

RPG

Band 31 | Heft 2 | 2025

2 | 2025

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ Wissenschaftspreis

Der rechtfertigende Notstand im Medizinrecht

■ Übersicht

Digitale Kommunikation von Nachhaltigkeitsengagement in Krankenhäusern unter verhaltensökonomischen Aspekten der Nachhaltigkeitsberichterstattung

■ Zur Diskussion gestellt

Vintura-Studie „Wert von Innovationen“

**Eine Erfolgsgeschichte:
Zahnärztliche Prävention in Deutschland**

■ Mitteilungen der Gesellschaft

32. Mitgliederversammlung der GRPG

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

Stephan Allroggen
Jan-Philipp Beck
Bettina Brennecke
Tobias Kesting
Ann-Sophie Kuschel
Kim Philip Linoh
Astrid Loßin
René Schubert
Jürgen Stoschek

Editorial

Die Träger des GRPG-Wissenschaftspreises, der in diesem Jahr zum 29.-mal vergeben wurde, greifen oftmals offene Fragestellungen aus dem Medizinrecht auf. So auch in diesem Jahr: Dr. Kim Philip Linoh hat sich in seiner Dissertation mit dem höchst aktuellen Thema „Der rechtfertigende Notstand im Medizinrecht“ befasst. Eine Zusammenfassung der Arbeit finden Sie in diesem Heft.

Aktuell ist auch die Diskussion um Nachhaltigkeit und deren Kommunikation, die zunehmend auch für Organisationen der Gesundheitswirtschaft an Bedeutung gewinnt. Welche Folgen sich daraus für Krankenhäuser ergeben, erörtern unsere Autoren in einem Übersichtsartikel.

Fortschritte in der Arzneimitteltherapie kann es nicht zum Nulltarif geben und sind auch nicht ursächlich für die prekäre Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung, postuliert eine neue Studie, in der die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte in verschiedenen Indikationsfeldern zusammengefasst ist.

Und schließlich: Prävention im zahnärztlichen Bereich, eine Erfolgsgeschichte, die noch nicht zu Ende ist.

Wir wünschen eine anregende Lektüre und viele neue Erkenntnisse.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Wissenschaftspreis

Der rechtfertigende Notstand im Medizinrecht

Kim Philip Linoh 27

Übersicht

Digitale Kommunikation von Nachhaltigkeitsengagement in Krankenhäusern unter verhaltensökonomischen Aspekten der Nachhaltigkeitsberichterstattung

Tobias Kesting, Astrid Lofin, René Schubert 36

Zur Diskussion gestellt

Von der Kosten- zur Nutzenperspektive

Jan-Philipp Beck, Ann-Sophie Kuschel, Bettina Brennecke 44

Eine Erfolgsgeschichte:
Zahnärztliche Prävention in Deutschland

Stephan Allroggen 55

Aus der Rechtsprechung 59

Mitteilungen der Gesellschaft

32. Mitgliederversammlung der GRPG

Jürgen Stoschek 60

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 • Anzeigenpreisl-
iste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout
und Produktion: creative vision, 44534
Lünen

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

© 2025 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten
und Kommunikation mbH

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

Kim Philip Linoh

Der rechtfertigende Notstand im Medizinrecht

Eine Untersuchung zum systematischen Verhältnis des rechtfertigenden Notstandes zu medizinrechtlichen Ge- und Verboten

Der rechtfertigende Notstand ist nicht nur eine dogmatische Konstruktion, sondern ein notwendiges Korrektiv, um das Strafrecht an die Realität menschlicher Konfliktsituationen anzupassen. So ließe sich der Charakter des rechtfertigenden Notstandes aus § 34 StGB treffend zusammenfassen: Er dient einem notwendigen Ausgleich in konflikthaften Situationen, nämlich dann, wenn das Strafgesetz verletzt wird, um eine höherrangige Rechtsposition zu erhalten. In diesem Fall erklärt § 34 StGB ein Verhalten nach einer umfassenden Interessenabwägung und Angemessenheitsprüfung für nicht rechtswidrig, also erlaubt. Kennzeichnend für den rechtfertigenden Notstand ist seine Ausgangssituation: Es muss eine nicht anders abwendbare, gegenwärtige Gefahr für ein Rechtsgut vorliegen. Zur Abwehr der Gefahr darf dann in eine fremde, auch unbeteiligte Rechtssphäre eingegriffen werden.

Gerade im Medizinrecht kommt es zwangsläufig und regelmäßig zu solchen Konfliktsituationen; denn in der Medizin geht es um die Wiederherstellung der Gesundheit, die Abwendung von Lebensgefahr oder jedenfalls die Linderung von Leiden, sodass hoch- und höchstrangige Rechtspositionen betroffen (und gefährdet) sind. Die primäre Aufgabe der Medizin gerät dabei auch zunehmend in Konflikt mit einer – gewissermaßen hypertrophen – Regulierung durch medizinrechtliche Vor-

schriften auf allen Ebenen. Unionsrecht, Bundesrecht und Landesrecht regeln den Bereich der Medizin durch eine ganze Fülle von Rechtsnormen, deren Verletzung oftmals, wenn auch nur akzessorisch, mit einer Sanktion belegt ist. Und damit zeigt sich der Konflikt deutlich: Die medizinrechtlichen Ge- und Verbote könnten durch eine Anwendung des rechtfertigenden Notstandes ad absurdum geführt werden, weil dieser Rechtfertigungsgrund durch die spezifische Materie der Medizin ja (fast) immer anwendbar wäre. Damit verlören die vom Gesetzgeber vorgegebenen Regularien ihre Wirkungen, sie könnten in jedem Einzelfall durch eine Notstandsabwägung überspielt werden.

Der Kern des Problems liegt also in der Frage, in welchem systematischen Verhältnis die (strafbewehrten) Ge- und Verbote des Medizinrechts und der rechtfertigende Notstand stehen. Diese Frage ist nicht trivial, weil hier spezielle medizinrechtliche Normen auf eine allgemeine strafrechtliche Regelung treffen, die aber ein übergeordnetes Rechtsprinzip verkörpert. Im Rahmen der im Sommersemester 2023 angenommenen Dissertation „Der rechtfertigende Notstand im Medizinrecht“ wurde ein Systematisierungsvorschlag zur Auflösung des ungeklärten Spannungsverhältnisses erarbeitet. Die in zwei großen Teilen angelegte Untersuchung soll im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

I. Das Fundament: Dogmatische Grundlagen des rechtfertigenden Notstandes

Die Vergewisserung über das dogmatische Fundament des rechtfertigenden Notstandes ist für dessen Verständnis und die Anwendung auf die Spezialmaterie des Medizinrechts zentral. Die dogmatischen und auch (rechts-)philosophischen Vorannahmen prägen die Anwendung dieses Rechtsinstituts und beeinflussen in besonderem Maße die Abwägung der widerstreitenden Interessen und die Beurteilung der Angemessenheit der Notstandshandlung (§ 34 S. 2 StGB). Daher ist es notwendig, zunächst die Grundlagen der strafrechtlichen Rechtfertigung (1.) und die historischen und philosophischen Hintergründe des Notstandes (2.) zu erörtern, bevor ausgewählte Probleme der Notstandsdogmatik (3.) näher besprochen werden können.

1. Grundlagen der Rechtfertigung

Bezugspunkt der Rechtfertigung ist die Unterscheidung zwischen Recht und Unrecht. Durch die strafrechtliche Brille gesehen lässt sich jedes menschliche Verhalten dieser Dichotomie zuordnen: Es ist entweder „rechtmäßig“ oder „unrechtmäßig“ oder, in strafrechtlichen Kategorien gesprochen, „strafbar“ oder „nicht

strafbar“ – einen „rechtsfreien Raum“, wie er für unauflösbare Dilemmata wie Leben gegen Leben-Situationen bzw. die sog. trolley problems¹ zuweilen vertreten wird,² kann es im geschlossenen System des Strafrechts nicht geben: Das Verhalten ist entweder – durch gesetzgeberische Anordnung eines Straftatbestandes – grundsätzlich Unrecht oder – durch Nichtaufnahme in das Strafrecht – erlaubt.

Geht man also von dieser Unterscheidung von Recht und Unrecht aus, so wird durch Rechtfertigung ein Verhalten, das eigentlich dem Unrecht unterfällt, rechtmäßig. Im Strafrecht wird Unrecht durch die Erfüllung des gesetzlich festgelegten Tatbestandes *begründet* und nicht – wie vielfach zu lesen ist³ – nur indiziert. Mit dem Tatbestand beschreibt nämlich der Gesetzgeber das sanktionierbare, unrechtmäßige Verhalten. Das Verhalten, das im Straftatbestand umschrieben ist, bedeutet einen Verstoß gegen eine vorstrafrechtliche Verhaltensnorm und begründet die Zurechenbarkeit des individuellen Verhaltens als Unrecht. In einem zweiten Schritt kann das so begründete, vorläufige Unrechtsurteil durch Rechtfertigungsgründe wieder beseitigt werden. Rechtfertigungsgründe

sind Erlaubnisnormen, die ein eigentlich unrechtmäßiges Verhalten in bestimmten Ausnahmefällen erlauben, also von der Verhaltensnorm suspendieren.⁴ So findet sich ein Regel-Ausnahme-Verhältnis von Tatbestand und Rechtfertigung, bei dem der Tatbestand bereits den Charakter des Unrechts formt, während die Rechtfertigung – auf der gleichen normologischen Ebene – über Ausnahmen vom Unrechtsurteil entscheidet.

