inwiefern gibt es auch hier eine Rückkoppelung zu den Rahmenbedingungen einer Sozialen Marktwirtschaft? Zunächst lässt sich wohl festhalten, dass gerade der Hinweis auf koordinierende Strukturen die Bedeutung von *Verhältnisstrukturen* sozialer Sicherung unterstreicht, die neben der personenbezogenen Förderung des Einzelnen die Gestaltung von förderlichen Settingstrukturen mitdenken muss. Im traditionellen Wohlfahrtsmodell sozialer Sicherung, das gerade in Deutschland dominant ist, liegt primär eine individuelle Absicherung des Einzelnen gegen spezifische Risikolagen vor, häufig gerade durch die Ausprägung einer Versicherungslösung verdeutlicht und mit einem leistungsrechtlichen Ansatz von Leistung und Gegenleistung verbunden. Insofern dominieren gerade im Sinne der Sozialen Sicherung „Single-purpose-Institutionen“. Weiterhin lässt sich etwas frei formuliert auch der von Ludwig Erhard formulierte Ansatz wiederfinden, soziale Sicherung habe subsidiären Charakter. Durch den Leistungs- und Gegenleistungscharakter kommt jedoch ein Mitverantwortungsbezug zum Tragen, der sich durchaus als Teil einer subsidiären Interpretation beschreiben lässt. Sowohl Reichel⁴⁸ als auch etwa Jäggi⁴⁹ kennzeichnen die Konzeption der Sozialen Marktwirtschaft im Sinne Ludwig Erhards, insbesondere interpretiert durch Alfred Müller-Armack, in der korrespondierenden sozialpolitischen Wirkung freier Märkte und der wohlfahrtsstiftenden Effekte von Vollbeschäftigung. In dieser Hinsicht setzen Sozialversiche-

rungen als *ergänzende Förderung* der Eigenverantwortung an. Eine dezidierte Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Konzeptionen des Verhältnisses von sozialen Sicherungssystemen oder gar die Frage nach der ordnungspolitischen Verortung von „Single-Purpose-“ oder „Multi-Purpose-Strukturen“ sozialer Sicherung, gerade mit Blick auf ein Austarieren aktors- und verhältnisbezogener Aspekte, dürfte bei Ludwig Erhard eher nicht zu finden sein. Die gerade ab den 1970er Jahren erweiterte Diskussion um eine plurale Wohlfahrtsproduktion, die Menschen auch im Kontext von Lebenslagen betrachtet und demzufolge Fragen nach einer Mischung organisierter und nicht organisierter Unterstützungsarrangements aufruft⁵⁰, lässt sich mit dem Blick auf eine soziale Sicherung im engeren Erhardschen Sinne nicht ableiten. Dies gilt insbesondere, weil gerade dezidierte Entwicklungen zur Bedeutung von Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien als auch die Auseinandersetzung mit der Rolle von Multimorbidität und den Implikationen damit verbundener Bedarfslagen bei Erhard noch keine (wesentliche) Rolle gespielt haben dürften.

Schüller nimmt hier gerade auch mit Blick auf die Versicherungssysteme im Gesundheitswesen Bezug auf den Begriff von „Sozialansprüchen“⁵¹. Nach der Interpretation von Schüller laufen diese unter Umständen Gefahr, den Anreiz zu senken, selbstverantwortlich in eine (individuelle) Risikoversorge zu gehen, was wiederum mit dem Argument kollidiert, dass der Einzelne dem Umfang einer Vorsorge – Minderschätzung zukünftiger

46 Vgl. hier Eberhard Wille, Bestehende Hindernisse einer effizienten und effektiven sektorübergreifenden Versorgung in Deutschland, in: Spitzer/ Ulrich, Intersektorale Versorgung (wie Anm. 28), 11–19, hier 17 f.

47 Vgl. Thomas Klie, Caring Community. Leitbild für Kirchengemeinden in einer Gesellschaft langen Lebens?, in: Kirche im ländlichen Raum 3 (2013) 16–21.

48 Vgl. Reichel, Ludwig Erhards Modell der Sozialen Marktwirtschaft (wie Anm. 9), hier 43.

49 Vgl. Christian Jäggi, Wirtschaftsordnung und Ethik. Problemfelder – Modelle – Lösungsansätze, Wiesbaden 2018.

50 Vgl. hier exemplarisch Wolf Rainer Wendt, Arrangements der Wohlfahrtsproduktion in der sozialwirtschaftlichen Bewerksstellung von Versorgung, in: Ders., Wohlfahrtsarrangements (wie Anm. 12), 11–52.

51 Vgl. hier Alfred Schüller, Sozialansprüche, individuelle Eigentumsbildung und Marktssystem, in: ORDO 53 (2002) 111–144, hier 126–127.

Bedarfe – unterschätze und somit etwa eine Versicherungspflicht zu rechtfertigen ist. Gleichwohl gilt es festzuhalten, dass die Bedeutung von Sozialansprüchen als Ausprägung personenbezogener Sozialpolitik zu beschreiben und somit zu trennen ist von sozialen Infrastrukturen als Verhältnisstrukturen. Deren konstitutives Merkmal ist bzw. kann die Verknüpfung unterschiedlicher Sozialansprüche – aus Perspektive eines Individuums – oder die Verknüpfung unterschiedlicher Organisationsmodelle sozialer Sicherung – Verknüpfung von „Single-Purpose-Modellen zu einem generischen Multi-Purpose-Modell“ – sein.

Soziale Infrastrukturen sind nicht nur die notwendige Bedingung dafür, beispielsweise koordinative oder kollaborative Verknüpfungen zwischen Leistungsträgern sozialer Sicherung herzustellen⁵², die Diskussion um eine elektronische Patientenakte zur Förderung eines zielgerichteten Datenaustausches für eine effektive Weiterbehandlung von Patienten steht hier Pate, sondern es gilt auch aus einer Public Health-Sicht zu verdeutlichen, dass die Förderung von sozialen Infrastrukturen

52 Vgl. Melanie Davern/Lucy Gunn/Caroylin Whitzman u.a., Using spatial measures to test a conceptual model of social infrastructure that supports health and wellbeing, in: *Cities & Health* 1:2 (2017) 194–209.

mit Blick auf Bildung und zielgerichtete Gesundheitsinformation, öffentliche Gesundheitsangebote und letztendlich auch die Verpflichtung zur Versicherung einen positiven Beitrag zum Gesundheitszustand und der Lebensqualität weiterer Teile der Bevölkerung leisten kann⁵³. Gerade die Erfahrungen der Corona-Pandemie und Implikationen für die Gestaltung von beförderlichen Lebenslagen von sozial-vulnerablen Bevölkerungsgruppen, exemplarisch Pflegebedürftige in stationären Betreuungskontexten, oder auch die Rolle der weggebrochenen Tagespflege für Familienpflegende erweisen die Notwendigkeit einer Fortentwicklung ordnungspolitischer Leitplanken, beispielsweise als eine übergeordnete Koordinations- und Kollaborationslogik „integrierender Versorgung“, wo sowohl (akut-)medizinische Aspekte, Versorgungsansprüche der Langzeitpflege und letztendlich sozialräumliche Gestaltung der Lebenslagen des Einzelnen – gerade die kommunale Daseinsvorsorge kommt hier wieder ins Spiel – herausgefordert sind⁵⁴.

