

RPG

Band 31 | Heft 4 | 2025

4 | 2025

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Gesundheitspolitik im Fokus**
Reformen nehmen Kontur an
- **Wissenschaftspreis**
Vorstellung der Dissertation
„Erkrankungsrisiko als Krankheit?
Die Healthy Ill im Recht des SGB V“
- **Zur Diskussion gestellt**
Sektorengrenzen auch in der Onkologie
überwinden – Versorgung verbessern –
Leben retten: Ein Appell für den Umbau
des SGB V

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

Michael Meyer
Thomas Schlegel
Jürgen Stoschek
Lara Wiese

83

Editorial

Die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung haben im Krankheitsfall Anspruch auf Leistungen, um die Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern. Mithilfe genetischer Untersuchungen ist es inzwischen jedoch auch möglich, Veränderungen zu entdecken, die mit hoher Wahrscheinlichkeit später zu einer Erkrankung führen, die durch einen rechtzeitigen (operativen) Eingriff jedoch verhindert werden kann. Die Betroffenen gelten als eigentlich gesund. Eine klare Unterscheidung zwischen gesund und krank als Grundlage für einen Versicherungsanspruch wird damit fraglich.

In ihrer Dissertation „Erkrankungsrisiko als Krankheit? Die Healthy Ill im Recht des SGB V“, die mit dem Wissenschaftspreis der GRPG ausgezeichnet wurde, hat Lara Wiese die Frage untersucht, ob und unter welchen Voraussetzungen bereits ein Krankheitsrisiko einen Anspruch auf Krankenbehandlung auslösen kann und welche Folgen die Gleichsetzung von Risiko und Krankheit im System des SGB V hat.

Ein zweiter Beitrag in diesem Heft beschäftigt sich mit systemischen Hemmnissen in der onkologischen Versorgung, die nach Ansicht der Autoren dringend überwunden werden müssen.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Gesundheitspolitik im Fokus

Reformen nehmen Kontur an

Jürgen Stoschek

87

Wissenschaftspreis

Vorstellung der Dissertation „Erkrankungsrisiko als Krankheit? Die Healthy Ill im Recht des SGB V“

Lara Wiese

90

Zur Diskussion gestellt

Sektorengrenzen auch in der Onkologie überwinden – Versorgung verbessern – Leben retten: Ein Appell für den Umbau des SGB V

Thomas Schlegel | Michael Meyer

97

Aus der Rechtsprechung

96/99

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

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

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

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

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

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

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

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

Bezugspreis: 2025 (4 Hefte) Euro 170,- zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

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

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

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des 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 • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

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

© 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.

Reformen nehmen Kontur an

Im Koalitionsvertrag haben sich Union und SPD im Bereich Gesundheit und Pflege „tiefgreifende strukturelle Reformen“ vorgenommen. Auf der Agenda stehen die Stabilisierung der Beitragssätze, eine Verbesserung der ambulanten Versorgung, eine Apothekenreform, die Weiterentwicklung der Krankenhausreform sowie eine Pflege-reform, um nur einige zu nennen. Es hat ein wenig gedauert, doch jetzt ist die Gesetzgebungs-maschinerie angelaufen. Einen ersten – wenn auch nicht vollständigen – Überblick sollen die folgenden Zusammenfassungen bieten.

Die Finanzlage in der GKV bleibt angespannt

Der Bundestag hat ein Sparpaket beschlossen, das zum Ziel hat, einen Anstieg des durchschnittlichen ausgabendeckenden Zusatzbeitrags der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2026 zu vermeiden und das Defizit der gesetzlichen Krankenkassen im kommenden Jahr zu decken.

So werden die Vergütungsanstiege im Krankenhausbereich auf die reale Kostenentwicklung, die Verwaltungskosten der Krankenkassen im Jahr 2026 begrenzt sowie das Fördervolumen des Innovationsfonds reduziert. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums werden dadurch Kostensteigerungen für die GKV im Krankenhausbereich in Höhe von bis zu 1,8 Milliarden Euro vermieden. Durch die Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen soll ein Betrag von rund 100 Millionen Euro eingespart werden. Und durch eine einmalige Senkung der Fördersumme des Innovationsfonds sollen im kommenden Jahr 100 Millionen Euro eingespart werden. Von Kassenseite wird bezweifelt, dass die vorgesehenen Maßnahmen ausreichen, um Erhöhungen des Zusatzbeitrags zu vermeiden.

Währenddessen kam der GKV-Schätzerkreis – bestehend aus Expertinnen und Experten des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesamts für Soziale Sicherung und des GKV-Spitzenver-

bandes – zu keiner einvernehmlichen Prognose der Höhe der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Für das Jahr 2025 werden die Einnahmen des Gesundheitsfonds von den Experten auf 299,0 Milliarden Euro geschätzt. Die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2025 werden auf 346,6 Milliarden Euro prognostiziert.

Für das Jahr 2026 erwartet der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 312,3 Milliarden Euro. Diese beinhalten den regulären Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Milliarden Euro und einen ergänzenden Bundeszuschuss zur Refinanzierung der Sofort-Transformationskosten der Krankenhäuser in Höhe von 2,5 Milliarden Euro abzüglich des jeweiligen Anteils für die landwirtschaftliche Krankenkasse. Des Weiteren wird ein Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds in Höhe von 2,3 Milliarden Euro berücksichtigt, das in jährlichen Raten ab dem Jahr 2029 spätestens bis 31. Dezember 2033 zurückzuzahlen ist. Zudem wird bei der Schätzung der Einnahmen des Gesundheitsfonds eine Zuführung aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 826 Millionen Euro gemäß Haushaltsbegleitgesetz 2025 berücksichtigt.

Hinsichtlich der erwarteten Ausgaben im Jahr 2026 konnte nach Angaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung kein Einvernehmen erzielt werden. Aus den Schätzergebnissen für das Jahr

2026 ergibt sich ein rechnerischer durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,9 Prozent.

„Mit dem Ergebnis der heutigen Schätzung eines rechnerisch notwendigen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes in Höhe von 2,9 Prozent im nächsten Jahr nähert sich der offizielle Zusatzbeitragssatz der Realität an“, erklärte Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. „Zuletzt hatte das Bundesgesundheitsministerium den rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für 2025 bei nur 2,5 Prozent festgelegt. Dagegen liegen die tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen bereits heute bei durchschnittlich 2,94 Prozent. Mit der aktuellen Schätzung des für 2026 notwendigen Zusatzbeitragssatzes auf einem ähnlichen Niveau wie dem derzeit tatsächlich erhobenen ist jedoch keine Entwarnung verbunden. Denn viele Kassen müssen ihre gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagen auffüllen und diesen zusätzlichen Finanzierungsbedarf berücksichtigt der Schätzerkreis bei seiner Prognose nicht. Damit wiederholt sich ein Problem aus dem vergangenen Jahr: Auf den ersten Blick scheint die finanzielle Situation stabil, aber wer genauer hinschaut, erkennt, dass weiterhin Beitragsanhebungen zu erwarten sind. Damit bleibt die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen, die 90 Prozent der Bevölkerung versichern

und versorgen, weiterhin sehr angespannt“, so Blatt.

Die Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) Ulrike Elsner erklärte, die von der Bundesregierung beschlossenen Maßnahmen seien keine nachhaltige Lösung, sondern verschöben die Finanzproblematik der GKV lediglich um ein Jahr. Notwendig seien weitere Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze sowie wirksame Struktur-reformen.

Krankenhausreform wird angepasst

Das Bundeskabinett hat eine Anpassung der Krankenhausreform beschlossen. Die grundsätzlichen Ziele der Krankenhausreform sollen gewahrt bleiben, betonte das Bundesgesundheitsministerium. Zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung, vor allem im ländlichen Raum, sollen jedoch erweiterte Ausnahmen und Kooperationsmöglichkeiten für Krankenhäuser geschaffen werden. Die zuständigen Landesbehörden sollen künftig innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraumes und im Einvernehmen mit den Krankenkassen selbst über die Erforderlichkeit von Ausnahmen entscheiden. Hierbei sollen sie nicht mehr an die ursprünglich vorgesehenen Erreichbarkeitsvorgaben gebunden sein, so das Ministerium.

Darüber hinaus werden die Leistungen der Krankenhausbehandlung, für die jeweils Qualitätskriterien als Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festgelegt werden, in 61 (statt ursprünglich 65) Leistungsgruppen unterteilt. Die Regelungen zur Förderung der Spezialisierung in der Onkochirurgie werden zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung angepasst. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann

demnach künftig für einzelne Indikationsbereiche eine niedrigere als die bisher vorgesehene Fallzahlgrenze für die Auswahl von Krankenhäusern festlegen, die künftig einem partiellen Abrechnungsverbot unterliegen sollen. Dadurch wird verhindert, dass möglicherweise sogar zertifizierte Zentren von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Der bisher aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzierende Anteil am Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) von bis zu 25 Milliarden Euro über 10 Jahre (bis zu 2,5 Milliarden Euro pro Jahr) wird nunmehr aus Mitteln des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität und damit aus Bundesmitteln finanziert. Für die ersten vier Jahre übernimmt der Bund jährlich zudem zusätzlich eine Milliarde Euro zur Entlastung der Länder. Aus den Mitteln des KHTF sollen künftig auch Universitätskliniken gefördert werden können – ausschließlich jedoch für krankenhausbegleitende Strukturmaßnahmen. Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. Die im Rahmen der Krankenhausreform eingeführten Zuschläge und Förderbeträge treten ebenfalls ein Jahr später in Kraft. Die geltenden Zuschläge für Pädiatrie und Geburtshilfe werden in der Folge um ein Jahr verlängert.