Ist ein Verhalten gerechtfertigt, so hat dies zur Konsequenz, dass kein strafrechtliches Unrecht verwirklicht ist und keinerlei strafrechtliche Sanktionen erfolgen. Für den rechtfertigenden Notstand folgt daraus noch ein weiteres Charakteristikum: Wer im rechtfertigenden Notstand handelt, hat eine *Befugnis* zum Eingriff in die fremde Rechtssphäre zur Abwehr der drohenden Gefahr, die – das ist die andere Seite der Medaille – von dieser Sphäre aufgrund der Rechtmäßigkeit der Handlung zu dulden ist.⁵

2. Historische und philosophische Hintergründe

a) Historische Entwicklung

Die historische Entwicklung des Rechtsinstituts des rechtfertigenden Notstandes ist vielfältig und komplex. Sie nachzuzeichnen ist keine einfache Aufgabe und kann an dieser Stelle nur oberflächlich erfolgen. Während sich schon in der Antike – beispielsweise im Codex Hammurabi, dem griechischen oder römischen Recht – singuläre Regelungen zur Behandlung der

Not fanden – beispielsweise zum sog. Seewurf, bei dem ein in Seenot geratenes Schiff durch Überbordwerfen von Ladung erleichtert wurde, um es zu retten – bildete sich der Gedanke, dass Handlungen zur Abwendung von eigener Lebensgefahr rechtmäßig sind, erst langsam aus.⁶ Auch im religiösen Recht des Judentums und des (katholischen) Christentums wird bei Lebens- oder Leibesgefahr von bestimmten religiösen Geboten entbunden, im kanonischen Recht setzte sich die Formel „*quod non est licitum lege, necessitas facit licitum*“ durch.⁷

Das zersplitterte ältere deutsche Strafrecht kannte keine einheitliche Behandlung des Notstandes; vielmehr wurden Einzelfälle – Notdiebstahl, Tötung eines angreifenden Tieres – jeweils kasuistisch geregelt, wobei aber – so auch *Stammler* – vermutet werden kann, dass diese Beispiele eine allgemein anerkannte Rechtsregel ausdrücken.⁸ Mit Erlass der Constitutio Criminalis Carolina von 1532 wurde in Notstandsfällen Straffreiheit durch richterliches Ermessen eingeführt.⁹ Im Reichsstrafgesetzbuch von 1871 finden sich dann zwei allgemeine Regelungen zum Notstand. Wegen des unklaren Wortlauts, der offenließ, ob es sich um Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgründe handelte, entbrannte ein Streit um den dogmatischen Charakter der Regelungen.

1 Vgl. *Foot*, Oxford Review 5 (1967), 5 ff.; *Thomson*, The Yale Law Journal 94 (1985) 1395 ff.; *Gutmann*, Zeitschrift für Praktische Philosophie 8 (2021), 323, 328 ff. sowie im juristischen Bereich zum sog. „Weichenstellerfall“: *Engisch*, Untersuchungen über Vorsatz und Fahrlässigkeit im Strafrecht, Berlin 1930, S. 288; *Welzel*, ZStW 64 (1951), 47, 51.

2 *Philipps*, ARSP 52 (1966), 195, 205 ff.; *Binding*, Handbuch des Strafrechts, Bd. 1, Leipzig 1885, S. 762 ff.; *Koriath*, JRE 11 (2003), 317, 333 und ganz grundlegend *Engisch*, ZgS 108 (1952), 385 ff. Vgl. auch die rechtsphilosophischen Überlegungen von *Fichte*, Das System der Rechtslehre, in: I. Fichte (Hrsg.), Johann Gottlieb Fichte's nachgelassene Werke, Bd. 2, Berlin 1834, S. 599 und *Hegel*, Philosophie des Rechts, Die Nachschriften Wannemann (Heidelberg 1817/18) und Homeyer (Berlin 1818/19), Stuttgart 1983, S. 84 f.

3 Vgl. nur *Fischer* in: Fischer/Anstötz/Lutz, Strafgesetzbuch, Kommentar, 72. Aufl., München 2025, Vor § 13 Rn. 46; *Kühl*, Strafrecht Allgemeiner Teil, 8. Aufl., München 2017, § 6 Rn. 2.

4 *Zimmermann*, in: Hilgendorf/Kudlich/Valerius (Hrsg.), Handbuch des Strafrechts, Bd. 2, Heidelberg 2019, § 37 Rn. 9; *Kudlich*, in: Satzger/Schluckebier/Werner, Strafgesetzbuch, Kommentar, 6. Aufl. 2024, Vor § 13 Rn. 4; *Eisele* in: Eser et al., Schönke/Schröder Strafgesetzbuch, Kommentar, 30. Aufl., München 2019, Vor § 13 Rn. 48.

5 *Zimmermann* (Fn. 4), § 37 Rn. 5 und 29; *Rönnau* in: Cirener et al. (Hrsg.), Leipziger Kommentar Strafgesetzbuch, Bd. 3, 13. Aufl., Berlin Boston 2019, Vor § 32 Rn. 105 ff. Vgl. auch BGH, NStZ 1994, 184, 185.

6 Vgl. die Regelungen in § 113 und § 134 des Codex Hammurabi, sowie aus dem römischen Recht: D.48.21.1; D.47.9.37; D.14.2.1; D.14.2.2.4. Aus der Literatur sei auf *Koller*, Not kennt kein Gebot, Berlin 2009; *Janka*, Der strafrechtliche Notstand, Erlangen 1878 sowie *Stammler*, Darstellung der strafrechtlichen Bedeutung des Nothstandes, unter Berücksichtigung der Quellen des frühen gemeinen Rechts und der moderneren Gesetzgebungen, namentlich des Strafgesetzbuches für das deutsche Recht, Erlangen 1878.

7 Decretl. Gregor. Lieber V, Titulus XLI (de regulis iuris), Cap. IV. Zum jüdischen Recht vgl. nur Mischna Shabbat XVIII, 3; Mischna Joma VIII, 5a, 5b und 7; zum kanonischen Recht vgl. Can. 861, 1323, 1324 CIC.

8 *Stammler* (Fn. 6), S. 22 ff.; a.A. *Janka* (Fn. 6), S. 51.

9 Vgl. Art. 166 CCC.

Durchgesetzt hat sich die sog. Differenzierungstheorie, nach der es keine einheitliche Zuordnung gibt, sondern der Notstand je nach Fallgestaltung unterschiedliche Wirkung haben kann.¹⁰ Durch eine Entscheidung des Reichsgerichts aus dem Jahr 1927 zum Schwangerschaftsabbruch wurde erstmals ein übergesetzlicher rechtfertigender Notstand anerkannt.¹¹ Seine heutige Form erlangte der Notstand durch die Kodifikation im Rahmen der sog. „großen Strafrechtsreform“ im Jahre 1975. Nach zahlreichen Diskussionen und Entwürfen wurde die heute bestehende Regelung Gesetz.¹² Sie geht auf die Differenzierungstheorie zurück und unterscheidet zwischen dem rechtfertigenden Notstand in § 34 StGB und dem entschuldigenden Notstand in § 35 StGB. Dieser kurze Überblick über die historische Entwicklung zeigt eine komplexe und wechselvolle Geschichte des Notstandsrechts von punktuellen Einzelregelungen bis zu einer kodifizierten und dogmatisch durchdrungenen Regelung. Für die dogmatische Betrachtung des rechtfertigenden Notstandes ist dies bedeutsam, weil die historisch diskutierten Probleme und dogmatischen Konstruktionen auch in der heutigen Kodifikation ihren Niederschlag gefunden haben und daher bei der Auseinandersetzung Beachtung finden müssen.

b) Rechtsphilosophische Betrachtungen des Notstandes

Eng mit der historischen Entwicklung verwoben ist auch die Betrachtung des

Notstandes in der Philosophie; denn die philosophischen Konzepte und Analysen prägten die Debatten der jeweiligen Zeit. Aus der Fülle philosophischer Stimmen zu Not und Notrecht werden prominente Vertreter herausgegriffen und ihre Positionen näher betrachtet. Beachtenswert erscheint dabei, dass verschiedene Philosophen unterschiedliche Fallgestaltungen untersuchen, prominent den Notdiebstahl oder den Lebensnotstand, also eine Situation, in der Leben gegen Leben steht, wie beim berühmten Brett des Carneades¹³. Einige Vertreter wie *Grotius*, *Pufendorf* oder *Fichte* sehen den Menschen im Notstandsfall in den Naturzustand oder in einen Bereich außerhalb des Rechts zurückgeworfen. *Grotius* fingiert für den Notdiebstahl die ursprüngliche Gütergemeinschaft der Menschen und begründet so ein Recht auf fremde Sachen zur Lebenserhaltung,¹⁴ während *Pufendorf* und *Fichte* für den Lebensnotstand jeweils einen Fall des Zufalls oder des Obsiegens der Natur sehen, den das Recht nicht entscheiden könne, sodass das Recht des Stärkeren gilt.¹⁵ So beschreibt *Fichte* beispielsweise den Notstand als ein „Recht, sich gänzlich exempt von aller Rechtsgesetzgebung zu betrachten.“¹⁶