Hier könnten mit Blick auf regionale Kontexte die Gestaltung des allgemeinen definierten Bedarfs an (solidarisch-finan-

53 Vgl. etwa Davern/Gunn/Whitzman, Using spatial measures (wie Anm. 52), hier 196.

54 Vgl. hier Zerth, Weiterentwicklung der Pflege (wie Anm. 42).

zierter) Gesundheitsversorgung („Need“) und die Ausgestaltung von lokal-wirksamen Sorgestrukturen und -angeboten („Access“) ineinandergreifen⁵⁵. In dieser Hinsicht bietet sich die ordnungspolitische Gestaltungschance, soziale Sicherung in eine zeitgerechtere Form zu übertragen die nachsorgende und vorsorgende Sozialpolitik⁵⁶ in einem gemeinsamen Gedankenbild vereinbaren können. Dieses Bild einer sozialen Ordnung, in der Befähigungsräume integrativer Gesundheits- und Pflegepolitik und eine zielgerichtete Fortentwicklung einer sozial verstandenen, marktwirtschaftlichen Ordnung mitgedacht und gestaltet werden, gilt es zu fordern und zu fördern und dies könnte durchaus auch im Erhardschen Sinne sein.

Autor:
Prof. Dr. Jürgen Zerth
Katholische Universität
Eichstätt-Ingolstadt
Kapuzinergasse 2
85072 Eichstätt

55 Vgl. hier etwa Schneider/Hamm/Zerth, Die Kommune als Gestalter (wie Anm. 17), hier 244.

56 Vgl. Wolfgang Schroeder, Vorsorgende Sozialpolitik, in: *Konfessionelle Wohlfahrtsverbände im Umbruch. Studien der Bonner Akademie für Forschung und Lehre praktischer Politik*, Springer VS Wiesbaden 2017, S. 17–25.

Florian Bauer

Dritte Orte – eine Möglichkeit zur Verbesserung der Ernährung?

Mittels einer systematischen Literaturrecherche in der Datenbank PubMed sowie mit in Deutschland durchgeführten Experteninterviews wurde analysiert, ob Dritte Orte Interventionen zur Verbesserung der Ernährung anbieten und wie sich diese auf die Ernährung und die Gesundheit auswirken. Die Ergebnisse dieser Recherche beziehen sich zumeist auf den angloamerikanischen Kontext und lassen sich aufgrund kleiner, homogener und spezifischer Populationen nicht zwangsläufig auf den deutschen Kontext übertragen. Dennoch wurden in den Experteninterviews Interventionen gefunden, welche von Dritten Orten in Deutschland angeboten und ebenfalls in der Literaturrecherche benannt werden.

Zur Wirksamkeit von Interventionen auf die Ernährung und die Gesundheit gibt es in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse. Die befragten Experten konnten keine Aussagen über eine verbesserte Ernährung oder veränderte Ernährungsgewohnheiten durch ihre Interventionen treffen. Dennoch zeigen die Experteninterviews als auch die systematische Literaturrecherche die positive Bedeutung von Dritten Orten auf die Gemeinschaft und Gesellschaft auf. Vor dem Hintergrund der in Deutschland steigenden Gesundheitsausgaben ergeben weitere Untersuchungen zu Auswirkungen Dritter Orte und ihrer Angebote in Food Deserts auf die Ernährung und die Gesundheit Sinn.

1 Hintergrund und Fragestellung

1.1 Ernährung, Gesundheit und Kosten

Kern der Gesundheit stellt die Ernährung dar. Mit ihr decken wir den Bedarf an Energie und Nährstoffen, um die Versorgung und Funktionsfähigkeit unseres Körpers aufrechtzuerhalten [49]. Die Ernährung kann unter anderem Einfluss auf die Entstehung von Herz-Kreislauferkrankungen [51], Diabetes Mellitus Typ-2 [34], Krebs [39] oder Angstzustände und Depressionen [6] nehmen. Ihr können aber auch positive Aspekte wie ein schützender Faktor für Neurodegenerationen und Gedächtnisstörungen zugeschrieben werden [4]. Die Global Burden of Disease Study zeigt auf, dass sich weltweit 22 % der Todesfälle und 15 % der verlorenen gesunden Lebensjahre auf ernährungsbe-

dingte Risiken zurückführen lassen [2]. Trotz nur weniger Studien, welche sich mit Gesundheitskosten in Verbindung mit der Ernährung auseinandersetzen [32], zeigt sich, dass sich in Deutschland bei einer angemessenen Aufnahme von Zucker, Salz und gesättigten Fettsäuren direkte medizinische Gesundheitskosten in Höhe von 16,8 Milliarden Euro pro Jahr vermeiden ließen [32]. Die direkten und indirekten Gesundheitskosten für Adipositas belaufen sich in Deutschland auf rund 63 Milliarden Euro [12], die Kosten für Diabetesfälle welche mit ungesunden Ernährungsgewohnheiten in Zusammenhang stehen, auf 266 Millionen Euro [7].

Die Nationale Verzehrstudie II attestiert, dass ein Großteil der Deutschen den Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) nicht nachkommt [31]. Die Techniker Kran-

kenkasse hat in einer Umfrage mögliche Ursachen dieser Diskrepanz zwischen Ernährungsempfehlung und tatsächlicher Ernährung identifiziert. Als Hindernisse auf dem Weg zu einer gesunden Ernährung wurde von den Befragten unter anderem in 29 % Geld, in 28 % fehlende Kochkenntnisse und in 25 % fehlendes Wissen genannt [48]. Der Zusammenhang zwischen Ernährung, Gesundheit und Krankheit [51] sowie den dadurch entstehenden direkten und indirekten Krankheitskosten [12] lässt sich eine gesundheitliche und ökonomische Notwendigkeit ableiten, die Ernährung der Bevölkerung zu verbessern.