Kritik an den vom Bundeskabinett verabschiedeten Änderungen an der Krankenhausreform äußerte der Vorstandsvorsitzende der Barmer Christoph Straub. „Die ohnehin schon unzureichende Krankenhausreform ist nun in Teilen noch einmal aufgeweicht worden. Die neuen weitreichenderen Ausnahmeregelungen gefährden die Patientensicherheit. Durch die weitere Aufweichung der Qualitätsvorgaben können die Länder künftig Krankenhäusern Leistungsgruppen zuweisen, auch wenn diese die dafür festgelegten Mindestqualitätsvorgaben nicht oder nur

durch nicht näher konkretisierte Kooperationen erfüllen. Damit wird das Ziel einer bundesweit einheitlichen Qualität unterlaufen“, sagt Straub, bei der Vorstellung des Barmer-Krankenhausreports 2025.

Zwar sei die nun vorgesehene stärkere Einbindung der Kostenträger in die Entscheidung über Ausnahmen von den Mindestqualitätsvorgaben positiv zu bewerten. Allerdings fehlten verbindliche Standards zur Ausgestaltung von Ausnahmeregelungen, zum Beispiel durch Erreichbarkeitsvorgaben je Leistungsgruppe, so Straub. Zudem fehlten konkrete Vorgaben hinsichtlich der Ausgestaltung und Anwendung von Kooperationen zwischen den Kliniken. Durch die aktuell vorgesehenen gesetzlichen Regelungen würden die Qualitätsanforderungen unterlaufen, wodurch notwendige Konzentrations- und Spezialisierungseffekte ausbleiben würden.

Reform der Pflegeversicherung in Arbeit

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ hat die ersten Zwischenergebnisse für eine Reform der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) vorgelegt. Demnach soll die Pflegeversicherung als Umlage- und Teilleistungssystem ausgestaltet bleiben. Es sollen jedoch Lösungen zur Begrenzung bzw. zur Dämpfung der steigenden Eigenanteile gefunden werden. Bis Dezember 2025 soll der Finanzbedarf beziffert und es sollen dann konkrete Reformvorschläge vorliegen. Eine kurzfristige Stabilisierung der Finanzlage der Pflegeversicherung ist aus Sicht der Länder nur dann erreichbar, wenn versicherungsfremde Leistungen konsequent aus Steuermitteln finanziert werden.

Die Unterscheidung nach Pflegegraden soll nach dem Beschluss der Bund-Länder-Arbeitsgruppe grundsätzlich beibehal-

ten werden, die Strukturen des Leistungsrechts sollen jedoch möglichst vereinfacht und fokussiert werden. Das gesamte Begutachtungsinstrument zur Bemessung der Pflegebedürftigkeit soll evaluiert werden. Im Pflegegrad 1 sollen die Leistungen stärker auf Prävention konzentriert werden, beispielsweise für eine verbesserte pflegfachliche Begleitung.

Nach Auffassung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist eine Weiterentwicklung und Neuaufstellung der Beratungsleistungen für alle Pflegebedürftigen notwendig, insbesondere durch eine Bündelung der entsprechenden Leistungen, auch um eine verbesserte pflegfachliche Begleitung zu ermöglichen. Um eine verbesserte Versorgung bei pflegerischen Akutsituationen (z. B. Ausfall der Hauptpflegeperson oder gesundheitlichen Krisen) zu erreichen, sollen noch entsprechende Vorschläge erarbeitet werden.

Erster Referentenentwurf für eine Apothekenreform

Das allgemein gehaltene Ziel der vom Bundesgesundheitsministerium angekündigten Reformen im Apothekenwesen ist es, auch langfristig ein flächendeckendes Apothekennetz für eine wohnortnahe Arzneimittelversorgung zu erhalten und die Kompetenzen der Apotheken noch umfassender als bisher für die Gesundheitsver-

sorgung zu nutzen, beispielsweise in der Prävention. Dafür sollen die Apotheken vor allem im ländlichen Raum gestärkt werden und die Apothekerinnen und Apothekern mehr Eigenverantwortung übernehmen. Ziel ist außerdem ein Abbau von Bürokratie und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Apotheken.

Seit Mitte Oktober ist ein erster Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung bekannt, der unter anderem eine Erhöhung der Nacht- und Notdienstpauschale sowie eine Flexibilisierung für die Eröffnung von Filial- oder Zweigapotheken vorsieht.

Die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände äußerte in einer ersten Stellungnahme Kritik an den Reformplänen. Im Koalitionsvertrag werde zugesichert, dass die Apotheken wirtschaftlich gestärkt werden sollen. Eine erste Analyse der nun vorliegenden Referentenentwürfe zeige jedoch, dass die Reform genau das Gegenteil bewirken würde, so die ABDA

Vorschläge für eine Reform der Notfallversorgung

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) fordern die Politik auf, die geplante Notfallreform und die Reform des Ret-

tungsdienstes rasch anzugehen. „Die Reform ist überfällig, die Probleme müssen dringend gelöst werden“, erklärten Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, und Christian Pfeiffer, Vorstandsvorsitzender der KVB. „Überfüllte Notaufnahmen, überlastetes Personal, eine nicht bedarfsgerechte Versorgung und hohe Kosten, das können wir uns nicht mehr leisten.“ Gute Lösungsvorschläge für eine bessere Patientenorientierung lägen längst auf dem Tisch und würden zum Beispiel von der KVB bereits erfolgreich erprobt.

Die Reformvorstellungen des vdek und der KVB decken sich in vielen Bereichen, etwa was die prozessuale Zusammenlegung der Notrufnummer der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) 116117 mit der des Rettungsdienstes 112 und vor allem die Einführung einer strukturierten (digitalen) Ersteinschätzung auf allen Versorgungsebenen anbelangt. Auch die Errichtung von einem gemeinsamen ambulant/stationären Tresen in der Notaufnahme an ausgewählten Krankenhausstandorten (Integrierte Notfallzentren – INZ) sollte endlich kommen, so die beiden Organisationen in einer gemeinsamen Pressemitteilung. Darüber gebe es eine weit verbreitete Einigkeit.

**Zusammengestellt von
Jürgen Stoschek,
Geroldsgrün**

Vorstellung der Dissertation

„Erkrankungsrisiko als Krankheit? Die Healthy Ill im Recht des SGB V“*

Die moderne Medizin erlaubt es in manchen Fällen, Aussagen darüber zu treffen, ob bei gesunden Menschen zukünftig (sicher oder zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit) eine Krankheit ausbrechen wird. Bestimmte genetische Veränderungen, die mittels DNA-Analysen identifiziert werden können, bedingen beispielsweise ein mitunter erhebliches Krebsrisiko. Während immer mehr (Hoch-)Risikomutationen oder auch sonstige krankheitsassoziierte Biomarker entdeckt werden, ist unklar, welche Leistungen gesetzlich krankenversicherte Betroffene in Anbetracht der ihnen drohenden Erkrankung beanspruchen können. Vor diesem Hintergrund widmet sich die Arbeit der gegenwärtigen und perspektivischen leistungsrechtlichen Stellung (noch) nicht erkrankter Personen mit spezifischen Krankheitsrisiken, -dispositionen oder -vorstufen. Untersucht wird unter anderem, ob und unter welchen Voraussetzungen bereits ein Krankheitsrisiko einen Anspruch auf Krankheitsbehandlung auslösen kann und welche Folgen die Gleichsetzung von Risiko und Krankheit im System des SGB V hat. Zudem erfolgt ein Vorschlag, wie das Leistungsrecht die nicht mehr zeitgemäße Dichotomie von Gesundheit und Krankheit überwinden und dem medizinischen Bedarf der „gesunden Kranken“ Rechnung tragen könnte.

* Die von Prof. Dr. Stefan Huster betreute Dissertation ist im November 2024 im Nomos Verlag erschienen und als gedrucktes Buch (ISBN 978-3-7560-0977-0) sowie als eBook in einer Open Access-Version (abrufbar unter <https://doi.org/10.5771/9783748946410>) verfügbar. Sie umfasst 399 Seiten und wurde neben dem Wissenschaftspreis der GRPG auch mit dem ZGG-Förderpreis 2024 sowie dem Förderpreis 2025 der Gesellschaft zur Förderung der sozialrechtlichen Forschung e.V. ausgezeichnet.