Kant hingegen meint, dass es keine Not geben könne, die gesetzmäßig mache, was unrecht ist und meinte dabei den Fall des Lebensnotstandes.¹⁷ Aus seinem Rechtsbegriff heraus, der mit der Befugnis zum Zwang verbunden ist, lässt sich ein Recht gegenüber demjenigen, von dem kein Angriff ausgeht, nicht begründen. Der Notstandstäter sei aber trotz-

dem durch das Recht zu anderem Handeln nicht motivierbar, weil ihm sonst der sichere Tod drohe, weshalb aus Nachsicht mit ihm die Tat dann „unsträflich“ sein soll,¹⁸ was sich im modernen strafrechtlichen Verständnis als Entschuldigung verstehen lässt.¹⁹

Anders wiederum sieht *Hegel* das Notrecht: Er erkennt es als Recht an, weil die Verweigerung des Lebenserhaltungsrechts den Menschen rechtlos stellen und ihm das Leben absprechen würde, was seine ganze Freiheit negiert. Für *Hegel* ist aber die Idee der Freiheit gleichbedeutend mit der des Rechts – Negation der Freiheit ist Negation des Rechts. Daher kann das Recht die Aufopferung des eigenen Lebens nicht fordern, weil dann das Recht einen Zustand der Rechtlosigkeit fordern und sich in Widerspruch zu sich selbst setzen würde.²⁰ Die Anerkennung des Notrechts fußt auf dem Gedanken der höheren Wertigkeit des geretteten Gutes.²¹ Den Lebensnotstand stellt *Hegel* daher, weil ihn das Recht nicht entscheiden kann, außerhalb des Rechts.²²

Die rechtsphilosophische Betrachtung zeigt grundlegende Reaktionsmöglichkeiten auf die Notstandsfrage auf. Das Recht kann sich hier entweder ganz (oder zumindest in Einzelfällen) zurückziehen und die Situation in einen Raum außerhalb des Rechts stellen oder aber den Täter rechtfertigen – ihm also ein Recht zur Abwehr der Not zusprechen – oder ihn nur entschuldigen – also Nachsicht mit ihm üben, ohne ihm ein Recht zu verleihen. Trotz dieser Differenzen sind sich alle Vertreter aber darüber einig, dass die Notlage eine besondere Situation darstellt,

10 Vgl. RGSt 61,242 sowie *Küper*, JZ 1983, 88, 89. Zur Differenzierungstheorie näher: *Berner*, Lehrbuch des Deutschen Strafrechts, 18. Aufl., Leipzig 1898, S. 103 f.; *Henkel*, Der Notstand nach gegenwärtigem und künftigen Recht, München 1932, S. 15, 68; *Graf zu Dohna*, Die Rechtswidrigkeit als allgemeingültiges Merkmal im Tatbestande strafbarer Handlungen, Halle a.S. 1905, S. 126 ff.

11 RGSt 61, 242, 256.

12 Vgl. Art. 1 des Zweiten Gesetzes zur Reform des Strafrechts (2. StrRG) vom 4.7.1969, BGBl. I, S. 717.

13 Vgl. zu diesem Beispiel statt vieler die Ausführungen von *Aichele*, JRE 11 (2003), 245 ff.

14 *Grotius*, De Jure Belli ac Pacis, libri tres, editio novissima, Den Haag 1680, Lib. II, Cap. II, VI 2 und 3.

15 *Pufendorf*, Acht Bücher vom Natur- und Völker-Rechte, Frankfurt a.M. 1711, Lib. II Cap. VI, § IV, V und IIX; *Fichte* (Fn. 2), S. 599.

16 *Fichte* (Fn. 2), S. 599.

17 *Kant*, AA VI, 236.

18 *Kant*, AA VI, 236.

19 Vgl. *Küper*, Immanuel Kant und das Brett des Carneades, Heidelberg 1999, S. 47 ff.

20 *Hegel*, Grundlinien der Philosophie des Rechts, 15. Aufl., Frankfurt a.M. 2017, § 127.

21 *Kohler*, Archiv für Rechts- und Wirtschaftsphilosophie 8 (1915), 428.

22 *Hegel* (Fn. 2), S. 84 f.

die anerkannt werden muss und jedenfalls eine Bestrafung ausschließen soll. Dem geltenden deutschen Strafrecht liegt eine Kombination von Rechtfertigung (§ 34 StGB) und Entschuldigung (§ 35 StGB) zugrunde, die letztlich an die Grundlagen von *Kant* und *Hegel* anknüpft.

3. Ausgewählte Probleme der Notstandsdogmatik

Fast jedes einzelne Tatbestandsmerkmal des rechtfertigenden Notstandes ist dogmatisch umstritten. Zur Klärung des dogmatischen Fundaments für die weitere Untersuchung sollen daher nur diejenigen Punkte näher behandelt werden, die für die herausgearbeitete Kernfrage von besonderer Bedeutung sind.

a) Rechtfertigungsprinzip

Schon die fundamentale Frage danach, warum der rechtfertigende Notstand eigentlich rechtfertigende Kraft hat, ist umstritten und nicht abschließend geklärt. Dabei geht es im Kern um die Frage, wieso im Notstand der Eingriff in die fremde Rechtssphäre erlaubt sein soll und vom anderen geduldet werden muss. Ein Teil der Lehre will die Frage dahingehend beantworten, dass es das Prinzip des überwiegenden Interesses sei, welches Eingriffsrecht und Duldungspflicht legitimiere: Das höherwertige Gut ist auf Kosten des geringwertigen zu retten, weil dies für die Rechtsordnung das vorzugswürdige Ergebnis sei.²³ Das überzeugt aber nicht, weil dieses Prinzip einerseits nicht erklären kann, wieso die Interessen überhaupt abgewogen werden dürfen und andererseits unbegrün-

det davon ausgeht, dass das höherwertige Interesse (immer) den Vorzug genießen soll.²⁴ Andere wiederum wollen diesen Mängeln begegnen und die Rechtfertigung des rechtfertigenden Notstandes auf ein *utilitaristisches Prinzip* gründen, weil es in der Notlage darum geht, die Not auf die bestmögliche Art und Weise zu beheben. Konsequentialistisch ist daher die Seite des Konflikts zu bevorzugen, auf der mehr Nutzen entsteht, wenn sie sich durchsetzt – es geht also um die Gesamtsumme aller Interessen.²⁵ Aber auch diese Ansicht gerät in Schwierigkeiten, insbesondere weil sie nicht erklären kann, wieso das Gesetz ein „wesentliches“ Überwiegen der Interessen fordert und in § 34 S. 2 StGB eine Angemessenheitsklausel verankert hat; denn nach dem utilitaristischen Nutzenmaximierungsprinzip müsste bereits ein einfaches Überwiegen ausreichen.²⁶ Wiederum andere vertreten auf *Hegel*²⁷ oder *Kant*²⁸ zurückgehende Begründungen des Notstandsrechts, die aber jede für sich nicht überzeugend begründen können, warum der an sich Unbeteiligte einen Eingriff in seine Rechtssphäre hinnehmen muss.

Überzeugen kann aber die Herleitung des Notstandes aus dem *Solidaritätsprinzip*. Dieses geht davon aus, dass jedem Mitglied der Rechtsgemeinschaft der größtmögliche Raum zur Entfaltung der eigenen Freiheit zustehen soll. Diese rechtlich

geschützten Freiheitsräume bringen aber auch Pflichten mit sich, nämlich die Pflicht, nicht in andere Freiheitssphären einzugreifen und – das ist die Kehrseite des Vorteils der Freiheit – auch die negativen Folgen der eigenen Freiheitsbetätigung zu tragen.²⁹ In diesem Grundzustand wäre jeder Einzelne verpflichtet, die Folgen einer Notsituation selbst zu tragen und dürfte diese nicht auf Kosten anderer abwehren. Das ist aber unbillig, weil jeder stets und ständig Vorsorge treffen müsste, dass solche – teils nur von der Natur oder vom Zufall abhängigen – Gefahren nicht eintreten, was wiederum eine deutliche Einschränkung der Freiheit und des Lebens in der Gemeinschaft wäre.³⁰ Diesen Zustand kann nun die Mindestsolidarität der Mitglieder der Rechtsgemeinschaft vermeiden, indem aus diesem Grund ein begrenzter Eingriff in fremde Rechtssphären hingenommen werden muss, weil so die Lebensrisiken angemessen verteilt werden können. Die nähere Begründung fußt letztlich auf dem Gedanken, dass es für den Einzelnen klug ist, zum Schutz wesentlich überwiegender Interessen auf die Behauptung seiner eigenen Freiheitssphäre zu verzichten, weil er selbst jederzeit in eine solche Situation geraten könnte und nur dann von anderen die Hinnahme seiner Abwehrmaßnahmen fordern kann, wenn er diese in gleicher Weise zulässt.³¹

b) Interessenabwägung

§ 34 S. 1 StGB fordert die Abwägung der widerstreitenden Interessen. Interessen sind hier als „bedürfnisorientierte, von kollektiven oder individuellen Trägern positiv bewertete, d. h. werthafte Sachverhalte, für die von den Interessenträgern eine Begründung angeboten

23 *Lenckner*, Der rechtfertigende Notstand, Tübingen 1965, S. 133 ff.; *Rosenau*, in: Satzger/Schluckebier/Werner, Strafgesetzbuch, Kommentar, 6. Aufl. 2024, § 32 Rn. 81; *Perron*, in: Eser et al., Schönke/Schröder Strafgesetzbuch, Kommentar, 30. Aufl., München 2019, § 34 Rn. 1; *Jescheck/Weigend*, Lehrbuch des Strafrechts Allgemeiner Teil, 5. Aufl., Berlin 1996, S. 360 ff.