1.2 Dritte Orte und Food Deserts

Das Konzept des Dritten Ortes wurde im Jahr 1989 von Oldenburg entwickelt [35]. Neben dem Dritten Ort existiert ebenfalls

der „Erste Ort“, dieser stellt den privaten Raum, durch die Familie und das Zuhause charakterisiert dar. Der „Zweite Ort“ wird durch die Arbeit und die Arbeitsstätte geprägt. Dritte Orte sollen neben diesen ersten beiden Orten eine Chance auf Austausch, Treffen und Zusammenkünfte bieten. In Dritten Orten kommen Menschen regelmäßig, freiwillig zusammen um sich informell auszutauschen. Sie sind für alle offen zugänglich und auf Dauer angelegte Einrichtungen, in welchen eine Vermischung der Anwesenden normal und möglich ist [27, 35]. Mehrgenerationenhäuser, eine fahrbare Bar oder Bibliotheken zeigen wie vielfältig Dritte Orte sein können [47].

Der Begriff der Food Deserts hat seinen Ursprung in Großbritannien der 1990er-Jahre. Dort beschreibt er bevölkerter städtische Gebiete, in welchen die Bewohner über keinen Zugang zu erschwinglicher und gesunder Ernährung verfügen [5]. Für den Deutschen Raum definieren Neumeier & Kokorsch [33] Food Deserts als Regionen, in welchen mehr als 33 % der Bevölkerung einer Gemeinde, länger als 15 Minuten zum nächsten Lebensmittelgeschäft benötigen. Zu Fuß lassen sich 82 %, mit dem Fahrrad 44 % und mit dem Auto 0,4 % der ländlichen deutschen Gemeinden als Lebensmittelwüste definieren [33].

1.3 Fragestellung

Auf Basis dieser Aspekte soll darauf eingegangen werden, ob Dritte Orte in Food Deserts beschrieben werden, welche durch ihre Etablierung oder von ihnen angebotene Interventionen dazu beitragen, die Ernährung zu verbessern. Darauf basierend wurde die Fragestellung „Welche Dritte Orte werden in Food Deserts implementiert und tragen diese selbst oder von Dritten Orten angebotene Interventionen dazu bei, die Ernährung in Food Deserts zu verbessern?“ formuliert.

2 Studiendesign und Untersuchungsmethoden

2.1 Systematische Literaturrecherche

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche und darauf aufbauend Experteninterviews durchgeführt. Mittels der nachfolgenden Begriffe wurde am 16. August 2024 eine Suche in PubMed durchgeführt.

Die Suchbegriffe waren:

- „Food Desert“ AND health
- „Food Desert“ AND groceries
- „Third Place“ AND health
- „Third Place“ AND groceries
- Essenswüste AND Gesundheit
- Essenswüste AND Lebensmittel
- „Dritter Ort“ AND Gesundheit
- „Dritter Ort“ AND Lebensmittel

Eingeschlossen wurden Volltexte, auf welche kostenfrei zugegriffen werden konnte, in deutscher oder englischer Sprache verfasst und in wissenschaftlichen Publikationen oder Fachzeitschriften veröffentlicht wurden.

In der Recherche wurden initial 370 Treffer gefunden. Darunter befanden sich 47 Duplikate und 50 Treffer, welche nicht kostenlos im Volltext abgerufen werden konnten. Somit konnten 273 Volltextartikel auf ihre Eignung für die Arbeit geprüft werden. Nach der Analyse des Titels und des Abstracts wurden weitere 246 Treffer ausgeschlossen, da sie nicht den inhaltlichen Anforderungen entsprachen. Somit konnten 27 geeignete Volltextartikel identifiziert werden. Betrachtet wurden Studien welche sich auf Personen, welche in einer Food Desert wohnen, beziehen und als Intervention die Etablierung Dritter Orte und damit verbundene Aktivitäten betrachten. Aufgrund der sonst zu geringen Anzahl an geeigneten Volltextartikel wurde auf die Bereiche Comparison (Personen, welche nicht in einer Food Desert

wohnen) und Outcome (Verbesserung der Ernährung beziehungsweise der Gesundheit) bei der Auswahl geeigneter Studien verzichtet.

2.2 Experteninterviews

Aufgrund der fehlenden deutschen Praxisbeispiele in der systematischen Literaturrecherche wurden mögliche Einrichtungen für Experteninterviews mittels einer Internetrecherche auf Übersichts- oder Netzwerkseiten identifiziert. Für ein Experteninterview wurden Einrichtungen angefragt, welche auf Basis ihrer Selbstdarstellung den Eindruck vermittelten, als Dritte Orte definiert werden zu können, da sie neben dem Angebot von Lebensmitteln in unterschiedlicher Ausgestaltung weitere Angebote wie Gesundheitsgruppen, Kulturangebote, medizinische Versorgung, Mitmachküchen, Cafés oder Räume für die Gemeinschaft anbieten. Der Austausch mit den als Experten für Dritte Orte angesehenen Interviewpartner zielt auf eine fachliche und inhaltliche Ebene ab. Die Inhaltsanalyse der Experteninterviews erfolgte auf Basis eines erstellten Minimaltranskripts [43]. Die drei Experteninterviews wurden mit Videokonferenzen und einem teilstandardisierten Fragebogen durchgeführt. Die befragten Einrichtungen befanden sich in Bayern und Schleswig-Holstein und bezeichneten sich selbst als Dorfläden.

3 Ergebnisse

3.1 Literaturrecherche

Unter den geeigneten Artikeln befanden sich zwei Treffer, welche Interventionen betrachten, welche in Food Hubs, die als Dritte Orte definiert werden können, durchgeführt wurden [17, 44]. Weitere zwölf Treffer betrachten einzelne Interventionen, welche auf die Bewohner von Food Deserts abzielen [3, 10, 21, 23–25, 28, 37, 40–42, 46]. 13 Treffer beschäf-