A. Das Phänomen Healthy Ill

Das Phänomen Healthy Ill ist vergleichsweise jung. Seine Entstehung ist dem medizinischen Fortschritt geschuldet, der – wie so häufig – auch in diesem Bereich mit Chancen und Herausforderungen einhergeht.

I. Begriff

„Healthy Ill“ oder „gesunde Kranke“¹ – diese Wortneuschöpfungen wirken auf den ersten Blick widersprüchlich. Tatsächlich beschreiben sie aber treffend die Situation von Personen, die wissen, dass bei ihnen in Zukunft (höchstwahrscheinlich) eine bestimmte Erkrankung ausbrechen wird. Denn bereits die Kenntnis, dass im weiteren Verlauf des Lebens mit dem Eintritt einer bestimmten Erkrankung gerechnet werden muss, vermag ein subjektives Krankheitsgefühl auszulösen. Dies ist insbesondere dann denkbar, wenn sich die Wahrscheinlichkeit des Krankheitsausbruchs mithilfe statistischer Daten sogar prozentual beziffern und zeitlich näher eingrenzen lässt. Sofern Möglichkeiten bestehen, das Risiko zu reduzieren bzw. dem Krankheitsausbruch entgegenzuwirken, stellt sich zudem die Frage nach den medizinischen Konsequenzen des Untersu-

chungsergebnisses. Daher kann es in manchen Fällen identifizierter (genetischer) Krankheitsprädispositionen nicht mehr sachgerecht erscheinen, die betroffene Person als vollumfänglich „gesund“ einzuordnen, aber mangels Manifestation einer Erkrankung ist sie auch (noch) nicht „krank“, sondern in einem indifferenten Zustand zwischen beiden Kategorien.

Ursächlich für das Phänomen Healthy Ill sind die zunehmenden Möglichkeiten einer Prädiktion (also Vorhersage) von Krankheiten bzw. symptomatischen Krankheitsausbrüchen. Eine wichtige Rolle spielen dabei sogenannte Biomarker: charakteristische biologische Merkmale wie z.B. Gensequenzen, Pro-

II. Hintergrund

Ursächlich für das Phänomen Healthy Ill sind die zunehmenden Möglichkeiten einer Prädiktion (also Vorhersage) von Krankheiten bzw. symptomatischen Krankheitsausbrüchen. Eine wichtige Rolle spielen dabei sogenannte Biomarker: charakteristische biologische Merkmale wie z.B. Gensequenzen, Pro-

¹ Diese Begriffe tauchten in der Vergangenheit bereits gelegentlich und in unterschiedlichen Abwandlungen auf, siehe nur *Huster/Harney*, MedR 2016, 367, 369; *Feuerstein/Kollek*, APuZ B27 2001, 26, 29; ausführlich zum Begriff *Wiese*, *Erkrankungsrisiko als Krankheit?*, 2024, S. 28 f.

teine, Stoffwechselprodukte oder sonstige Moleküle, die valide messbar sind und Hinweise auf einen normalen biologischen oder eben auch auf einen krankhaften Prozess im Körper geben.² Eine sinnvolle Unterscheidung im Zusammenhang mit den Healthy Ill lässt sich nach der Art der Biomarker sowie der Untersuchungsmethode treffen.

Mithilfe genetischer Untersuchungen können im Erbgut, konkret in der DNA, Veränderungen (sogenannte Mutationen) detektiert werden, die bekanntermaßen mit bestimmten Krankheiten in Verbindung stehen. Sie sind teilweise bereits Bestandteil der Versorgungsrealität, so etwa betreffend den erblichen Brust- und Eierstockkrebs, den erblichen Darmkrebs sowie den erblichen Magenkrebs.³ Grund dafür ist, dass diese Krebsformen monogen sind – das heißt, durch Veränderungen auf einem einzelnen Gen bedingt. Auf dieser Grundlage lassen sich vergleichsweise verlässliche Aussagen zu den statistischen lebenszeitlichen Erkrankungswahrscheinlichkeiten treffen. Daneben existieren sonstige, also nicht-genetische Biomarker, die auf eine drohende Krankheit hindeuten. Wenngleich diese aktuell (noch) keine vergleichbar sichere Prognose in Bezug auf einen zukünftigen Krankheitsausbruch erlauben, rücken auch sie merklich in den Fokus von Wissenschaft und medizinischer Forschung. Im Zusammenhang mit neurodegenerativen Krankheiten, speziell mit Alzheimer, sind gegenwärtig verstärkt Bemühungen betreffend die Detektion und Validierung von Biomarkern zur Prädiktion und Frühdiagnostik

zu verzeichnen.⁴ Bestimmte Stoffe geben Auskunft darüber, ob in der nächsten Zeit mit dem Auftreten demenzieller Beeinträchtigungen zu rechnen ist: So können fehlgefaltete Proteinbiomarker bereits 17 Jahre vor einem Symptomausbruch als erstes alzheimerassoziiertes Krankheitsanzeichen im Blut nachgewiesen werden.⁵

III. Psychosoziale und ethische Implikationen

Verfahren, die bei gesunden oder zumindest symptomfreien Personen Anwendung finden, um einen zukünftigen Krankheitsausbruch zu prognostizieren, sind nicht nur mit einem potenziellen Nutzen, sondern auch mit möglichen Nachteilen und Gefahren verbunden. Denn das Wissen um eine drohende Erkrankung kann – insbesondere dann, wenn sie mit einem schweren Verlauf oder gar infauster Prognose verbunden ist – eine große Belastung darstellen. Depressionen und geänderte Lebensentwürfe können die Folge sein.⁶ Auch Diskriminierungs- und Stigmatisierungsrisiken lassen sich nicht von der Hand weisen.⁷ Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die neuen Möglichkeiten keinesfalls nur positive Folgen haben und dass dem auch verfassungsrechtlich abgesicherten Recht auf Nichtwissen keine geringere Bedeutung als dem kehrseitigen Recht auf Wissen zukommt.⁸ Von Relevanz wird

in diesem Kontext regelmäßig die Frage sein, ob Krankheiten in Rede stehen, die behandel- oder sogar verhinderbar sind. Aber selbst, wenn dies nicht der Fall ist, kann die Gewissheit (etwa in Bezug auf die Trägerschaft einer vermuteten Risikomutation) als Erleichterung empfunden werden. Die Entscheidung, Untersuchungen zur Identifikation von Risiken und zukünftig drohenden Erkrankungen vornehmen zu lassen, ist letztlich eine höchstpersönliche, die wohlüberlegt sein sollte.

IV. Medizinische Konsequenzen

Speziell im Zusammenhang mit Hochrisikomutationen stellt sich nicht nur die Frage, ob eine diesbezügliche Abklärung mittels einer genetischen Untersuchung überhaupt gewollt ist, sondern auch die Frage, ob und wenn ja, welche (präventiven) Maßnahmen im Falle eines Mutationsnachweises ergriffen werden sollen.

1. Prophylaktische Operationen

Prophylaktische Operationen, bei denen potenziell zukünftig von Krebs betroffene Organe vorsorglich entfernt werden, kommen in einigen Konstellationen als radikale, aber effektive Präventionsmethode in Betracht. Sie haben durch die Schauspielerinnen Angelina Jolie auch unter medizinischen Laien Bekanntheit erlangt: Ein wegen der familiären Häufung von Krebserkrankungen vorgenommener prädiagnostischer Gentest bestätigte bei ihr den Verdacht, dass sie Trägerin einer Mutation in einem der beiden BRCA-Gene ist, wo Veränderungen ein immens hohes Brustkrebsrisiko und zugleich ein deutlich erhöhtes Risiko für Eierstockkrebs bedingen. Das Risiko, bis zum Alter von 80 Jahren an Brustkrebs zu erkranken, beträgt Studienergebnissen

2 Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.), Aktionsplan Individualisierte Medizin, 2013, S. 5.

3 Ausführlich zu den Erscheinungsformen Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024, S. 47 ff.

4 Zu den jüngeren Entwicklungen in der Forschung Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024, S. 309 ff.

5 Stocker et al., Alzheimer's & Dementia 2023, 25 ff.; siehe auch Beyer/Gerwert, in: Wiese/Diehl/Huster (Hrsg.), Disease Interception als Chance und Herausforderung, 2024, S. 69 ff.

6 Heyers, MedR 2009, 507, 508; siehe zu den psychosozialen Implikationen prädiktiver genetischer Untersuchungen Heyen, Gendiagnostik als Therapie, 2012, S. 34 ff. sowie Kollek/Lemke, Der medizinische Blick in die Zukunft, 2008, S. 72 ff.