24 *Renzikowski*, Notstand und Notwehr, Berlin 1994, S. 200; *Lenckner* (Fn. 23), S. 26; *Gallas*, ZStW 80 (1968), 1, 24.

25 *Hruschka*, Strafrecht nach logisch-analytischer Methode, 2. Aufl., Berlin New York 1988, S. 112, ff.; *Joerden* in: Hilgendorf/Kudlich/Valerius (Hrsg.), Handbuch des Strafrechts, Bd. 2, Heidelberg 2019, § 39 Rn. 12 ff.; *ders.* GA 1993, 245, 247 f.; *Meißner*, Die Interessenabwägungsformel in der Vorschrift für den rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB), Berlin 1990, S. 131 f.

26 *Engländer*, GA 164 (2017), 242, 244; *ders.*, Grund und Grenzen der Nothilfe, Tübingen 2008, S. 92.

27 *Pawlik*, Der rechtfertigende Notstand, Berlin New York 2002, S. 85 ff.

28 *Helmers*, Möglichkeiten und Inhalt eines Notstandsrechts, Berlin 2016, S. 243 ff.

29 *Renzikowski* (Fn. 24), S. 179.

30 *Renzikowski* (Fn. 24), S. 197.

31 *Engländer*, GA 164 (2017) 242, 247; *Kritisch Pawlik* (Fn. 27), S. 71 ff.

wird, die grundsätzlich von der Rechtsordnung akzeptiert wird³² zu verstehen. Sie unterscheiden sich also durch ihre Weite von Rechtsgütern oder Rechtspositionen. Entgegen einer weit verbreiteten Ansicht³³ können nur solche Interessen in die Abwägung eingestellt werden, die auf ein Rechtsgut bezogen sind; denn bestimmte Faktoren sind von der Rechtsordnung selbst der Abwägung entzogen, weil sie den Abwägungs- und Beurteilungsmaßstab selbst bilden bzw. formen. Diese Umstände, die den Maßstab vorgeben, können aber logisch nicht gleichzeitig selbst Teil der Abwägung sein, sondern sind auf einer vorgelagerten Ebene zu verorten.³⁴ Die Abwägung selbst erfolgt jeweils durch Bildung komparativer Bewertungssätze, die einander gegenübergestellt werden. Das Ergebnis der Abwägung lässt sich durch die Bildung eines komparativen Gesamtsatzes ermitteln.

c) Angemessenheit

Schließlich hält § 34 S. 2 StGB noch ein Korrektiv in Gestalt der sog. Angemessenheitsklausel bereit. Danach soll die Tat trotz des wesentlichen Überwiegens der Interessen nicht gerechtfertigt sein, wenn sie kein angemessenes Mittel zur Abwendung der Gefahr ist. Wenn der Angemessenheitsklausel von vielen keine eigenständige Bedeutung zugewiesen wird, sondern dieser Umstand bereits in die Interessenabwägung gezogen wird,³⁵ überzeugt dieses Vorgehen nicht. Denn der gesetzgeberische Wille, wie er im

Rahmen der großen Strafrechtsreform geäußert wurde, streitet für ein anderes Verständnis: Die Angemessenheitsklausel hat eigene Bedeutung und ist eine der Interessenabwägung nachgelagerte zweite Prüfungsebene.³⁶ Auch der Wortlaut und die Systematik des § 34 StGB gehen in diese Richtung. Zudem lässt sich auch inhaltlich begründen, dass es gewisse Punkte gibt, die die Rechtsordnung für unverfügbar hält und die deshalb der Abwägung nicht zugänglich sind.³⁷

Ausgehend von dieser eigenständigen Bedeutung der Angemessenheitsklausel lassen sich eine ganze Reihe von Problemkonstellationen der Angemessenheit erörtern: Fragen der absoluten Aufopferungsgrenze, der Menschenwürde, der Gefahrtragungspflichten oder der selbstverschuldeten Notstandsfrage sowie des Vorrangs rechtlich geordneter Verfahren. Analysiert man diese Konstellationen umfassend, so lässt sich die Angemessenheitsklausel als doppeltes Korrektiv begreifen: Einerseits gibt es Fälle, bei denen die Angemessenheit immer eine Rechtfertigung der Tat verhindert, beispielsweise bei Verstößen gegen die Menschenwürde oder beim Erreichen einer absoluten Aufopferungsgrenze. Dies lässt sich auch aus dem Solidaritätsprinzip begründen; denn die Mindestsolidarität findet ihre Grenzen dort, wo eine reziproke Hinnahme des Schadens vernünftigerweise nicht erwartet werden kann. Diese Faktoren begrenzen den Notstand absolut, die Angemessenheitsklausel fungiert dabei als Vehikel, um die Anwendbarkeit der Notstandsnorm generell auszuschließen. Auf der anderen Seite finden sich aber auch Fallgestaltungen, bei denen eine Rechtfertigung nicht generell

ausgeschlossen ist – hier ist die Angemessenheitsklausel als Korrektiv zur Interessenabwägung zu verstehen, indem sie bestimmte Konstellationen trotz wesentlichem Interessenübergewicht dem rechtfertigenden Notstand in einer Einzelfallbetrachtung wieder entzieht.

Diese drei dogmatischen Grundprobleme geben einen Einblick in die Komplexität des rechtfertigenden Notstandes. Auch wenn sie hier nur oberflächlich angesprochen werden konnten, ist klar geworden, dass die Positionierung bei den verschiedenen Fragestellungen weitreichende Auswirkungen auf die Anwendung des rechtfertigenden Notstandes auf Einzelfälle hat. Wie sich dies nun im Medizinrecht verhält, wird Gegenstand der Erörterungen des nächsten Teils sein.

II. Der rechtfertigende Notstand im Medizinrecht

Für das Medizin(straf)recht hat es noch keine systematische Betrachtung des rechtfertigenden Notstandes gegeben. Vielmehr erschöpfen sich bisherige Analysen in prominenten Einzelfragen, wie der sog. Indirekten Sterbehilfe,³⁸ dem Bruch der Schweigepflicht bei HIV-Infektion³⁹ oder dem Selbstanbau von Cannabis.⁴⁰ Dabei lohnt sich der Blick auf das Medizinrecht besonders, weil die eingangs bereits ausgeführte Eigenart der Medizin dazu führt, dass immer hohe und höchstrangige Rechtspositionen auf der Erhaltungsseite betroffen sind. Anhand von sechs Fallvignetten sollen daher verschiedene Kategorien von Notstandsfällen im Medizinrecht untersucht werden (1.), um danach in einer vergleichenden Betrachtung Gemeinsamkeiten und Unterschiede festzustellen (2.). Schließ-

32 Meißner (Fn. 25), S. 157.

33 Lenckner (Fn. 23), S. 96 ff; Hubmann, AcP 155 (1956), 85, 92; Küper, GA 1983, 289, 295; Kühn (Fn. 3), § 8 Rn. 103; Perron (Fn. 23), § 34 Rn. 22.

34 Engländer, in: Matt/Renzikowski (Hrsg.), Strafgesetzbuch, Kommentar, 2. Aufl., München 2020, § 34 Rn. 24; Pawlik (Fn. 27), S. 142 ff; Renzikowski (Fn. 24), S. 73.

35 Perron (Fn. 23), § 34 Rn. 46; Lenckner (Fn. 23), S. 123 ff; Roxin/Greco, Strafrecht Allgemeiner Teil, Bd. 1, 5. Aufl., München 2020, § 16 Rn. 91 ff., jeweils m.w.N.

36 BT-Drs. IV/650, S. 159 und BT-Drs. VI/4095, S. 15; so auch Engländer (Fn. 34), § 34 Rn. 31.

37 Gallas, ZStW 80 (1968), 27; Renzikowski (Fn. 24), S. 39; Meißner (Fn. 25), S. 212 ff.; Pawlik (Fn. 27), S. 245 ff.

38 BGHSt 420, 301; 46, 279.

39 OLG Frankfurt a.M., NSTZ 2001, 149.

40 BGHSt 61, 202, OLG Karlsruhe, NJW 2004, 3645.

lich erfolgt eine systematische Analyse, die in einen Vorschlag zur Systematisierung der Frage der Anwendbarkeit oder Nichtanwendbarkeit des rechtfertigenden Notstandes im Medizinrecht führt (3.).