ÜBERSICHT

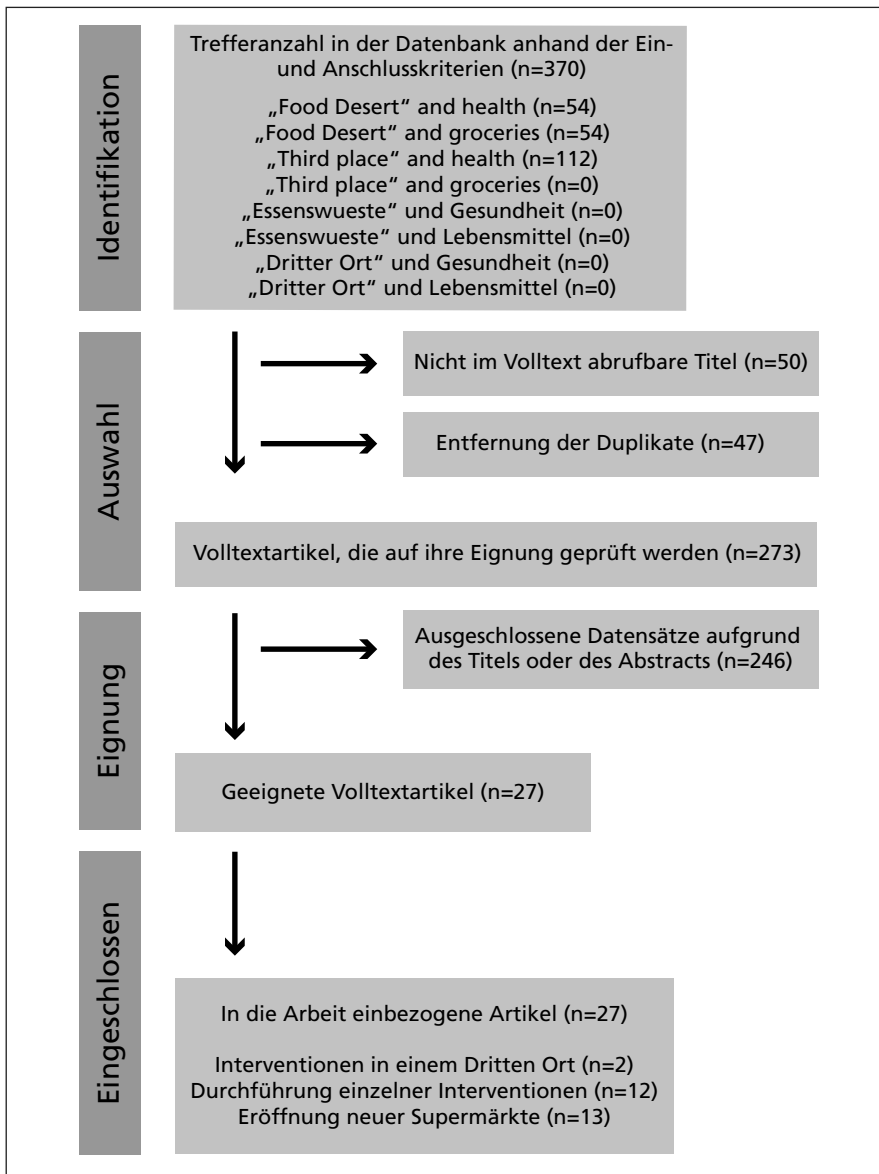


Abb. 1: Ergebnisse der Literaturrecherche und der Studienauswahl

tigen sich mit den Auswirkungen eines neuen Supermarktes in einer Food Desert [9, 19, 36, 45, 50]. Von diesen 13 Treffern beziehen sich jedoch je vier Treffer auf einen neu gegründeten Supermarkt in Saskatoon (Kanada) [1, 13, 18, 29] und in Pittsburgh (USA) [8, 11, 20, 38]. Food Hubs können als Alternative zu Einzelhandelsmodellen gesehen werden, da sie das Ziel haben, Produzenten und Konsumenten des lokalen Lebensmittelsystems besser miteinander zu verknüpfen und aus einem pädagogischen oder sozi-

alen Auftrag heraus entstanden sind. Sie erfüllen soziale- und Gemeinschaftsfunktionen und können die Vermittlung sozialer Werte, Gefühle der sozialen Verbundenheit, des Austauschs und Vertrauens erleichtern. Zusätzlich wird der Verkauf lokaler Lebensmittel mit Informationen über die Bedeutung von landwirtschaftlichen Flächen oder des Verbleibs von Einkommen in der lokalen Wirtschaft begleitet [30]. Durch die Etablierung von Food Hubs konnte sich die Wahrnehmung des

Lebensmittelumfeldes verbessern, der Verzehr von Obst und Gemüse als auch die Kalorienzufuhr hat sich nicht signifikant verändert [17, 44]. Ein Food Hub hat den gewonnenen Erkenntnissen nach keinen Einfluss auf eine verbesserte Ernährung, den BMI [44] oder die Aufnahme gesunder Lebensmittel und nur einen geringen Einfluss auf die Verfügbarkeit gesunder Lebensmittel [17]. Eine verbesserte Wahrnehmung des Lebensmittelumfeldes als auch die Verfügbarkeit von Lebensmitteln lässt sich auch in den Untersuchungen zur Neueröffnung von Lebensmittelmärkten erkennen [1, 8, 38]. Die Neueröffnung eines Lebensmittelmarktes wirkt sich positiv auf das Ernährungsverhalten aus, indem Personen, welche in näherer Umgebung zu einem neu eröffneten Supermarkt wohnen, gesündere Einkäufe tätigen [13, 18]. Jedoch führt die Existenz eines neuen Supermarktes nicht zwangsläufig zu einer besseren Ernährung und Gesundheit [8, 11]. Weiter konnten negative Auswirkungen auf die selbstberichtete Gesundheit und bestimmte Erkrankungen [38] als auch eine verbesserte mentale und generelle Gesundheit [1] festgestellt werden. Einzeln in Food Deserts durchgeführte Interventionen wie die Kennzeichnung gesunder Lebensmittel, die Lieferung teilweise zubereiteter Mahlzeitenpakete oder die Ausgabe von Einkaufsgutscheinen zeigen positive Auswirkungen auf die Gesundheit oder das Ernährungsverhalten [22, 25, 42].

3.2 Experteninterview

Die in den Experteninterviews befragten Einrichtung verbessern die Verfügbarkeit von Lebensmitteln, da sich die Entfernung zu dem nächsten Lebensmittelmarkt verringert [14–16]. Dennoch werden die Einrichtungen nur von Senioren für den Haupteinkauf genutzt, andere Personengruppen nutzen die Einrichtung für ihren „Vergesslichkeitsbedarf“ und tätigen den

Haupteinkauf in einem Einkaufszentrum [14, 16]. Neben zum Teil regional produzierten Lebensmitteln [14, 16] bieten die Einrichtungen Interventionen mit einem Gesundheitsbezug an. Dies sind unter anderem Vorträge, Angebote für Kinder, eine gesunde Aktionswoche und Kurse in der Gemeinschaftsküche [14–16]. Auch wenn der Einfluss dieser Interventionen auf die Gesundheit oder Ernährung der Besucher durch die befragten Experten nicht bestätigt werden kann [14, 16], sind die Einrichtungen aufgrund ihrer positiven sozialen Auswirkungen auf die Gemeinschaft beispielsweise durch Cafés oder gemeinschaftliche Aktivitäten unabdingbar [15]. Dieser positive gemeinschaftliche Aspekt, welcher durch die Neueröffnung von Supermärkten entsteht, wird auch durch die Literaturrecherche bestätigt [38, 50].