7 Siehe beispielhaft Plümecke, in: Lemke/Liebsch (Hrsg.), Die Regierung der Gene, 2015, S. 35 ff.

8 Zum Recht auf Nichtwissen in der Gendiagnostik umfassend Fündling, Recht auf Wissen vs. Recht auf Nichtwissen in der Gendiagnostik, 2017.

zufolge um die 70 %, das Eierstockkrebsrisiko je nach betroffenem Gen 44 % bzw. 17 %, ⁹ wobei es individuell divergieren kann. Nach eigenen Angaben betrug Angelina Jolies Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, 87 %, weswegen sie sich im Jahr 2013 für eine prophylaktische Brustdrüsenentfernung entschied und ihre Beweggründe mit der Öffentlichkeit teilte.¹⁰ Auch die vorbeugende Entfernung der Eierstöcke, des Magens oder von Teilen des Darms ist bei entsprechender erblicher Veranlagung und einem diesbezüglichen Behandlungswunsch eine denkbare medizinische Reaktion auf das festgestellte Erkrankungsrisiko.¹¹

2. Intensivierte Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen

Teilweise gibt es besondere Vorsorge- und Früherkennungsangebote für Personen mit einer Prädisposition für eine erbliche Krebserkrankung, die an dem daraus resultierenden hohen Risiko ausgerichtet sind. Besonders etabliert ist dies in Verbindung mit dem erblichen Brust- und Eierstockkrebs – Zentren des „Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“ bieten eine umfassende Betreuung an, die Versorgungslücken schließt.¹² Denn während die allgemeine, von den gesetzlichen Krankenkassen vorgesehene Brustkrebsfrüherkennung asymptomatische Frauen unabhängig von individuellen Risikofaktoren oder Prädispositionen zwischen 50 und 75 Jahren

adressiert,¹³ beginnt die risikoadaptierte, intensivierte Früherkennung bereits ab dem 25. Lebensjahr¹⁴. Sie trägt damit dem Umstand Rechnung, dass sich die erbliche Form des Brustkrebses deutlich eher manifestiert als die sporadische Form¹⁵.

B. Rechtsprobleme de lege lata

Für Betroffene ist nicht nur von Bedeutung, dass ihr Risiko überhaupt entdeckt und risikoadaptierte Präventionsmaßnahmen angeboten werden, sondern auch, ob diese im Leistungsumfang ihrer Krankenversicherung enthalten sind.

I. Rechtsunsicherheiten bei der Kostenübernahme

Maßnahmen zur Verhinderung eines drohenden Krankheitsausbruchs, vor allem auch prophylaktische Operationen, sind mit (teilweise sehr hohen) Kosten verbunden. Ob sie eine „Kassenleistung“ sind, lässt sich gegenwärtig allerdings nicht eindeutig beantworten, da erhebliche rechtliche Unklarheiten bestehen. Diese betreffen zwar nicht nur operative Eingriffe, sondern auch intensivierte Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen, gleichwohl soll im Folgenden der Fokus auf die operative Prävention gerichtet werden. Diesbezüglich hat sich in der Praxis die Vorgehensweise etabliert, dass im Vorfeld der Operationen Einzelfallanträge bei den zuständigen Kostenträgern gestellt werden, was einen zusätzlichen

Aufwand für die Behandelnden und eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen verursacht, zumal auch ablehnende Entscheidungen bekannt sind.¹⁶ Vor dem Hintergrund, dass die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung (rund 90 %) ¹⁷ gesetzlich versichert ist, werden die diesbezüglichen Rechtsprobleme sowohl in der Dissertationsschrift als auch im Folgenden anhand der Regelungen des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuches (SGB V) erläutert. Dieses enthält fast alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, insbesondere die Leistungsansprüche für Versicherte.

II. Krankenbehandlungsanspruch bei Krankheitsrisiko?

Die einzige Anspruchsnorm, auf deren Grundlage nach geltender Rechtslage operative Eingriffe in Betracht kommen, ist der in § 27 SGB V normierte Krankenbehandlungsanspruch.¹⁸ Er gewährt Versicherten allerdings nur solche Maßnahmen, die dem Erkennen oder Behandeln einer Krankheit dienen. Sollen prophylaktische risikoreduzierende Operationen auf diese Norm gestützt werden, muss das hohe Risiko folglich bereits eine Krankheit sein. Dementsprechend kommt es darauf an, ob die betroffene Person (beispielsweise eine Frau mit einer nach-

9 Kuchenbaecker et al., JAMA 2017, 317, Heft 23, 2402.

10 Jolie, My Medical Choice, The New York Times, Artikel vom 14.05.2013, <https://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html> (letzter Zugriff: 19.10.2025).

11 Ausführlich dazu Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024, S. 52 ff.

12 Siehe dazu Meier et al., Risikoadaptierte Prävention, 2018, S. 9 f.; Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024, S. 64 ff.

13 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen in der Fassung vom 18.6.2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 3.10.2009, zuletzt geändert am 18.6.2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 4.9.2025 B3, in Kraft getreten am 5.9.2025, B. III. §§ 9 f.

14 Hahne, Mamma Mia! Spezial, Das Brustkrebsmagazin, 2. aktualisierte Ausgabe 2013, 52.

15 Dazu Meindl et al., DABl Int 2011, Heft 19, 323, 327.

16 Zur Versorgungssituation in Verbindung mit prophylaktischen Mastektomien (Brustdrüsenentfernungen) und dem Antragserfordernis siehe etwa Schindler, Mamma Mia! Spezial, Das Brustkrebsmagazin, 3. aktualisierte Ausgabe 2019, 72, 74; Hahne, Mamma Mia! Spezial, Das Brustkrebsmagazin, 2. aktualisierte Ausgabe 2013, 52, 53; Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024, S. 64 ff.

17 Website-Information des GKV-Spitzenverbandes, Stand 18.3.2025, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp (letzter Zugriff: 19.10.2025).

18 § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“

gewiesenen BRCA-Mutation) „krank“ ist, oder ob sie nicht krank – mangels weiterer Zustandsalternativen also gesund – ist. Naturgemäß fällt eine Einordnung der „gesunden Kranken“ in dieses binäre System schwer, was einer der primären Gründe für die schwierige leistungsrechtliche Situation Betroffener ist.

1. Krankheitsbegriff des SGB V

Ob eine Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne vorliegt, bemisst sich nach den Kriterien des sogenannten zweigliedrigen Krankheitsbegriffs, der von der Rechtsprechung entwickelt wurde und im Recht des SGB V maßgeblich ist. Danach wird Krankheit als körperliche oder geistige Regelwidrigkeit verstanden, die eine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit auslöst.¹⁹ In Bezug auf die Regelwidrigkeit wird zudem in ständiger Rechtsprechung gefordert, dass sie entweder eine entstellende Wirkung hat oder mit Funktionsstörungen einhergeht.²⁰ Ganz offensichtlich umschreibt dieser Krankheitsbegriff den klassischen Krankheitszustand, der sich in Gestalt von Beschwerden und Symptomen ausprägt. Eine strenge Anlegung der tradierten Kriterien kann dementsprechend zu dem Ergebnis führen, dass die Healthy Ill vor dem Krankheitsausbruch (noch) nicht krank im Sinne des SGB V sind und daher keinen Anspruch auf Leistungen wie prophylaktische Operationen haben.²¹

2. Risiko als Krankheit?

Dass es in manchen Fällen nicht sinnvoll oder zumutbar ist, einen ziemlich sicher bevorstehenden Krankheitsaus-

bruch abzuwarten, der sich – im Falle prophylaktischer Operationen ebenfalls ziemlich sicher – verhindern ließe, liegt auf der Hand. Dementsprechend stellt sich die Frage, wie ein Anspruch nach geltendem Recht begründet werden könnte. Eine Möglichkeit zeigte das Bundesverwaltungsgericht auf, als es 2017 über einen Fall zu entscheiden hatte, in dem eine BRCA-Mutationsträgerin eine prophylaktische Brustdrüsenentfernung begehrte.²² Es stellte heraus, dass unter bestimmten Umständen auch ein Risiko eine Krankheit sein und zum Krankenbehandlungsanspruch berechtigen könne.²³ Maßgeblich waren zwar beihilferechtliche Regelungen, da die Anspruchstellerin eine Beamtin war, aber der Krankheitsbegriff des Beihilferechts entspricht dem des SGB V,²⁴ sodass die Erwägungen auf das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung übertragbar sind. Auch in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung lassen sich immer wieder Einzelfälle finden, in denen das Erkrankungsrisiko (schon) wie eine Krankheit behandelt wurde.²⁵ Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts wurde zwischenzeitlich auch vom Bundessozialgericht aufgegriffen.²⁶ Mithilfe der Figur des „krankheitswertigen Krankheitsrisikos“²⁷ kann also ein Anspruch auf risikoreduzierende Operationen zulasten der Krankenversicherung konstruiert werden, indem das Risiko normativ einer Krankheit gleichgesetzt wird.