1. Sechs Fallvignetten

Die sechs ausgewählten Beispielfälle repräsentieren jeweils eine Kategorie von Fallgestaltungen des rechtfertigenden Notstandes im Medizinrecht. Sie unterscheiden sich in den Typen der Ge- und Verbote, die verletzt werden, sowie in der Anzahl der betroffenen Personen und berücksichtigen auch Sonderfälle wie den sog. Defensivnotstand und das Ordnungswidrigkeitsrecht. Dabei wird auf den im ersten Teil herausgearbeiteten dogmatischen Grundlagen aufgebaut, die bei der Prüfung der Fälle anzuwenden sind.

a) Rettungsanitäterfall (Arztvorbehalt)

Im Rettungsanitäterfall geht es um die Verletzung des Arztvorbehaltes durch nichtärztliches Rettungspersonal zur Lebens- oder Leidenslinderung, wenn eine ärztliche Person nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist. Diese Handlungen sind als unerlaubte Heilkundeausübung gem. § 5 HeilprG strafbar; zusätzlich können auch – wie im behandelten Beispielfall, wo Morphin verabreicht wurde – Verstöße gegen das Betäubungsmittelrecht (§ 29 Abs. 1 Nr. 6 lit. b BtMG) vorliegen. Allerdings kann die Tat durch rechtfertigenden Notstand gerechtfertigt werden, weil die Abwägung der widerstreitenden Interessen ein wesentliches Überwiegen zugunsten der körperlichen Unversehrtheit der Patienten ergibt, hinter dem die Interessen der Einhaltung der Arztvorbehalte, namentlich die Sorge um die sog. öffentlichen Gesundheit, zurückstehen muss. Denn bei begrenzten Ausnahmefällen und einer Handlung durch medizinisches Fachpersonal zum Wohle der Patienten

erscheint eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit kaum gegeben zu sein. Auch eine Korrektur über die Angemessenheitsklausel des § 34 S. 2 StGB ist nicht angezeigt, weil Solidaritätsaspekte nicht gegen die begrenzten Verstöße gegen die Verbote im Notstandsfall sprechen.

b) Fluglotsenfall (Schweigepflicht)

Im Fluglotsenfall, der dem Fall des willentlich herbeigeführten Absturzes der Germanwings-Maschine 2015 nachgebildet ist, geht es um den Bruch der ärztlichen Schweigepflicht bei Patienten, die durch psychische Erkrankungen eine Vielzahl von Menschen – hier als Fluglotsin – gefährden würden. Die Offenbarung dieser Tatsachen durch die Hausärztin an die Behörden ist nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB als Verletzung von Privatgeheimnissen mit Strafe bedroht. Da in diesem Fall die Gefahr aus der Sphäre der Patienten ausgeht, handelt es sich um einen Fall des sog. Defensivnotstandes, der nach der hier vertretenen Ansicht in Analogie zu § 228 BGB zu behandeln ist. Da – anders als beim Aggressivnotstand gem. § 34 StGB – die verletzte Rechtssphäre nicht unbeteiligt ist, sondern die Gefahr gerade von ihr ausgeht, gelten geänderte Maßstäbe. Hier sind die informationelle Selbstbestimmung und das Interesse der Allgemeinheit an der Vertraulichkeit des Arzt-Patienten-Verhältnisses gegen die Sicherheit des Luftverkehrs und das Leben sowie die körperliche Unversehrtheit der Passagiere der Flugzeuge abzuwägen. Im Defensivnotstand bedarf es nun keines wesentlichen Überwiegens, sondern der Eingriff darf nicht außer Verhältnis zum Schaden stehen. Im Fall wird notwendige Proportionalität gewahrt, weil der Schutz von Menschenleben und der Sicherheit des Luftverkehrs jedenfalls nicht außer Verhältnis zur Verletzung der informationellen Selbstbestimmung und Vertraulichkeit stehen.

c) Depressionsfall (Quarantäne)

Der Depressionsfall betrifft den Bruch einer Absonderungsanordnung nach einem positiven PCR-Test auf SARS-CoV-2 zur Abwendung von akut selbstverletzendem Verhalten und suizidalen Gedanken nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten. Der Bruch dieser Absonderungsanordnung ist nach dem Infektionsschutzgesetz keine Straftat, sondern eine Ordnungswidrigkeit (§ 73 Abs. 1 Nr. 6 IfSG i.V.m. § 30 Abs. 1 S. 2 IfSG). Hier gilt nicht § 34 StGB, sondern § 16 OWiG, der wortgleich den rechtfertigenden Notstand regelt. Zunächst ist zu klären, ob der Notstand überhaupt anwendbar ist; denn nach der hier vertretenen Konzeption der Angemessenheitsklausel kommt ein genereller Ausschluss des Notstandes in Betracht, wenn die Gefahr eine durch den Gesetzgeber einkalkulierte Folge ist. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber, dass durch die Absonderung gerade nicht die Depression und Selbstverletzung intendiert ist. Bei der Abwägung der widerstreitenden Interessen ist ein wesentliches Überwiegen zugunsten der Interessen des Abgesonderten gegenüber den Interessen der öffentlichen Gesundheit und mittelbar den Gesundheitsinteressen anderer Bürger gegeben. Der konkreten Gefahr für die Positionen Leben und körperliche Unversehrtheit steht eine nur abstrakte Gefahr für andere gegenüber. Unter Angemessenheitsgesichtspunkten zeigt sich, dass die Absonderung von jedem Betroffenen ein Sonderopfer verlangt, welches er aus Solidaritätsgründen für den Schutz der Gemeinschaft zu erbringen hat. Wo aber die (weitere) Absonderung ein überproportionales Opfer darstellt, kann dies aus Gründen der Solidarität nicht mehr gefordert werden. Das ist gerade bei der Gefährdung des Lebens und der körper-

lichen Unversehrtheit der Fall, sodass auch hier eine Rechtfertigung durch Notstand erfolgen kann.

d) Kinderonkologiefall (Klinische Studien)

Um die Verletzung des notwendigen Genehmigungsverfahrens für klinische Prüfungen von Arzneimitteln geht es im Kinderonkologiefall, wo eine Ärztin die klinische Prüfung ohne die erforderliche Genehmigung beginnt, um einem an Non-Hodgkin Lymphom erkrankten Kind eine letzte mögliche Therapieoption zu bieten. Dies stellt einen gem. § 96 Nr. 10 AMG strafbaren Verstoß gegen § 40 Abs. 1 AMG dar, der die vorliegende Genehmigung für den Beginn der klinischen Prüfung fordert. Hier ist der rechtfertigende Notstand gem. § 34 StGB grundsätzlich anwendbar, weil eine Gefahr für das Leben des Kindes droht. Leben und körperliche Unversehrtheit des Kindes stehen dem durch das Genehmigungsverfahren bezweckten Schutz der Prüfungsteilnehmer entgegen. Während hier auf der einen Seite eine sehr konkrete und schwerwiegende Gefahr vorliegt, erscheint das durch das Verfahren geschützte Interesse nur abstrakt betroffen. Auf der Angemessenheitsebene ist aber zu beachten, dass es sich hier um ein rechtlich geordnetes Verfahren handelt, was grundsätzlich gegen eine angemessene Handlung spricht. Allerdings bezweckt hier das Verfahren gerade den Schutz der Prüfungsteilnehmer, also auch des Kindes. Dabei steht aber dessen Leben ohnehin auf dem Spiel, sodass es unsolidarisch erscheint, würde die Rechtsgemeinschaft auf die Einhaltung des Verfahrens bestehen. Aufgrund des Ausnahmecharakters der Situation droht auch das Verfahren nicht insgesamt unterlaufen zu werden, sodass hier eine wohlüberlegte Rechtfertigung durch Notstand vorliegt.

e) Knochenmarkspendefall (Minderjährigenschutz)

Im Knochenmarkspendefall erfolgt die Knochenmarkentnahme bei einem Minderjährigen zur Rettung eines an akuter myeloischer Leukämie erkrankten Elternteils bei akuter Verschlechterung und ohne die notwendige Anzeige an das Familiengericht gem. § 8a S. 2 TPG. Dieser Verstoß führt dazu, dass die Sonderregelung für Minderjährige gem. § 8a TPG, die eine Ausnahme zum Volljährigkeitserfordernis des § 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 lit. a TPG bedeutet, nicht erfüllt ist und somit gem. § 19 Abs. 1 Nr. 1 TPG ein strafbares Verhalten vorliegt, weil die Voraussetzungen für die Entnahme nicht vorliegen. Auch hier ist der rechtfertigende Notstand grundsätzlich anwendbar. Bei Abwägung der widerstreitenden Interessen stehen Leben und körperliche Unversehrtheit des Elternteils dem Allgemeininteresse am Spenderschutz gegenüber. Den erstgenannten Interessen kommt ein wesentliches Übergewicht zu, führt man sich die Konsequenzen – Tod oder jedenfalls Todesgefahr – vor Augen. Aber auch hier liegt ein rechtlich geordnetes Verfahren vor, dessen Verletzung die Unangemessenheit der Notstandshandlung bedeuten könnte. Würde man hier aber das vorgeschriebene Verfahren einhalten, würde dies dazu führen, dass am Ende bei Vorliegen der Genehmigung aufgrund der Verschlechterung keine Transplantation mehr erfolgen kann. Dieser atypische Fall stellt aber die gesetzgeberische Konzeption des Verfahrens nicht infrage. Zudem kann die Solidargemeinschaft vom Einzelnen gerade nicht die Hingabe des eigenen Lebens nur aufgrund eines nicht erfüllten Verfahrensschrittes aufbürden; vielmehr wäre eine solche Forderung gerade nicht vom Solidaritätsprinzip gedeckt. Somit kann auch hier eine Notstandsrechtfertigung erfolgen.