4 Diskussion

Dritte Orte in Food Deserts können der lokalen Bevölkerung einen Mehrwert bieten, indem sie die Verfügbarkeit von Lebensmitteln verbessern [1, 14–16, 38], lokalen Produzenten die Möglichkeit bieten, ihre Produkte in den Einrichtungen zu vermarkten [14–16], und sich positiv auf die Gemeinschaft und das soziale Zusammenleben auswirken [15, 38, 50]. Die Frage, ob sich durch die Etablierung Dritter Orte in Food Deserts und der Durchführung von Interventionen die Ernährung und daraus folgend die Gesundheit verbessern lässt, lässt sich nicht abschließend beantworten. Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass es hierfür unterschiedliche Erkenntnisse gibt [11]. In den Experteninterviews konnte dafür ebenfalls kein Beleg gefunden werden [14, 16].

Ohne es im Kontext der geführten Interviews explizit zu erwähnen, versuchen die interviewten Einrichtungen die von

der Techniker Krankenkasse [48] identifizierten Hürden mit ihren Angeboten zu überwinden. Supermärkte eignen sich als Dritte Orte, da diese als Ort des Zeitvertriebs wahrgenommen werden [9], man dort regelmäßig einem bekannte Personen trifft [14, 15, 50] und Kontakte knüpfen kann [38]. Dies zeigen auch die geführten Experteninterviews, welche darüber hinaus die Bedeutung einer partizipativen Ausgestaltung der Dorfläden hervorheben [14].

Bei der Beurteilung der Erkenntnisse sollten die aufgeführten Limitationen der Studien, insbesondere die angemahnte mögliche fehlende Übertragbarkeit [45, 50] aufgrund kleiner und homogener Studienpopulationen [1, 3, 37] sowie fehlenden Kontrollgruppen [9, 22, 41], nicht außer Acht gelassen werden. Die Auswahl der Einrichtungen, welche für die Befragung in Betracht gezogen wurden, erfolgte über Übersichts- und Netzwerkeiten, welche durch ihre Selbstdarstellung den Eindruck vermittelten als Dritte Orte definiert werden zu können. Aufgrund dieser Tatsache und der Anzahl der geführten Interviews ist nicht von einer Übertragbarkeit der Erkenntnisse auszugehen.

5 Ausblick

Vor dem Hintergrund der aufgeführten Limitationen der identifizierten Studien und der Tatsache, dass diese sich ausschließlich auf den angloamerikanischen Raum beziehen, sollten weitere Untersuchungen in Deutschland angestrebt werden, um die Auswirkungen des Wohnsitzes in Food Deserts auf die Ernährung und Gesundheit sowie die Auswirkungen von Interventionen, auch im Kontext von Dritten Orten auf diese zu erfassen.

In einer Idealvorstellung entwickelt sich der Dritte Ort in einer Food Desert zu einem Lern- und Informationsort für

Ernährungsverhalten [26] und baut durch Wissensvermittlung, praktische Koch- und Ernährungskurse oder Angebote des Food-Sharing die von der Techniker Krankenkasse benannten Hürden [48], auf dem Weg zu einer gesunden Ernährung ab.

Literaturverzeichnis

1. Abeykoon AMH, Gupta SD, Engler-Stringer R, Muhajarine N (2024) Early impact of a new food store intervention on health-related outcomes. *BMC Public Health* 24:1688. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19052-1>
2. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, et al (2019) Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 393:1958–1972. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
3. Appelhans BM, Lynch EB, Martin MA, Nackers LM, Cail V, Woodruff N (2013) Feasibility and acceptability of Internet grocery service in an urban food desert, Chicago, 2011–2012. *Prev Chronic Dis* 10:E67. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120299>
4. Ballarini T, Melo van Lent D, Brunner J, et al (2021) Mediterranean Diet, Alzheimer Disease Biomarkers, and Brain Atrophy in Old Age. *Neurology* 96:2920–2932. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000012067>
5. Beaumont J, Lang T, Leather S, Mucklow C (1995) Report from the Policy Sub-Group to the Nutrition Task Force Low Income Project Team of the Department of Health – ScienceOpen. Hertfordshire Institute of Grocery Distribution, Radlett
6. Begdache L, Sadeghzadeh S, Derose G, Abrams C (2021) Diet, Exercise, Lifestyle, and Mental Distress among Young and Mature Men and Women: A Repeated Cross-Sectional Study. *Nutrients* 13:24. <https://doi.org/10.3390/nu13010024>
7. Candari CJ, Cylus J, Nolte E (2017) Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity: An evidence review and proposed framework. *European Observatory on Health Systems and Policies*, Copenhagen
8. Cantor J, Ghosh-Dastidar B, Hunter G, Baird M, Richardson AS, Siddiqi S, Dubowitz T (2022) What Is Associated with Changes in Food Security among Low-Income Residents of a Former Food Desert? *Nutrients* 14. <https://doi.org/10.3390/nu14245242>
9. Chrisinger B (2016) A Mixed-Method Assessment of a New Supermarket in a Food Desert: Contributions to Everyday Life and Health. *J Urban Health Bull N Y Acad Med* 93:425–437. <https://doi.org/10.1007/s11524-016-0055-8>
10. Dubowitz T, Cohen DA, Huang CY, Beckman RA, Collins RL (2015) Using a Grocery List Is Associated With a Healthier Diet and Lower BMI Among Very High-Risk Adults. *J Nutr Educ Behav* 47:259–264. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.01.005>
11. Dubowitz T, Ghosh-Dastidar M, Cohen DA, Beckman R, Steiner ED, Hunter GP, Flórez KR, Huang C, Vaughan CA, Sloan JC, Zenk SN, Cummins S, Collins RL (2015) Diet And Perceptions Change With Supermarket Introduction In A Food