III. Kritik

Die Lösung der Fälle prophylaktischer Operationen über den Krankenbehandlungsanspruch erscheint bequem und prima facie sinnvoll, da sie keine Gesetzesänderung, sondern lediglich einen argumentativen Kunstgriff erfordert, um Betroffenen eine begehrte operative Maßnahme leistungsrechtlich gewähren zu können. Gleichwohl sprechen viele Gründe dagegen, das Risiko als Krankheit zu bewerten:²⁸

Zunächst ist ein Risiko schlichtweg etwas anderes als eine Krankheit, nicht zuletzt, weil der tatsächliche Krankheitsausbruch bei dem individuellen Risikoträger nie gesichert ist. Betroffene trotzdem schon als „krank“ zu bezeichnen, erscheint nicht sachgerecht. Sollte ein Risiko nichtsdestotrotz schon als Krankheit im Rechtssinne gewertet werden und die Versorgung der Healthy Ill langfristig über § 27 SGB V erfolgen, ergeben sich zudem viele Folgeprobleme: Es bleibt unklar, wie ein Risiko beschaffen sein muss, damit es Krankheitswert hat. Der Krankheitsbegriff selbst droht durch seine Ausweitung auch auf Nicht-Kranke völlig zu entgrenzen. Weiterhin kommt es zu einem Auseinanderfallen von allgemeinsprachlichem, medizinischem und rechtlichem Krankheitsverständnis, das zu Unsicherheiten führen kann. Aus- und Fernwirkungen sind auch auf andere Rechtsbereiche zu erwarten, in denen der Begriff der Krankheit bzw. Erkrankung genutzt, aber nicht definiert wird, zum Beispiel im Recht der Gendiagnostik. In diesem Zusammenhang drohen weitere Rechtsunsicherheiten, Widersprüche und Friktionen. Nicht zuletzt ist die Entscheidung, noch nicht Kranke genau so umfassend wie Kranke mit medizinischen Leistungen zu versor-

22 Zur Entscheidung siehe BVerwG, Pressemitteilung Nr. 67/2017 v. 28.9.2017.

23 BVerwG, Urt. v. 28.9.2017 – 5 C 10/16, BVerwGE 160, 71, 76.

24 BVerwG, Urt. v. 28.9.2017 – 5 C 10/16, BVerwGE 160, 71, 73.

25 Ausführliche Darstellung und Analyse diverser Urteile bei Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024, S. 137 ff.

26 BSG, Urt. v. 24.1.2023 – B 1 KR 7/22 R, Rn. 26.

27 Begriff so genutzt von Stallberg, in: Jessen/Bug (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 199, 202.

28 Umfassend Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024, S. 175 ff., zusammenfassend Wiese, NZS 2024, 607, 609 ff.

19 Siehe z.B. Müller-Götzmann, in: BeckOGK SGB V, Stand: 15.5.2025; Lang, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 27 Rn. 14.

20 St. Rspr., siehe nur BSG, Urt. v. 24.1.2023 – B 1 KR 7/22 R, BSGE 135, 226 ff.

21 Speziell zur Frage „Krankheitsrisiko als Operationsgrund?“, Wiese, KrV 2025, 12 ff.

gen, unter anderem wegen der begrenzten Ressourcen einer solidarisch finanzierten Versicherung, von wesentlicher Bedeutung. Daher sollte sie nicht von Gerichten im Einzelfallkontext getroffen werden, sondern vom parlamentarischen Gesetzgeber unter Vorschaltung einer umfassenden demokratischen und auch gesamtgesellschaftlichen Debatte.

IV. Vorschlag einer Neuregelung

Angesichts der zuvor aufgeführten Argumente liegt es nahe, für die Healthy Ill eine eigene Leistungsnorm im Krankenversicherungsrecht zu schaffen. Auslöser und Maßstab für eine Anspruchsberechtigung sollte nicht das Vorliegen einer Krankheit, sondern eines (qualifizierten) Risikos sein.²⁹ Es könnte definiert werden als regelwidrige Krankheitsgefährdung, die geeignet ist, das Gesundheitsgefühl zu beeinträchtigen und die zugleich interventionsfähig sowie interventionsbedürftig ist. In Richtlinien ließe sich sodann eine fallgruppenspezifische Risiko-Maßnahmen-Allokation vornehmen. Auf diese Weise kann die Versorgung Betroffener unter Berücksichtigung ihrer besonderen Konstitution und ihres spezifischen Leistungsbedarfs ausgestaltet werden. Es bedarf dann keiner Ausdehnung des Krankenbehandlungsanspruchs auf Personen, die tatsächlich (noch) nicht krank sind. Eine neue Norm bzw. Leistungskategorie ist die logische Reaktion auf die Entstehung einer neuartigen Versicherungengruppe, die bislang von den leistungsrechtlichen Regelungen nicht adressiert wird und keinen gesicherten Leistungsanspruch hat.

29 Zum sogenannten „Risikobehandlungsanspruch“ Wiese, *Erkrankungsrisiko als Krankheit?*, 2024, S. 247 ff. und Wiese, *NZS* 2024, 605, 609 ff.

C. Grundlegende Bedeutung der Rechtsfragen

Angesichts der vergleichsweise geringen Anzahl von Personen mit BRCA-Mutationen oder ähnlichen Prädispositionen könnte man auf den Gedanken kommen, es handele sich bei diesen Fällen und den damit verbundenen Fragestellungen um „Spezialprobleme“. Dies trifft jedoch nicht zu.

1. Wachsende Anzahl von Biomarkern

Zunächst bleibt zu bedenken, dass immer mehr genetische Veränderungen bekannt werden, die bestimmte Krankheiten verursachen und Healthy Ill entstehen lassen, sodass die Frage nach der leistungsrechtlichen Stellung von Personen mit (Hoch-) Risikomutationen zukünftig häufiger virulent werden und eine Antwort erfordern dürfte. Die prophylaktische Brustdrüsenentfernung bei einer BRCA-Mutationsträgerschaft ist schlichtweg eine der ersten und bekanntesten Konstellationen, in denen sich die Frage nach dem krankenversicherungsrechtlichen Umgang mit einem (erheblichen) Krankheitsrisiko stellt. Sie zeigt paradigmatisch die Chancen, aber auch Herausforderungen in Verbindung mit der Vorhersage von Krankheiten bzw. Krankheitsausbrüchen auf, die zukünftig eine zunehmend wichtige Rolle spielen wird. Dabei sind nicht nur im Bereich der genetischen Risikodiagnostik weitere Fortschritte zu erwarten. Denn die Identifikation von Zusammenhängen zwischen bestimmten Veränderungen und Krankheitsausbrüchen wird durch den Einsatz von Künstlicher Intelligenz erleichtert, sodass mit dem Auffinden zahlreicher nicht-genetischer krankheitsassoziierter Biomarker zu rechnen

ist, die sich zur Prädiktion und Frühdiagnostik eignen könnten.³⁰

2. Veränderungen in der Medizin – Beispiel Disease Interception

Bereits die bloße Existenz der Healthy Ill belegt, dass die Verfahren zur (biomarkerbasierten) Prädiktion und Frühdiagnostik eine neue Ära eingeläutet haben, in der ein Zeitraum vor dem Krankheitsausbruch in den Fokus von medizinischen Bemühungen rückt und vielversprechende Möglichkeiten eröffnet. Hintergrund ist, dass hinsichtlich vieler Krankheiten mittlerweile die Existenz langer, kontinuierlicher Entwicklungsprozesse mit verschiedenen Phasen und fließenden Übergängen bekannt ist.³¹ Die Möglichkeit, eine Krankheitsentwicklung in frühester Phase nachzuweisen, kann zur Vorverlagerung medizinischen Eingreifens führen. Denn mit der Identifikation von Krankheitsvor- und Krankheitsfrühphasen lässt sich ein Handlungsfenster sichtbar machen, in dem eine medizinische Intervention wie beispielsweise eine zielgerichtete Medikamentengabe erfolgen kann. Entsprechende Ansätze, die aktuell entwickelt werden, nennt man bisweilen „Disease Interception“ – das Abfangen von Krankheiten. Ziel ist es, krankheitsassozierte Prozesse frühzeitig zu entdecken und noch vor dem Krankheitsausbruch Maßnahmen einzuleiten, mit denen ein (potenziell) zur Krankheit führender Prozess verlangsamt, aufgehalten oder sogar umgekehrt werden soll.³² Die

30 Dazu Wiese/Diehl, *E-HEALTH-COM*, Heft 6/2022, S. 36.

31 Speziell zur Alzheimer-Krankheit Jessen, *DÄBl.* 2016, Heft 21, A 1028, A 1029; *Alzheimer's Association*, *Alzheimers Dement.* 2023, 1598, 1602.

32 Siehe zum Thema Jessen/Bug (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019; Wiese/Diehl/Huster, *Gesundheitsrecht.blog* Nr. 14, 2023; Wiese, *Erkrankungsrisiko als Krankheit?*, 2024, S. 330 ff.; Wiese/Diehl/Huster (Hrsg.), *Disease Interception als Chance und Herausforderung*, 2024.

Behandlung von Personen im Vorfeld des Ausbruchs einer ihnen nachweislich drohenden Krankheit könnte zum „Game Changer“ werden, gerade in Verbindung mit Krankheiten wie Krebs oder Alzheimer.