f) Gerichtete Organspende (Organallokation)

Im Fall der sog. gerichteten Organspende wird unter Verstoß gegen die Allokationsrichtlinien vom Organspender verfügt, dass seine Organe nur dann zur Übertragung zur Verfügung stehen, wenn eine bestimmte Person – meist ein Familienmitglied – ein bestimmtes Organ erhält. Anderenfalls wird die Spende verweigert. Dieses Vorgehen steht nun im Widerspruch zu den Organallokationsregeln, nach denen vermittlungspflichtige Organe durch eine Vermittlungsstelle aufgrund einer einheitlichen Warteliste zu verteilen sind. Dieser Verstoß führt aber zur Unwirksamkeit der Einwilligung in die Organspende, weil die Bedingung unwirksam ist und eine Verteilung aller Organe gerade dem Willen des Spenders widerspricht. Die Organentnahme ohne wirksame Einwilligung ist aber gem. § 19 Abs. 2 TPG i.V.m. § 3 Abs. 1 S. 1 TPG strafbar. Der rechtfertigende Notstand ist auf diese Konstellation schon deshalb anwendbar, weil der Gesetzgeber im Gesetzgebungsverfahren davon ausgegangen ist.⁴¹ Die Interessenabwägung schlägt auch zugunsten der Organentnahme aus, weil Leben und körperliche Unversehrtheit der potenziellen Organempfänger, die konkret gefährdet sind, das Allgemeininteresse an der gerechten Organverteilung, auch unter Berücksichtigung des Willens des Spenders, wesentlich überwiegen. Prüft man aber die Angemessenheit der Notstandstat, so zeigt sich, dass hier ein Verteilungsverfahren vorliegt, das unterlaufen würde, würde man die Rechtfertigung zulassen; denn bei der Organspende stehen immer Leben auf dem Spiel. Rechtfertigte man damit ein Abweichen von den Regeln, würde man diese obsolet machen, weil jede Person, die ein Organ benötigt, sonst

⁴¹ BT-Drs. 13/4355, S. 31 sowie BT-Drs. 13/2926 S. 4 u. 16.

ihre Interessen eigenmächtig durchsetzen könnte, was gravierende Folgen für das gesamte Transplantationswesen hätte. Damit lässt sich dieser Verfahrensverstöß nicht rechtfertigen.

2. Vergleichende Betrachtung der Fallvignetten

Sieht man sich die Fallvignetten übergreifend an und vergleicht diese, so zeigen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Interessanterweise macht es für die Rechtfertigung keinen grundsätzlichen Unterschied, wie viele Personen betroffen sind. Charakteristisch ist, dass auf der Erhaltungsseite, also bei den getreteten Rechtsgütern, immer das Leben und die körperliche Unversehrtheit und damit hohe Rechtspositionen stehen, was mit der bereits angesprochenen Eigenart der Medizin als Gegenstandsbereich zu tun hat. Auf der Eingriffsseite steht aber zumindest auch immer ein Allgemeinrechtsgut, weil die medizinrechtlichen Ge- und Verbote, die hier verletzt werden, immer einem Allgemeininteresse dienen. In vielen Fällen handelt es sich auch um Fälle der Notstandshilfe, weil die eigentlich gefährdeten Personen – in der Regel Patienten – die Abwehr der Gefahr nicht selbst vornehmen können, sondern dies immer durch andere Personen – Ärzte, Pflegende, Rettungspersonal – erfolgen muss. Damit besteht eine Angewiesenheit auf solche Personen, die mangels Näheverhältnis auch keinen entschuldigenden Notstand als Weg zur Straffreiheit in Anspruch nehmen können. Weiter zeigt sich auch, dass die medizinrechtlichen Normen selbst der Ursprung der Gefahr sind. Sie selbst stehen der effektiven Verwirklichung von Gesundheitsinteressen im Wege, die sie eigentlich schützen sollen. Schließlich ist festzuhalten, dass die Rechtfertigung von Verstößen gegen materiell-rechtliche Vorgaben (Fälle a bis c) deutlich einfacher ist als die Verstöße

gegen Verfahrensrecht (Fälle d bis f). Diese Differenz wirkt zunächst kontraintuitiv; denn das materielle Recht erscheint aufgrund seiner inhaltlichen Relevanz – jedenfalls prima facie – deutlich wichtiger als das bloße Verfahren. Diese Fragestellung wird im Folgenden näher untersucht und führt zu einem systematischen Lösungsvorschlag.

3. Materielle und prozedurale Normverstöße – ein systematischer Lösungsvorschlag

Die Erkenntnis, dass es bei der Rechtfertigung durch Notstand im Medizinrecht einen Unterschied zwischen materiell-rechtlichen Ge- und Verboten und verfahrensrechtlichen Normen gibt, führt zu einer näheren Betrachtung der systematischen Gesichtspunkte dieser Fälle. Wichtig dafür ist das systematische Verständnis des rechtfertigenden Notstandes. Mit *Hruschka* ist er als intrasystematischer Rechtfertigungsgrund zu verstehen, der innerhalb eines Regelsystems von der entsprechenden Verhaltensanweisung befreit.⁴² Der rechtfertigende Notstand ist dem strafrechtlichen System zuzuordnen und wirkt innerhalb dieses Systems, indem er ein eigentlich unerlaubtes Verhalten erlaubt. Die medizinrechtlichen Ge- und Verbote gehören nun einem anderen System an, nämlich der Spezialmaterie des Medizinrechts. Sie werden gleichsam durch die jeweilige Sanktionsnorm in das Strafrecht importiert, wo dann der rechtfertigende Notstand auf sie anwendbar ist. Ob und wie

42 *Hruschka*, Extrasystematische Rechtfertigungsgründe, in: Jescheck/Lüttger (Hrsg.), Festschrift für Eduard Dreher zum 70. Geburtstag am 29. April 1977, Berlin New York 1977, S. 189 ff.; *ders.*, Pflichtenkollision und Pflichtenkonkurrenz, in: Canaris/Diederichsen (Hrsg.), Festschrift für Karl Larenz zum 80. Geburtstag am 23. April 1983, München 1983, S. 257, 280; s. auch *Renzikowski*, Intra- und extrasystematische Rechtfertigungsgründe, in: Bry/Joerden (Hrsg.), Festschrift für Joachim Hruschka zum 70. Geburtstag, Berlin 2005, S. 643, 650.

dieser Import funktioniert oder zu Spannungen führt, lässt sich weiter, auch unter Zugrundelegung von *Luhmanns* Systemtheorie, untersuchen. Bei materiell-rechtlichen Ge- und Verboten, die nicht an ein Verfahren anknüpfen, ist der Import recht unproblematisch, weil außer der medizinrechtlichen Thematik und Wertung keine vom allgemeinen Strafrecht abweichende Funktionsweise vorliegt. Hier lassen sich also die herkömmlichen Regelungen des Notstandes anwenden.

Anders ist es aber bei Verfahrensnormen. Deren Import führt bei der Anwendung des rechtfertigenden Notstandes zu Friktionen, weil hier zwei Systeme kollidieren: Einerseits das strafrechtliche System, in dem der rechtfertigende Notstand bestimmte Abwägungs- und Angemessenheitskriterien hat, und andererseits das dem Medizinrecht entstammende Verfahren, welches spezifische, eigene Entscheidungs-, Bewertungs- und Abwägungskriterien hat; denn Verfahrensergebnisse beruhen immer auf Wertungen und Abwägungen. Die Kollision der beiden Maßstäbe führt dazu, dass der rechtfertigende Notstand nicht einfach anwendbar ist, weil ansonsten die vom Gesetzgeber vorgesehenen Verfahrenmaßstäbe durch die Notstandsabwägung einfach überschrieben würden.

Hier lassen sich nun zwei Arten von Verfahren unterscheiden: Güterschützende Verfahren und güterverteilende Verfahren. Güterverteilende Verfahren sollen eine gerechte Verteilung von knappen Ressourcen gewährleisten, wie beispielsweise bei der Organtransplantation. Der Gesetzgeber hat diese Verfahren genau zu diesem Zweck geschaffen und ihnen bestimmte Regeln und Maßstäbe gegeben. Diese können und dürfen daher nicht durch rechtfertigenden Notstand unterlaufen werden, weil sonst die Verfahren ihren Sinn verlören und eine gerechte Ressourcenallokation nicht gewährleistet

werden kann; denn der Vorteil des einen ist der Nachteil des anderen, weil die Ressourcen begrenzt sind. Deshalb setzen sich verteilende Verfahren gegenüber dem Notstand durch. Etwas anders verhält es sich bei güterschützenden Verfahren. Diese sollen bestimmte Rechtspositionen durch ein geordnetes Verfahren schützen, wie beispielsweise beim Minderjährigenschutz oder beim Schutz von Patienten und Probanden bei klinischen Prüfungen. Dieser Schutzzweck darf nicht unterlaufen werden – das bedeutet aber zweierlei: Wo es ein Verfahrensergebnis gibt, muss es Bestand haben und kann nicht durch den Notstand überspielt werden. Wo aber ein Verfahren noch nicht abgeschlossen ist und das Abwarten auf das Ergebnis oder die Durchführung des Verfahrens zu einem Schaden bei demjenigen führen würde, der geschützt werden soll, da kann der Notstand ausnahmsweise Anwendung finden; denn aus dem Solidaritätsgedanken heraus ist es nicht nachvollziehbar zu begründen, warum derjenige, der geschützt werden soll, sehenden Auges einen Schaden hinnehmen sollte, wenn andere nicht betroffen sind. Schließlich lassen sich noch mittelbare Verfahrensverstöße finden. Das sind solche Verstöße, bei denen die Verletzung des Verfahrens vom Gesetzgeber nicht direkt unter Strafe gestellt wurde, sondern wo die Nichteinhaltung des Verfahrens im Rahmen einer anderen, allgemeinen Strafnorm relevant wird. So ist beispielsweise ein Verstoß gegen die formalen Anforderungen bei der Pandemie-Triage nach § 5c IfSG nicht selbst strafbar, aber es stellt sich die Frage, ob diese Verstöße für die Beurteilung eines Körperverletzungs- oder Tötungsdelikts relevant

sind. Da der Gesetzgeber sich aber dazu entschieden hat, die Verfahrensverstöße selbst nicht zu bestrafen, muss diese Wertung berücksichtigt werden. Deshalb sind die aufgestellten Grundsätze zu güterschützenden Verfahren auf diese Art von Verfahrensverstößen anzuwenden, unabhängig davon, welcher Art das zugrundeliegende Verfahren ist.