- Desert, But Not Because Of Supermarket Use. *Health Aff Proj Hope* 34:1858–1868. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0667>
12. Effertz T, Engel S, Verheyen F, Linder R (2016) The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ* 17:1141–1158. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>
13. Engler-Stringer R, Muhajarine N, Ridalls T, Abonyi S, Vatanparast H, Whiting S, Walker R (2016) The Good Food Junction: a Community-Based Food Store Intervention to Address Nutritional Health Inequities. *JMIR Res Protoc* 5:e52. <https://doi.org/10.2196/resprot.5303>
14. Experte A (2024) Experteninterview A in Einrichtung A
15. Experte B (2024) Experteninterview B in Einrichtung B
16. Experte C (2024) Experteninterview C in Einrichtung C
17. Freedman DA, Bell BA, Clark J, Ngendahimana D, Borawski E, Trapl E, Pike S, Sehgal AR (2021) Small Improvements in an Urban Food Environment Resulted in No Changes in Diet Among Residents. *J Community Health* 46:1–12. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00805-z>
18. Fuller D, Engler-Stringer R, Muhajarine N (2015) Examining food purchasing patterns from sales data at a full-service grocery store intervention in a former food desert. *Prev Med Rep* 2:164–169. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.02.012>
19. Gbenro MJ, Student M, Brace AM, Matthews TL (2019) The relationship between food deserts, farmers' markets, Nutrition Benefits, and health in Delaware census tracts; 2017. *Del J Public Health* 5:16–23. <https://doi.org/10.32481/djph.2019.12.005>
20. Ghosh-Dastidar M, Hunter G, Collins RL, Zenk SN, Cummins S, Beckman R, Nugroho AK, Sloan JC, Wagner L, Dubowitz T (2017) Does opening a supermarket in a food desert change the food environment? *Health Place* 46:249–256. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.06.002>
21. Gittelsohn J, Trude AC, Poirier L, Ross A, Ruggiero C, Schwendler T, Anderson Steeves E (2017) The Impact of a Multi-Level Multi-Component Childhood Obesity Prevention Intervention on Healthy Food Availability, Sales, and Purchasing in a Low-Income Urban Area. *Int J Environ Res Public Health* 14. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111371>
22. Hardin-Fanning F (2013) Adherence to a Mediterranean diet in a rural Appalachian food desert. *Rural Remote Health* 13:2293
23. Hardin-Fanning F, Gokun Y (2014) Gender and age are associated with healthy food purchases via grocery voucher redemption. *Rural Remote Health* 14:2830
24. Hsiao B-S, Sibeko L, Troy LM (2019) A Systematic Review of Mobile Produce Markets: Facilitators and Barriers to Use, and Associations with Reported Fruit and Vegetable Intake. *J Acad Nutr Diet* 119:76–97.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.02.022>
25. Katre A, Raddatz B (2023) Low-Income Families' Direct Participation in Food-Systems Innovation to Promote Healthy Food Behaviors. *Nutrients* 15. <https://doi.org/10.3390/nu15051271>
26. Klepsch A (2017) Ein Dritter Ort im Zentrum. *Mag Bibl Sachs Sonderheft* 5
27. Kurzeja M, Thiele K, Klagge B (2020) Makerspaces: Dritte Orte für eine zukunftsfähige (Postwachstums-)Gesellschaft? In: Lange B, Hülz M, Schmid B, Schulz C (eds) *Postwachstumsgeographien Raumbezüge diverser und alternativer Ökonomien*. transcript Verlag, pp 159–176
28. Larsen K, Gilliland J (2009) A farmers' market in a food desert: Evaluating impacts on the price and availability of healthy food. *Health Place* 15:1158–1162. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.06.007>
29. Lotoski LC, Engler-Stringer R, Muhajarine N (2015) Cross-sectional analysis of a community-based cooperative grocery store intervention in Saskatoon, Canada. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique* 106:e147–153. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4710>
30. Matson J, Sullins M, Cook C (2013) The Role of Food Hubs in Local Food Marketing. *USDA Rural Development*
31. Max-Rubner-Institut (2008) *Ergebnisbericht, Teil 2. Nationale Verzehrsstudie II. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen*
32. Meier T, Senftleben K, Deumelandt P, Christen O, Riedel K, Langer M (2015) Healthcare Costs Associated with an Adequate Intake of Sugars, Salt and Saturated Fat in Germany: A Health Econometric Analysis. *PLOS ONE* 10:e0135990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135990>
33. Neumeier S, Kokorsch M (2021) Supermarket and discounter accessibility in rural Germany—identifying food deserts using a GIS accessibility model. *J Rural Stud* 86:247–261. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2021.06.013>
34. O'Hearn M, Lara-Castor L, Cudhea F, Miller V, Reedy J, Shi P, Zhang J, Wong JB, Economos CD, Micha R, Mozaffarian D (2023) Incident type 2 diabetes attributable to suboptimal diet in 184 countries. *Nat Med* 29:982–995. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02278-8>
35. Oldenburg R (1989) The Great Good Place: Cafés, Coffee Shops, Community Centers, Beauty Parlors, General Stores, Bars, Hangouts, and how They Get You Through the Day. *Paragon House*
36. Oronce CIA, Miake-Lye IM, Begashaw MM, Booth M, Shrank WH, Shekelle PG (2021) Interventions to Address Food Insecurity Among Adults in Canada and the US: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Health Forum* 2:e212001. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.2001>
37. Ramirez AS, Diaz Rios LK, Valdez Z, Estrada E, Ruiz A (2017) Bringing Produce to the People: Implementing a Social Marketing Food Access Intervention in Rural Food Deserts. *J Nutr Educ Behav* 49:166–174.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.10.017>
38. Richardson AS, Ghosh-Dastidar M, Beckman R, Flórez KR, DeSantis A, Collins RL, Dubowitz T (2017) Can the introduction of a full-service supermarket in a food desert improve residents' economic status and health? *Ann Epidemiol* 27:771–776. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.10.011>
39. Rohrmann S, Karavasiloglou N, Pestoni G (2022) Einfluss der Ernährung auf das Krebsrisiko. Ist Prävention möglich? *Schweiz Z Für Onkol* 45–49
40. Sadler RC (2016) Integrating expert knowledge in a GIS to optimize siting decisions for small-scale healthy food retail interventions. *Int J Health Geogr* 15:19. <https://doi.org/10.1186/s12942-016-0048-6>
41. Saxe-Custack A, LaChance J, Hanna-Attisha M (2019) Child Consumption of Whole Fruit and Fruit Juice Following Six Months of Exposure to a Pediatric Fruit and Vegetable Prescription Program. *Nutrients* 12. <https://doi.org/10.3390/nu12010025>
42. Saxe-Custack A, Lofton HC, Hanna-Attisha M, Tata Z, Ceja T, LaChance J (2019) Caregiver Experiences With an Innovative Farmers' Market Incentive Program for Children in Flint, Michigan. *Glob Pediatr Health* 6:2333794X19870989. <https://doi.org/10.1177/2333794X19870989>
43. Selting M, Auer P, Barth-Weingarten D, Bergmann J, et al (2009) Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung - Online-Zur Verbalen Interakt* 353–402
44. Sharpe PA, Bell BA, Liese AD, Wilcox S, Stucker J, Hutto BE (2020) Effects of a food hub initiative in a disadvantaged community: A quasi-experimental evaluation. *Health Place* 63:102341. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102341>
45. Singleton CR, Li Y, Zenk SN, Powell LM (2021) Examining changes to food and beverage availability and marketing in a low-income community after the opening of a new supermarket. *Public Health Nutr* 24:5837–5846. <https://doi.org/10.1017/S1368980021003165>
46. Sundberg MA, Warren AC, VanWassenhove-Paetzold J, George C, et al (2020) Implementation of the Navajo fruit and vegetable prescription programme to improve access to healthy foods in a rural food desert. *Public Health Nutr* 23:2199–2210. <https://doi.org/10.1017/S1368980019005068>
47. Sütterlin S, Hinz C, Haist K, Rathsmann N, Menn D (2023) Dritte Orte. *Begegnungsräume in der altersfreundlichen Stadt*
48. Techniker Krankenkasse (2017) *Größte Hürden für eine gesunde Ernährung in Deutschland im Jahr 2016*. In: *Stat. Zugriff Am 06062024*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/466667/umfrage/hindernisse-fuer-eine-gesunde-ernaehrung-in-deutschland/>. Accessed 6 Jun 2024
49. Wiseman M (2004) Introduction to Public Health Nutrition. In: *Buttriss JL, Welch AA, Kearney JM, Lanham-New SA (eds) Public Health Nutrition*. Second Edition. Wiley, Oxford, pp 3–8
50. Yao M, Hillier A, Wall E, DiSantis KI (2019) The Impact of a Non-profit Market on Food Store Choice and Shopping Experience: A Community Case Study. *Front Public Health* 7:78. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00078>
51. Yu E, Rimm E, Qi L, Rexrode K, Albert CM, Sun Q, Willett WC, Hu FB, Manson JE (2016) Diet, Lifestyle, Biomarkers, Genetic Factors, and Risk of Cardiovascular Disease in the Nurses' Health Studies. *Am J Public Health* 106:1616–1623. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303316>