3. Überwindung der Dichotomie von gesund und krank

Der Umgang mit einem besonders hohen und behandlungsbedürftigen, also wertungsmäßig einer Krankheit zumindest ähnelndem Risiko, ist gerade deshalb so schwierig, weil das SGB V letztlich nur zwischen gesund und krank differenziert. Dieser Umstand erschwert nicht nur die Versorgung der Healthy Ill, die bereits begrifflich zwischen beiden Kategorien stehen, sondern er konfliktiert grundsätzlich mit den skizzierten neuen medizinischen Erkenntnissen und Behandlungsansätzen, wie das Beispiel Disease Interception zeigt. Auch Personen, die als potenzielle Adressaten einer entsprechenden Behandlung in Betracht kommen, sind nach dem tradierten rechtlichen Krankheitsverständnis (noch) nicht krank.³³ Schließlich soll der Zustand, der als Krankheit im Rechtssinne gilt – also die ausgebrochene, manifeste Krankheit – durch die frühen Maßnahmen (die ihrerseits eine Mischung aus Prävention und Therapie darstellen) gerade verhindert werden. Betroffene sind in einem Intermediärstadium auf dem Weg von gesund zu krank entlang eines Krankheitskontinuums, das im SGB V aktuell keine Entsprechung findet.³⁴

33 Zu den leistungsrechtlichen Fragen Problemen in Verbindung mit der Disease Interception siehe Stallberg, in: Jessen/Bug (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 199 ff.; Wiese, *MedR* 2022, 657 ff.; Wiese, in: Wiese/Diehl/Huster (Hrsg.), *Disease Interception als Chance und Herausforderung*, 2024, S. 155 ff.; Wiese, *Erkrankungsrisiko als Krankheit?*, 2024, S. 330 ff.

34 Zum Krankheitskontinuum als Herausforderung für das SGB V ausführlich Wiese, *WzS* 2024, 71 ff.

4. Erweiterung des Leistungsrechts

Die Möglichkeit, das Krankheitskontinuum nicht nur sichtbar zu machen, sondern insbesondere noch vor dem Krankheitsausbruch frühtherapeutisch zu intervenieren, lassen den im SGB V zugrunde gelegten binären Steuerungsmechanismus (krank oder nicht krank) unvollkommen erscheinen. Ebenjene Entwicklungen bringen ein System, das Gesundheit und Krankheit traditionell als gegensätzliche, voneinander abgrenzbare Zustände begreift und keine Intermediär- oder Übergangsstadien kennt, zwangsläufig an seine Grenzen. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass ein eigener Anspruch für die Healthy Ill nicht nur das spezifische Problem einer Versorgung von Personen mit extrem hohen und behandlungsbedürftigen Krankheitsrisiken löst, sondern das Leistungsrecht um eine bislang fehlende Kategorie erweitert. Diese bietet Raum für eine sachgerechte Verortung der Leistungsansprüche von Personen, die sich im Rahmen des Krankheitskontinuums zwischen den Polen von Gesundheit und Krankheit befinden. Neue Behandlungsmethoden, die im zeitlichen Vorfeld des Krankheitsausbruchs stattfinden und sich damit an (noch) nicht klassisch Kranke richten, aber deutlich über die herkömmliche, an Gesunde gerichtete Prävention hinausgehen, lassen sich so in das System integrieren. Die Weichen für eine personalisierte, prädiktive Präventionsmedizin – und damit für die Medizin der Zukunft – wären gestellt.

5. SGB V am Scheideweg

Es zeichnet sich ab, dass das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung infolge der geschilderten Entwicklungen an einen Scheideweg gelangen wird. Mitursächlich ist der herausgearbeitete Konflikt zwischen der im SGB V zugrunde gelegten Herangehensweise an Erkan-

kungen und den neueren Ansätzen (wie operativer Prävention oder Disease Interception), der sich weiter verschärfen und zunehmend mit der Gefahr von Leistungslücken verbunden sein wird. Soll dauerhaft eine Regelungssystematik aufrechterhalten werden, die durch den Fokus auf die manifeste Krankheit letztlich auf einen „Reparaturbetrieb“ – also die reaktive Behandlung bestehender Krankheiten – gerichtet ist und die den medizinischen Bedarf von Personen mit Krankheitsrisiken auch zukünftig über den Krankheitsbegriff abzubilden versucht? Oder erfolgt eine Erweiterung des Leistungsrechts um eine Kategorie, die neben „gesund“ und „krank“ liegt, die Lebenswirklichkeit zutreffend abbildet und die umfassende Integration vielversprechender Behandlungsansätze im Vorfeld eines Krankheitsausbruchs erlaubt?³⁵

D. Offene Fragen und Ausblick

Die medizinischen, aber auch die rechtlichen Entwicklungen in Verbindung mit der biomarkerbasierten Prädiktion und Frühdiagnostik bleiben mit Spannung abzuwarten. Jedoch ist abschließend zu bemerken, dass das Phänomen Healthy Ill nicht nur für das Krankenversicherungsrecht eine Herausforderung darstellt. Zutreffend wurde einmal geäußert, Healthy Ill sei „ein bisher psychologisch-identitätstheoretisch, aber auch sozialrechtlich, gesundheitsökonomisch und ethisch noch nicht hinreichend verarbeiteter hybrider Status“³⁶. Vor diesem Hintergrund zielt die hier vorgestellte Arbeit nicht nur darauf ab, die krankenversicherungsrechtlichen Ansprü-

35 Zu diesem Spannungsfeld bereits Wiese, *MedR* 2022, 657 ff.

36 Dabrock, in: Richter/Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, 2016, S. 287, 292.

che Betroffener zu untersuchen, sondern auch darauf, die mannigfaltigen sonstigen Frage- und Problemstellungen zu kartografieren. Zu diesem Zweck wird nicht nur durch die Darstellung der medizinischen Hintergründe und die Entwicklung einer Begriffsdefinition³⁷ eine Basis für weitergehende Diskussionen und Untersuchungen geschaffen, sondern auch immer wieder exkursorisch in weitere Rechts- und Lebensbereiche eingetaucht, die von dem Auftreten der Healthy Ill berührt werden. Wichtige Fragen stellen sich etwa im Arbeits- und Versicherungsrecht, wenn es um eine vorvertragliche Auskunftspflicht hinsichtlich drohender Erkrankungen geht.³⁸ Auch die Gesundheitsökonomie sieht sich mit besonderen Schwierigkeiten bei der Beurteilung

der budgetären Auswirkungen prädiktiver Untersuchungen und vorbeugender Behandlungen konfrontiert.³⁹ Nicht vergessen werden darf, dass Entscheidungen im Krankenversicherungsrecht in Bezug auf die Frage, ob potenziell lebensrettende Maßnahmen wie prophylaktische Operationen der Eigenverantwortung Versicherter zugeordnet oder von der Solidargemeinschaft übernommen werden sollten, ohne sozialwissenschaftliche und ethische Überlegungen nicht sinnvoll getroffen werden können. Zudem gilt es, Stigmatisierungs- und Diskriminierungsgefahren zu erkennen und ihnen – möglicherweise auch mithilfe rechtlicher Regelungen – entgegenzuwirken.

Mit dem gleichermaßen interessanten wie komplexen Thema Healthy Ill sind folg-

lich noch immer viele offene Fragen verbunden, die – bereits jetzt, jedenfalls aber in Zukunft – fundierter Antworten bedürfen. Teilweise müssen diese von anderen Disziplinen als der Rechtswissenschaft diskutiert und gefunden werden, sodass sich die Dissertationsschrift nicht zuletzt auch als ein initialer Beitrag zur Bewältigung einer Herausforderung versteht, die fächerübergreifende und interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert, aber gemeinsam gelingen kann.

Autorin:

Dr. iur. Lara Wiese

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Institut für Sozial- und

Gesundheitsrecht

(Prof. Dr. Stefan Huster)

Ruhr-Universität Bochum

Universitätsstraße 150

44801 Bochum

37 Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024, S. 33.

38 Gedanken dazu bei Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024, S. 190 ff.

39 Dazu Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024, S. 81 f.; Meier et al., Risikoadaptierte Prävention, S. 14 ff.; Neusser et al., Curr Med Res Opin 2019, 2103 ff.

Aus der Rechtsprechung

Beim Kaffeetrinken verschluckt

– Arbeitsunfall

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

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

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

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

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

Das LSG hat die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen.

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

Thomas Schlegel | Michael Meyer

Sektorengrenzen auch in der Onkologie überwinden – Versorgung verbessern – Leben retten: Ein Appell für den Umbau des SGB V

Kaum ein anderes Themenfeld wird seit vielen Jahren so intensiv diskutiert wie die Notwendigkeiten und Fortschritte in Diagnostik und Therapie in der Onkologie. In Deutschland stirbt rund jeder vierte Bundesbürger an einer Krebserkrankung. Das sind 600 Menschen pro Tag, 220.000 pro Jahr. Sehr viele dieser Todesfälle wären jedoch vermeidbar, sei es durch verbesserte Prävention und Früherkennung, präzisere Diagnostik, rasche Überführung von Therapieinnovationen in die Praxis, oder einen bundesweit direkten Zugang zur leitliniengerechten und individuell optimalen Versorgung.