III. Fazit

Mit dieser Untersuchung wurde ein weiterer Bogen geschlagen – von den dogmatischen Grundlagen des rechtfertigenden Notstandes über praxisnahe medizinrechtliche Fallgestaltungen bis hin zu einer systematischen und systemtheoretischen Analyse. Es wurde ein Systematisierungsvorschlag für die Anwendung des rechtfertigenden Notstandes erarbeitet, der zwischen materiell-rechtlichen Verstößen und Verfahrensnormverstößen unterscheidet. Die Anwendung des rechtfertigenden Notstandes auf Verfahrensnormverstöße ist dabei komplex und hängt von der Verfahrensart ab: Güterverteilende Verfahren müssen ihre Funktion stets erfüllen können, weshalb der Notstand hier unanwendbar ist. Bei güterschützenden Verfahren (und nur mittelbaren Verfahrensverstößen) ist anhand deren Schutzzweck zu entscheiden. So konnte eine Möglichkeit aufgezeigt werden, die den rechtfertigenden Notstand im Medizinrecht einem systematischeren Verständnis zuführt. Das Ergebnis lässt sich aber auch auf andere Bereiche übertragen und verallgemeinern, weil es letztlich auf das allgemeine hinter dem rechtfertigenden Notstand stehende Prinzip zurückzuführen ist – dem Solidaritätsprinzip.

Weiterführende Literatur

Der vorliegende Beitrag ist eine Zusammenfassung der Dissertationsschrift des Autors. Die Dissertation kann über den NOMOS Verlag erworben werden: Linoh, Kim Philip, Der rechtfertigende Notstand im Medizinrecht, Eine Untersuchung zum systematischen Verhältnis des rechtfertigenden Notstandes zu medizinrechtlichen Ge- und Verboten, Baden-Baden 2024, 310 Seiten, ISBN 978-3-7560-1397-5 (print), 978-3-7489-1939-1 (eBook). Sie ist auch digital in der NOMOS eLibrary verfügbar: <https://doi.org/10.5771/9783748919391>.

Autor:

Dr. iur. Kim Philip Linoh, M.mel.
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Lehrstuhl für Strafrecht,
Strafprozessrecht und
Medizinrecht
(Prof. Dr. Henning Rosenau)
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Universitätsplatz 6
06108 Halle (Saale)

Digitale Kommunikation von Nachhaltigkeitsengagement in Krankenhäusern unter verhaltensökonomischen Aspekten der Nachhaltigkeitsberichterstattung

1 Einleitung

Nachhaltigkeit und deren Kommunikation gewinnen zunehmend an Bedeutung, auch für Organisationen der Gesundheitswirtschaft, die nach verstärktem Nachhaltigkeitsengagement streben¹. Der Klinikreport Nachhaltigkeit 2024 legt dar, dass etwa 50 Prozent aller Krankenhäuser, insb. größere Häuser, zum Themenfeld Nachhaltigkeit kommunizieren – intern oder öffentlich². Seit 2025 ist die Erstellung von Nachhaltigkeitsberichten für viele Organisationen in Europa obligatorisch³. Die CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive) bildet hierfür die Grundlage⁴. Mit dem Omnibus Simplifikation Package der EU vom 26.02.2025 sollen die Berichtspflichten vereinfacht werden. Im Rahmen eines Dringlichkeitsverfahrens wurde die Verschiebung der Berichtspflichten um zwei Jahre bereits im April beschlossen⁵. Die Pflicht zur Nachhaltigkeitsberichterstattung kann

auch die Kommunikation von Nachhaltigkeitsaktivitäten beeinflussen.

Das Ziel des vorliegenden Beitrags besteht darin, Nachhaltigkeitsengagement verhaltensökonomisch zu erklären und die digitale Kommunikation des Nachhaltigkeitsengagements von Krankenhäusern unter Bezugnahme auf die Nachhaltigkeitsberichterstattung zu untersuchen.

In Kap. 2 legt das Autorenteam die thematischen Grundlagen dar. Es folgt Kap. 3 mit Ausführungen über die Nachhaltigkeitsberichterstattung in Krankenhäusern und deren verhaltensökonomischer Begründung. Kap. 4 fokussiert sich auf die Kommunikation von Nachhaltigkeitsengagement in Krankenhäusern und die Auswirkungen der Nachhaltigkeitsberichterstattung auf diese Kommunikation. Darauf folgend leitet Kap. 5 praxisbezogene Handlungsempfehlungen ab, bevor der Beitrag in Kap. 6 mit einem Fazit schließt.

2 Thematische Grundlagen

Aufgrund globaler ökologischer, gesellschaftlicher und ökonomischer Entwicklungen gewinnt die Diskussion um Nachhaltigkeit zunehmend an Bedeutung – als potenzieller Ansatz, um globalen Heraus-

forderungen entgegenzuwirken⁶. Konkret steht Nachhaltigkeit bzw. nachhaltige Entwicklung dafür, gegenwärtige Bedürfnisse derart zu befriedigen, dass dadurch die Möglichkeiten für zukünftige Generationen nicht eingeschränkt werden⁷. Ursprünglich entstammt der Nachhaltigkeitsbegriff der Forstwirtschaft⁸. Nachhaltigkeit umfasst drei grundlegende Dimensionen: Die ökologische Nachhaltigkeit fokussiert sich auf die Minimierung von Umweltbelastungen seitens Organisationen, die soziale Nachhaltigkeit adressiert die soziale Verantwortung von Organisationen und die ökonomische Nachhaltigkeit stellt das langfristige organisationale wirtschaftliche Überleben in den Mittelpunkt⁹.

Zentral im Kontext von Nachhaltigkeit(sengagement) sind, auf einer übergeordneten Ebene, die Sustainable Development Goals (SDGs) der Vereinten Nationen. Diese 17 Ziele für eine nachhaltige Entwicklung sind Bestandteil der Agenda 2030 und dienen als Orientierungsrahmen zur Umsetzung nach-

1 vgl. Kesting; Scherenberg, 2025, S. 15; Scherenberg; Kesting, 2023, S. 60; Horneber et al. 2023, S. 17

2 vgl. DKI; imugresearch, 2024, S. 41

3 vgl. Horneber et al. 2023, S. 17

4 vgl. Schubert et al., 2024, S. 9; EU-Richtlinie 2022/2464

5 vgl. Europäische Kommission 2025, Europäisches Parlament 2025

6 vgl. Grunwald; Schwill, 2022, S. 11

7 vgl. BMZ, 2025

8 vgl. Schubert et al., 2024, S. 17

9 vgl. Kreutzer, 2023b, S. 4

ESG-Kriterien		
Environment (E) (ökologische Nachhaltigkeit)	Social (S) (soziale Nachhaltigkeit)	Governance (G) (nachhaltige Unternehmensführung)
Reduktion der Auswirkungen organisationalen Handelns auf den Klimawandel.	Achtung der Menschenwürde und Einhaltung von Menschen- und Arbeitnehmerrechten	Publikation relevanter Werte und Guidelines
Schutz natürlicher Ressourcen	sichere und ergonomische Arbeitsplatzgestaltung	Einhaltung von Gesetzen und Regelwerken
Effizienzsteigerung des Ressourceneinsatzes	Nicht-Diskriminierung	gesetzeskonforme Steuerabführung
Realisierung einer Kreislaufwirtschaft	Diversity	transparente Dokumentation organisationaler Prozesse
Nutzung regenerativer Energien	faire Behandlung und Bezahlung von Mitarbeiter:innen (innerhalb der gesamten Lieferkette)	Verfügbarkeit nachvollziehbarer Vergütungs- und Beförderungsrichtlinien
Erstellung nachhaltiger Produkte	Umfassendes Fort- und Weiterbildungsangebot für Mitarbeiter:innen	Realisierung einer transparenten Kommunikation nach innen und außen
Einsatz nachhaltiger Prozesse und Technologien	keine Zusammenarbeit mit autoritären Regierungen	fares Verhalten im Wettbewerbsgeschehen
nachhaltiges Gebäudemanagement	gesellschaftliche Verantwortungsübernahme über das Kerngeschäft hinaus	Vorhandensein unabhängiger Kontrollorgane
nachhaltiges Wassermanagement	fairer Umgang mit Kund:innen	
nachhaltige Logistik- und Mobilitätskonzepte		

Abb. 1 ESG-Kriterien

Quelle: Kreutzer, 2023a, S. 69, leicht angepasst.

haltigkeitsbezogener Ziele¹⁰. Auf Organisationsebene etablieren sich die sog. ESG-Kriterien als Handlungsfelder und Maßstab nachhaltiger Unternehmensführung (vgl. Abb. 1). Dabei steht E für „Environment“, S für „Social“ und G für „Governance“¹¹.