Autor:

Florian Bauer

**Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft
Universitätsallee 18
28359 Bremen**

Aus der Rechtsprechung

Intensivpflege als Schulbegleitung

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) hat die rechtlichen Anforderungen an die Gewährung von außerklinischer Intensivpflege in der Grundschule klargestellt.

Ausgangspunkt war ein Eilverfahren eines achtjährigen Jungen, der an einer angeborenen Störung des Fettstoffwechsels leidet. Aufgrund dieser Erkrankung ist er auf eine spezielle Diät angewiesen, die regelmäßiges Essen und die Vermeidung von Fastenperioden umfasst. Seine Krankenkasse hatte zu Beginn des neuen Schuljahrs im Rahmen einer Sondervereinbarung häusliche Krankenpflege in Form von zwei täglichen Einsätzen des Pflegedienstes während der Schulzeit bewilligt, um die Gabe von MCT-Öl sicherzustellen.

Darüber hinaus beantragten die Eltern des Jungen eine außerklinische Intensivpflege als Schulbegleitung, die insbesondere darauf achten sollte, dass ausreichend und richtig gegessen wird und die bei Bedarf nach Erbrechen eingreifen könnte.

Die Kasse lehnte diesen Anspruch ab, da sie weitergehende Leistungen nicht für erforderlich hielt. Dagegen meinten die Eltern, dass nur eine Schulassistentin darauf achten könne, dass Mahlzeiten in genügender Menge eingenommen würden, dass ausreichend Kohlenhydrate aufgenommen würden und dass keine Mahlzeiten verweigert würden.

Das LSG ging im Ergebnis über die Auffassung der Krankenkasse hinaus. Es bestehe kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in Form einer Schulbegleitung, so dass selbst die bereits bewilligten

Leistungen nicht hätten gewährt werden dürfen. Die Intensivpflege sei schwerstpflegebedürftigen Menschen vorbehalten, die durch den medizinischen Fortschritt außerhalb von Krankenhäusern und Hospizen versorgt werden können. Demgegenüber sei es nicht Aufgabe der Krankenkasse, eine Kompensation für etwaige Versorgungsdefizite im pädagogisch-erzieherischen Bereich zu erbringen. Die Beaufsichtigung eines Kindes beim Essen oder die Versorgung nach Erbrechen falle zudem in den Bereich der Grundpflege und Betreuung, nicht jedoch der Behandlungspflege. Auch die Gabe von gängigen Nahrungsergänzungsmitteln wie Maltodextrin oder MCT-Öl ändere daran nichts, weil diese Maßnahmen in gleicher Weise bei gesunden und kranken Kindern zur Sicherstellung der allgemeinen Ernährung dienten.

Beschluss vom 23.09.2024,

Az.: L 16 KR 383/24 B ER

Sturz beim Tabletten-Holen während einer Arbeitspause: Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung greift nicht

Der 21. Senat des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg hat entschieden, dass eine Näherin, die eine Arbeitspause einlegt, um von ihr vergessene, regelmäßig eingenommene Medikamente aus ihrem Auto zu holen, auf dem Rückweg vom Parkplatz zu ihrer Arbeitsstätte nicht unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung steht.

Die seinerzeit 60-jährige Klägerin trat an einem Tag im Juli 2020 kurz vor 6 Uhr morgens ihre Frühschicht in einer Nähe-

rei an. Zu ihrem Arbeitsplatz war sie mit ihrem Pkw gefahren und hatte diesen in der Nähe des Betriebs auf einem öffentlichen Parkplatz abgestellt. Gegen 9:30 Uhr bemerkte sie, dass sie die von ihr regelmäßig einzunehmenden Epilepsie-Tabletten in ihrem Pkw vergessen hatte. Da ihre Schicht erst gegen 11 Uhr enden sollte, ging sie zu ihrem Auto, um die Tabletten zu holen. Auf dem Rückweg zur Arbeit stürzte sie auf einem Fußweg und brach sich das rechte Handgelenk.