Und trotz des Wissens um immer bessere diagnostische Optionen und wirkungsvolle therapeutische Möglichkeiten, leidet die Umsetzung innovativer Versorgungskontinui unter der nach wie vor fehlenden Überwindung sektoraler, disziplinärer und professioneller Grenzen.

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV) e.V. hat in einem vielbeachteten Gutachten die Regelungssystematik des SGB V zur Identifikation der Sektorentrennungsregelungen in Auftrag gegeben¹. Hiermit verbunden ist ein Ausblick auf eine fortschrittliche, patientengewandte und sektorenüberwindende Regelungsmechanik.

Von der Fragmentierung zur vernetzten Versorgung – was die moderne Onkologie vom SGB V braucht

Die moderne Onkologie steht vor gewaltigen Herausforderungen: steigende Morbidität, komplexe Therapieverläufe, chronische Krankheitsverläufe, personalisierte Diagnostik und Therapie (ATMP) und eine zunehmend multimorbide Patientengruppe erfordern eine Versorgung, die über die traditionellen Grenzen zwischen ambulant und stationär hinausgeht. Gleichzeitig ist das deutsche Gesundheitssystem – insbesondere durch die Struktur des SGB V – noch immer in stark sektorale Denkmuster verhaftet.

Das Gutachten belegt eindrücklich: Die sektorale Trennung im SGB V verhindert nicht nur eine patientenzentrierte, sondern insbesondere eine effiziente onkologische Versorgung.

Onkologische Versorgung: Interdisziplinär, interprofessionell – aber systemisch gehemmt.

Krebserkrankungen betreffen nahezu alle Ebenen der medizinischen Versorgung: von der Diagnostik und der Akutbehandlung über die Strahlentherapie, personalisierte Immunonkologie (ATMP-/Zelltherapie) bis hin zur palliativen Versorgung und Nachsorge. Eine sektoral fragmentierte Vergütungssystematik führt dabei

regelmäßig zu Brüchen in der Versorgungskette – mit teils drastischen Folgen für die Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Effizienz.

Das Gutachten identifiziert insbesondere vier strukturelle Probleme:

- Bilaterale Vertragsbeziehungen im SGB V, die sektorspezifisch organisiert sind,
- Fehlende gesetzliche Verpflichtung zur sektorenübergreifenden Versorgung, insbesondere im onkologischen Kontext,
- Unzureichende Versorgungssteuerung nach Morbidität, obwohl durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (§ 266 SGB V) bereits finanzielle Mittel differenziert an Krankenkassen verteilt werden,
- Optionalität von Selektivverträgen (§ 140a SGB V), wodurch eine flächendeckende Umsetzung interdisziplinärer Versorgungsformen ausbleibt.

Was muss sich ändern? – Forderungen an die Sozialgesetzgebung

Das Gutachten sowie begleitende Stellungnahmen fordern einen Paradigmenwechsel im Aufbau des SGB V: Weg von einer Adressierung einzelner Leistungserbringer, hin zu einer Fokussierung auf konkrete Versorgungsziele. Für die Onkologie bedeutet das:

1. Ein eigenes Kapitel für sektorenübergreifende Versorgung onkologischer Patienten im SGB V, das verbindliche

¹ Prof. Dr. Thomas Schlegel: Untersuchung der Regelungssystematik des SGB V zur Identifikation der Sektorentrennungsregelungen und Ausblick auf sektorenüberwindende Regelungsmechanik; Frankfurt 2024 <https://gesundheitsrecht.com/news-437/2022-06-01-416/>

Kooperationsstrukturen zwischen Fachärzten, Krankenhäusern, Strahlentherapeuten, Pflegekräften und Palliativdiensten festschreibt.

2. Modulare Versorgungspfade, die sich an Schweregrad, Tumorentität und Patientenbedürfnissen orientieren und sektorenunabhängig organisiert sind.
3. Verbindliche Umsetzung sektorenübergreifender Verträge auf Basis bewährter Selektivvertragsmodelle (§ 140a SGB V) – weg von der Beliebigkeit, hin zu struktureller Verpflichtung für alle Krankenkassen.
4. Neuorganisation der Bedarfsplanung für onkologische Versorgung, die interprofessionelle Kapazitäten wie spezialisierte Pflege, Psychoonkologie oder andere medizinisch sinnstiftende Fachdisziplinen berücksichtigt.
5. Digital unterstützte Koordination und Dokumentation, um eine lückenlose Kommunikation zwischen den Sektoren sicherzustellen – etwa durch ein zentrales onkologisches Patientenregister mit Zugriffsrechten für alle Behandelnden.

Fazit: Das System muss sich an den Patienten anpassen – nicht umgekehrt

Die Versorgung onkologischer Patienten ist ein Paradebeispiel für die Notwendigkeit eines strukturellen Umbaus der gesetzlichen Krankenversicherung. Was in der Praxis vielerorts längst gelebt wird – sektorübergreifende Tumorboards, interprofessionelle Netzwerke und digitale Fallsteuerung – darf nicht weiter durch gesetzliche Blockaden ausgebremst werden.

Stattdessen braucht es ein modernes, zielorientiertes Versorgungsverständnis, das nicht bei der Zuständigkeitsfrage endet, sondern beim Patienten beginnt. Die Vorschläge des Gutachtens liefern hierfür eine konkrete Blaupause – sie müssen jetzt politisch und in enger Abstimmung mit der Selbstverwaltung umgesetzt werden.

Der Gesetzgeber hat ein so komplexes System geschaffen, dass systematische Fehlorientierungen die Folge sind, die uns handlungsunfähig machen. Hürden, die systematisch durch die Gesetzgebung aufgebaut wurden, sind abzubauen. Wohl wird man das SGB V nicht neu schreiben, aber es ist an der Zeit, es auszumisten und syste-

matisch an Versorgungsnotwendigkeiten zu strukturieren und zu vereinfachen.

An der Grundlogik der Sektorentrennung ändert auch die Krankenhausreform und die Einführung der sogenannten sektorenübergreifenden Versorger nichts. Die Finanzströme werden dadurch nicht anders organisiert und sie werden immer wieder zum Scheitern führen. Auch Ausnahmeregelungen bleiben unübersichtlich. So habe etwa §115, der dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Kliniken und Vertragsärzten regelt, inzwischen schon sehr viele Unterziffern und funktioniere dennoch nicht.

Für die neue Bundesregierung besteht erheblicher Handlungsbedarf.

Autoren:

Prof. Dr. Thomas Schlegel
Kanzlei für Gesundheitsrecht
Hanauer Landstr. 328–330
60314 Frankfurt

Dr. Michael Meyer
Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.
Wartburgstraße 11
10823 Berlin

Aus der Rechtsprechung

Triage-Regelungen des Infektionsschutzgesetzes sind mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig

Mit Beschluss hat der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts die Triage-Regelungen des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) wegen fehlender Bundeskompetenz für die konkreten Regelungen für nichtig erklärt.

Die Beschwerdeführenden – Fachärztinnen und Fachärzte im Bereich der Notfall- und Intensivmedizin – wenden sich mit ihren Verfassungsbeschwerden unmittelbar gegen den neu eingeführten § 5c IfSG. Darin regelt der Bundesgesetzgeber unter anderem, anhand welcher materieller Kriterien eine Entscheidung über die Zuteilung überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten bei nicht ausreichenden Ressourcen – also im Fall einer sogenannten Triage – zu treffen ist, soweit dieser Knappheitsfall durch eine übertragbare Krankheit jedenfalls mitverursacht ist.

Die Verfassungsbeschwerden haben Erfolg, der Eingriff in die Berufsfreiheit ist verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt. Es besteht keine Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die angegriffenen Regelungen des § 5c IfSG.

Mit der Neuregelung von § 5c IfSG (Infektionsschutzgesetz) hat der Gesetzgeber erstmals ein Verfahren sowie ein (positives) Priorisierungskriterium und zahlreiche nicht anzuwendende Kriterien im Falle einer Triage geregelt. Er hat damit auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 16. Dezember 2021 reagiert. Der Erste Senat hatte darin fest-

gestellt, dass der Gesetzgeber Art. (Artikel) 3 Abs. (Absatz) 3 Satz 2 Grundgesetz (GG (Grundgesetz)) verletzt habe, weil er es unterlassen habe, Vorkehrungen zu treffen, damit niemand wegen einer Behinderung bei der Zuteilung überlebenswichtiger, nicht für alle zur Verfügung stehender intensivmedizinischer Ressourcen benachteiligt werde. Das Gericht hatte den Gesetzgeber verpflichtet, unverzüglich geeignete Vorkehrungen zu treffen.