Die Berufsgenossenschaft lehnte es ab, dieses Ereignis als Arbeitsunfall anzuerkennen. Die hiergegen gerichtete Klage wies das Sozialgericht Neuruppin ab.

Der 21. Senat des Landessozialgerichts hat die Entscheidung des Sozialgerichts Neuruppin nunmehr bestätigt. Die Einnahme von Medikamenten gehöre nicht zu den arbeitsvertraglichen Pflichten, sondern sei dem nicht versicherten, persönlichen Lebensbereich zuzuordnen. Hätte die Frau mit der Einnahme der Epilepsie-Tabletten bis zum Schichtende gewartet, wäre ihre Arbeitsfähigkeit nicht gefährdet gewesen. Dies habe der durch den Senat gehörte behandelnde Arzt so mitgeteilt. Bestehe ein bloß abstraktes Risiko, dass es ohne die regelmäßige Einnahme der Tabletten während der Arbeitszeit zu einem Epilepsie-Anfall komme, so liege die Einnahme vorrangig im privaten Interesse und damit im nicht versicherten Bereich.

Hingegen könne ein zum Versicherungsschutz führendes, überwiegendes betriebliches Interesse dann bestehen, wenn vergessene Gegenstände geholt würden, die zwingend benötigt werden, um die Arbeit fortzusetzen. Dies habe das Bundessozialgericht (BSG) etwa für das Holen einer Brille oder des Schlüssels für einen

AUS DER RECHTSPRECHUNG

Spind bejaht. Ebenso habe das BSG entschieden, dass der Weg zum Mittagessen während einer vollschichtigen beruflichen Tätigkeit grundsätzlich versichert sei. Dies sei dadurch begründet, dass erst die Nahrungsaufnahme die Arbeitsfähigkeit auch für den Nachmittag sicherstelle. Diese Wertung lasse sich aber nicht auf das Holen vergessener Tabletten übertragen, wenn deren Einnahme nicht zwingend erforderlich sei, um die Arbeit fortzusetzen.

Unerheblich sei hier, dass die Frau, bevor sie die Tabletten aus ihrem Auto geholt habe, die Erlaubnis ihrer Vorgesetzten eingeholt habe. Die Vorgesetzte habe nicht ihr arbeitsvertragliches Weisungsrecht ausgeübt, sondern der Frau lediglich gestattet, ihre Arbeit kurz zu unterbrechen, um einer privaten Besorgung nachzugehen.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Der Senat hat die Revision nicht zugelassen. Die unterlegene Klägerin kann beim BSG die Zulassung der Revision beantragen.

**Urteil vom 26.09.2024,
Az.: L 21 U 40/21**

Steuerbefreiung für die vertretungsweise Übernahme eines ärztlichen Notfalldienstes gegen Entgelt

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat entschieden, dass der ärztliche Notfalldienst (z.B. an Wochenenden) auch dann von der Umsatzsteuer befreit ist, wenn ein Arzt

ihn vertretungsweise für einen anderen Arzt (gegen Entgelt) übernimmt.

Der Kläger ist selbständiger Arzt, der mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KV) eine Vereinbarung über die freiwillige Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst abgeschlossen hat. Er übernahm in den Jahren 2012 bis 2016 für andere, an sich zum Notfalldienst eingeteilte Ärzte als Vertreter deren „Sitz- und Fahrdienste“ in eigener Verantwortung. Gegenüber den vertretenen Ärzten rechnete der Kläger hierfür einen Stundenlohn zwischen 20,00 EUR und 40,00 EUR ab. Die erbrachten Notfalldienste hielt der Kläger für umsatzsteuerfrei.

Das Finanzamt (FA) und das Finanzgericht (FG) teilten diese Einschätzung nicht. Sie waren der Ansicht, der Kläger erbringe gegenüber dem Arzt, dessen Notfalldienst er übernehme, eine sonstige Leistung gegen Entgelt, die kein therapeutisches Ziel habe. Die Vertretung des Arztes beim Notfalldienst sei daher umsatzsteuerpflichtig.

Der BFH gewährte hingegen die Umsatzsteuerbefreiung. Auch die vertretungsweise Übernahme ärztlicher Notfalldienste gegen Entgelt durch einen anderen Arzt ist als Heilbehandlung im Sinne des § 4 Nr. 14 Buchst. a des Umsatzsteuergesetzes (UStG) umsatzsteuerfrei.

Der BFH begründet dieses Ergebnis damit, dass es zwar zutrifft, dass sich die vom Kläger vertretenen Ärzte durch die Vertretung beim Notfalldienst quasi Freizeit „erkaufen“ haben. Allerdings habe der Kläger die zum Notfalldienst eingeteilten Ärzte nur dadurch von der Über-

nahme des Dienstes freistellen können, dass er selbst den ärztlichen Notfalldienst erbracht habe. Der ärztliche Notfalldienst sei eine ärztliche Heilbehandlung. Er diene dazu, in Notfällen ärztliche Leistungen in Zeiten zu erbringen, in denen die reguläre haus- oder fachärztliche Versorgung nicht stattfindet. Er gewährleiste damit die ärztliche Versorgung von Notfallpatienten im jeweiligen Einsatzgebiet, was eine umsatzsteuerfreie Tätigkeit sei. Auf den Umfang der tatsächlichen Inanspruchnahme des Notfalldienstes durch die Patienten kommt es nicht an.

Diese Beurteilung gilt nach Auffassung des BFH für die Notfalldienste eines Vertreters in gleicher Weise wie für die Notfalldienste der von der KV dafür eingeteilten Ärzte.

Der BFH überträgt damit einerseits seine Rechtsprechung zu Bereitschaftsdiensten bei Großveranstaltungen (BFH-Urteil vom 02.08.2018 – V R 37/17, BFHE 263, 63) auf den „Sitz- und Fahrdienst“. Andererseits stellt er auch insoweit die Leistungserbringung durch einen fachlich qualifizierten Subunternehmer des Arztes der Leistungserbringung durch den Arzt selbst gleich. Die tätigkeitsbezogene Betrachtungsweise des BFH gewährleiste zudem die möglichst gleichmäßige Umsatzbesteuerung ärztlicher Notfalldienste in ganz Deutschland, da es dadurch auf die erheblichen regionalen Unterschiede in der Organisation der Vertretung bei Notfalldiensten durch die jeweils zuständige KV nicht ankommt.

**Urteil des BFH vom 14.05.2025,
Az.: XI R 24/23**