Kennzeichnend für die Triage-Situation bei einem Mangel an intensivmedizinischen Ressourcen ist ein Dilemma: Jede Entscheidung über die Verteilung der zur Verfügung stehenden intensivmedizinischen Ressourcen kann regelmäßig zu einem Verlust von Menschenleben führen. Die Zuteilung der vorhandenen Ressourcen (sog. Allokation) kann folglich nie zum Wohle aller Patienten gelingen. Der neu eingeführte § 5c IfSG (Infektionsschutzgesetz) macht gesetzliche Vorgaben für diese Zuteilung überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten in einer Knappheitssituation.

Die Beschwerdeführer wenden sich gegen die Regelungen des § 5c IfSG (Infektionsschutzgesetz) und rügen unter anderem, durch diese in ihrer Berufsfreiheit verletzt zu sein.

Nach dem Beschluss des Senats sind die Verfassungsbeschwerden zulässig und begründet, soweit die Beschwerdeführenden eine Verletzung ihres Grundrechts aus Art. (Artikel) 12 Abs. (Absatz) 1 GG (Grundgesetz) durch § 5c Absätze 1 bis 3 IfSG (Infektionsschutzgesetz) rügen.

Es liegt ein Eingriff in den Schutzbereich der Berufsfreiheit vor. Art. (Artikel) 12 Abs. (Absatz) 1 GG (Grundgesetz) gewährleistet, dass Ärztinnen und Ärzte

in ihrer beruflichen Tätigkeit frei von fachlichen Weisungen sind, und schützt – im Rahmen therapeutischer Verantwortung – auch ihre Entscheidung über das „Ob“ und das „Wie“ einer Heilbehandlung. Die Regelungen des § 5c Absätze 1 bis 3 IfSG (Infektionsschutzgesetz) schränken die Therapiefreiheit ein und beeinträchtigen damit die Berufsausübungsfreiheit.

Der Eingriff ist verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt, es fehlt bereits an der formellen Verfassungsmäßigkeit. Es besteht keine Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die angegriffenen Regelungen des § 5c Absätze 1 bis 3 IfSG (Infektionsschutzgesetz).

Der Bund kann sich hinsichtlich der konkreten Normen nicht auf die Kompetenz zur Regelung von Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten nach Art. (Artikel) 74 Abs. (Absatz) 1 Nr. (Nummer) 19 Var. (Variante) 1 GG (Grundgesetz) („Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren“) stützen. Dieser Kompetenztitel bietet keine Grundlage für ein reines Pandemiefolgenrecht. Voraussetzung ist vielmehr eine gewisse, auf Eindämmung oder Vorbeugung bezogene Gerichtetheit der Maßnahme.

Schon der Wortlaut des Kompetenztitels spricht dafür, dass es für die Anwendbarkeit nicht genügt, wenn eine Regelung lediglich an die Auswirkungen einer Pandemie anknüpft, ohne dass sie der Eindämmung oder Vorbeugung der übertragbaren Krankheit als solcher dient. Art. (Artikel) 74 Abs. (Absatz) 1 Nr. (Nummer) 19 GG (Grundgesetz) spricht von Maßnahmen „gegen“ übertragbare Krankheiten „bei“ Menschen und bringt damit zum Ausdruck, dass

sich die Kompetenz auf Regelungen bezieht, die dazu dienen, im Bundesgebiet auftretende übertragbare Krankheiten als solche einzudämmen. Auch spricht die Historie der Gesetzgebungskompetenz im Gesundheitsbereich – die nach und nach auf die Länder verlagert wurde – für eine Beschränkung auf Regelungen zur Eindämmung oder Bekämpfung einer Pandemie und umgekehrt gegen die Einbeziehung reiner Pandemiefolgeregelungen.

Bei den Regelungen des § 5c IfSG (Infektionsschutzgesetz) handelt es sich auch nicht um eine „Maßnahme“ im Sinne des Art. (Artikel) 74 Abs. (Absatz) 1 Nr. (Nummer) 19 GG (Grundgesetz). Nach ihrer konkreten Konzeption stellen die Regelungen kein Instrument der Vorbeugung oder der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten dar. Sie mindern Infektionsrisiken nicht, sondern sagen nur aus, wie ein Arzt Patienten bei nicht ausreichenden intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten priorisieren muss. § 5c IfSG (Infektionsschutzgesetz) trifft im Schwerpunkt also Regelungen dazu, „wer“ behandelt werden darf, nicht jedoch zum „Wie“ der Behandlung. Diese Regelungen knüpfen als reines Pandemiefolgenrecht also an eine Knappheit infolge einer Pandemie an, dienen aber nicht der Pandemiebekämpfung. So nennt auch der Normtext selbst als Zweck der Regelungen den Schutz vor Diskriminierung und die Rechtssicherheit für die handelnden Ärztinnen und Ärzte.

Da die Triageregeln für die Vorbeugung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nicht unerlässlich sind, kann auch nicht auf eine Kompetenz kraft Sachzusammenhangs oder eine Annexkompetenz abgestellt werden.

§ 5c Absätze 1 bis 3 IfSG (Infektionsschutzgesetz) lassen sich auch nicht unter den Titel konkurrierender Gesetzgebung

der öffentlichen Fürsorge fassen. Dieser tritt hinter Art. (Artikel) 74 Abs. (Absatz) 1 Nr. (Nummer) 19, Nr. (Nummer) 19a GG (Grundgesetz) als die spezielleren Kompetenztitel zurück.

Zwar enthalten die Regelungen des § 5c IfSG (Infektionsschutzgesetz) fürsorgereiche Elemente, soweit sie dem Schutz von Menschen mit Behinderung vor Diskriminierung zu dienen bestimmt sind. Gleichwohl sprechen systematische Erwägungen gegen eine Eröffnung des Anwendungsbereichs des Kompetenztitels. § 5c IfSG (Infektionsschutzgesetz) ist eine dem Gesundheitswesen zugehörige Norm, es fehlt ihr an einem primär fürsorgerechtlichen Charakter. Wenngleich die Norm auch antidiskriminierungsrechtliche Ziele verfolgt, regelt sie als Allokationsvorschrift die medizinische Behandlungsreihenfolge im Fall einer Triage und damit im Kern ärztliche Berufsausübung und krankenhausrechtliche Verfahrenspflichten. Die Entscheidung der Verfassung, dem Bund für das Gesundheitswesen nur auf einzelne Sachbereiche beschränkte Gesetzgebungskompetenzen zuzuweisen, darf nicht durch eine erweiternde Auslegung der Gesetzgebungskompetenz für die öffentliche Fürsorge unterlaufen werden.

Die angegriffenen Regelungen sind weiterhin weder Teil des bürgerlichen Rechts noch des Strafrechts und werden daher auch nicht von den entsprechenden Gesetzgebungstiteln erfasst. Insbesondere wollte der Gesetzgeber losgelöst von zivilrechtlichen Vertragsverhältnissen die Allokation knapper intensivmedizinischer Ressourcen in einer Ausnahme-situation regeln, indem er Vorgaben generell für die ärztliche Berufsausübung gemacht hat. Diesem klaren gesetzgeberischen Willen widerspricht erkennbar auch eine geltungserhaltende Reduktion der Norm auf bürgerlich-rechtliche Verhältnisse.

Zuletzt kommt eine Bundeskompetenz auch nicht kraft Natur der Sache in Betracht.

Allokationsregelungen erfordern im Pandemiefall nicht notwendigerweise eine gesamtstaatliche Regelung. Dass allein der Bund zur effektiven Beherrschung der Diskriminierungsrisiken in einer Triage-Situation in der Lage wäre, insbesondere weil den Ländern die dahingehende Handlungsfähigkeit fehlte, ist nicht erkennbar. Der Umstand, dass in Fällen einer pandemischen Lage von nationaler Tragweite eine bundeseinheitliche Regelung zweckmäßiger sein könnte als eine Selbstkoordinierung der Länder, genügt für die Annahme einer Kompetenz kraft Natur der Sache nicht. Nach der aktuellen Kompetenzverteilung des Grundgesetzes tragen die Länder maßgeblich die Verantwortung für diskriminierungssensible Allokationsregeln im Sinne reiner Pandemiefolgeregelungen, die auch länderübergreifend tragfähige Entscheidungen ermöglichen müssen.

Die Unvereinbarkeit des § 5c Absätze 1 bis 3 IfSG (Infektionsschutzgesetz) mit Art. (Artikel) 12 Abs. (Absatz) 1 GG (Grundgesetz) führt zur Nichtigkeit dieser Regelungen. Die Nichtigkeitserklärung ist auf § 5c Absätze 4 bis 7 IfSG (Infektionsschutzgesetz) zu erstrecken, weil diese Regelungen mit der gesetzlich definierten Zuteilungsentscheidung und den hierfür vorgesehenen materiellen Kriterien in unlösbarem Zusammenhang stehen und einzig aus ihr ihre Rechtfertigung beziehen.

Beschluss vom 23. 09. 2025,

A.: 1 BvR 2284/23, 1 BvR 2285/23