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) führte 2021 eine Befragung von 263 Krankenhäusern zum Status quo im Bereich Klimaschutz durch. Letzterer steht bereits bei vielen Krankenhäusern auf der Agenda, wobei auch viele Einzelmaßnahmen festzustellen sind. Es besteht insgesamt noch Potenzial in Bezug auf das Nachhaltigkeitsengagement¹². Thematisch breiter ausgerichtet in punkto Nachhaltigkeit ist der Klinikreport Nachhaltigkeit 2024. Er legt auf Basis einer

Repräsentativbefragung (386 Allgemeinkrankenhäuser) dar, wie Krankenhäuser Nachhaltigkeit in ihre Strukturen und Prozesse integrieren. Dabei zeigen sich insb. Maßnahmen in Bezug auf Klima- und Umweltschutz und Personalförderung, wobei noch weiteres ungenutztes Potenzial identifiziert wurde¹³.

Im Klinikreport Nachhaltigkeit aus dem Jahre 2024 wird die Nachhaltigkeitsstrategie von Kliniken gemäß den ESG-Kriterien differenziert dargelegt. Dabei zeigt sich ein hohes Engagement im Bereich Umwelt, insb. mit Blick auf die Reduktion des Energieverbrauchs. Bei sozialen Aspekten dominieren das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) und die Personalentwicklung sowie eine familienorientierte und altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung. Hingegen priorisieren Krankenhäuser das Handlungsfeld Governance

weniger. Beispielsweise berücksichtigen lediglich zwischen 30 und 40 Prozent Umweltstandards ihrer Lieferant:innen und Dienstleister:innen und achten auf Prozesstransparenz, etwa bzgl. ethischer Grundsätze¹⁴.

Das im Jahre 2003 eingeführte Krankenhausvergütungssystem anhand von Diagnosis Related Groups (DRG) sowie die zunehmende Unterdeckung der Investitionsförderung der Länder erhöhten den ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser. So sahen bspw. im Jahr 2024 56 Prozent der niedersächsischen Krankenhäuser ihre Existenz als gefährdet an¹⁵. Potenzial für Investitionen in Nachhaltigkeit blieb und bleibt somit überhaupt nur, wenn diese sich ökonomisch günstig im Sinne einer Gewinnerhöhung auswirkten.

10 vgl. Kesting; Scherenberg, 2025, S. 7; Vereinte Nationen, 2024

11 vgl. Kreutzer, 2023a, S. 68

12 vgl. DKI, 2022b

13 vgl. DKI; imugresearch, 2024, S. 3; S. 6

14 vgl. DKI; imugresearch, 2024, S. 16-17

15 vgl. dpa 2024

3 Nachhaltigkeitsberichterstattungspflicht

3.1 Verhaltensökonomische Erklärung der Nachhaltigkeitsberichterstattungspflicht

Die ökonomische Betrachtungsweise sieht den Menschen und seine Handlungen im Wesentlichen im Lichte des Gewinnstrebens bzw. der Gewinnmaximierung. Wird Gewinnmaximierung als gegeben angesehen, führt dies dazu, dass das ökonomische Handeln von Individuen bzw. Organisationen voraussehbar wird. Gemäß dem Maximumprinzip streben Anbieter:innen im Marktgeschehen Gewinnmaximierung an, Nachfrager:innen Nutzenmaximierung¹⁶. Da Organisationen auch noch andere Ziele verfolgen können¹⁷, stellt sich die Frage, ob ein Fokus auf Gewinnmaximierung tatsächlich sämtliches Handeln der Wirtschaftssubjekte zu erklären vermag. Wie kommt es trotzdem zu klimafreundlichem und/oder sozial gerechtem Verhalten, auch wenn sich dieses Verhalten – zumindest zunächst – negativ auf den eigenen Gewinn auswirkt? Lässt sich das Streben nach Nachhaltigkeit in das Modell der Gewinnmaximierung integrieren oder bedarf es anderer Erklärungen für eine intrinsische Motivation zu nachhaltigem Verhalten bei Individuen und in Organisationen wie Krankenhäusern? Diese könnten in Eigenschaften und Verhaltensweisen wie Altruismus, Fairness und Reziprozität liegen¹⁸.

Altruistisches Agieren kann zwei verschiedene Richtungen haben: Einerseits beinhaltet es Handeln, mit dem anderen geholfen werden soll, andererseits Handeln, das Schmerz oder Disnutzen von anderen abhalten soll. Oftmals ist nicht der Altruismus alleiniger Handlungs-

motivator, sondern es spielen weitere Beweggründe in augenscheinlich altruistisches Verhalten hinein. Folgendes Beispiel verdeutlicht dies: Eine Person sieht spielende Kinder am Straßenrand und fährt daher ganz besonders langsam und vorsichtig Auto. Dieses Verhalten ist altruistisch motiviert, um kein Kind zu gefährden¹⁹. Altruismus ist lediglich eines der möglichen Motive, da auch Angst vor Verspätung und Bestrafung bei einem Unfall als weitere Motive eine Rolle spielen können. Altruist:innen steigern ihren Nutzen dadurch, dass es anderen Menschen gut geht²⁰. Ob die Handlung, die sie dafür vornehmen, ihnen selbst nutzt oder schadet, ist für die Definition derselben als altruistisch oder egoistisch nicht relevant. Wenn Krankenhäuser durch ihr Handeln als Organisation die gesundheitlichen Beschwerden von Menschen behandeln, hat diese Aktivität also altruistische Aspekte, obwohl sich Krankenhäuser auf die Erreichung ökonomischer Ziele fokussieren. Erfolgt das Handeln jedoch ausschließlich altruistisch motiviert, wird dieses Motiv „purer Altruismus“ genannt²¹.

Die Triebfeder für altruistische Handlungen im Sinne der Nachhaltigkeit kann in einer „globalen Identität“ liegen und somit in einer Identifikation des Individuums mit der Menschheit als Kollektiv. Wer sich als Teil der gesamten Menschheit ansieht, sollte auch im Sinne der gesamten Menschheit handeln. Globale Identifikation motiviert, sich für globale Nachhaltigkeitsziele einzusetzen und globale Hilfsorganisationen zu unterstützen²², und das auch dann, wenn die eigenen Kosten den individuellen Nutzen übersteigen. Auch Fairness kann bei der Überlegung, ob Maßnahmen zur ökologischen

und sozialen Nachhaltigkeit durchgeführt und finanziert werden, eine Rolle spielen. Fairness ist hierbei kein feststehender Begriff, sondern stets auslegungspflichtig²³ und kann letztlich auch als Scheinargument zur Eigennutzenmaximierung vorgeschoben werden, indem Fairness vorgeschoben wird, um sich selbst bessere Bedingungen zu verschaffen und die eigenen Motive zu überdecken, und das in beide Richtungen: Einerseits kann der Konkurrenz – berechtigt oder unberechtigt – unfaires Verhalten vorgeworfen werden. Andererseits kann bspw. der nicht geschützte Begriff „Fair Trade“ genutzt werden, um eigene Fairness – und Nachhaltigkeitsbemühungen vorzuspiegeln. Nachhaltigkeitsengagement, insb. im Bereich Klimaschutz, und dessen zielgerichtete Kommunikation gegenüber Anspruchsgruppen kann das Organisationsimage positiv beeinflussen, zur Vertrauensbildung bei externen Stakeholdern beitragen und sich zudem intern positiv auf die Bindung und Motivation der Mitarbeiter:innen auswirken²⁴. Mit Blick auf all diese Chancen verwundert es, dass Krankenhäuser diese Potenziale bislang noch nicht vollumfänglich ausschöpfen. Reziprozität ist die Bereitschaft, mit anderen zu kooperieren. Sie fördert ebenfalls nachhaltiges Verhalten. Besondere Bedeutung hat die Reziprozität für den Klimaschutz und die diversen Klimaabkommen, deren Verhandlungen auf dem Prinzip der Reziprozität beruhen: Solange sich andere kooperativ verhalten, verhalte ich mich ebenfalls kooperativ. Wenn viele andere Länder Geld für Klimaschutz und Klimafolgenminderung geben, steigt die Bereitschaft der Vertreter:innen eines Landes, dieses auch selbst zu tun. Zusammenfassend sind Eigennutz, Altruismus, Fairness und Reziprozität Motivatoren

16 vgl. Thommen et al., 2023, S. 130

17 vgl. Balderjahn; Specht, 2020, S. 6

18 vgl. Beck, 2014, S. 255

19 vgl. Kraut, 2025

20 vgl. Beck 2014, S. 258

21 vgl. Kraut, 2025

22 vgl. Reese et al., 2018, S. 51

23 vgl. Beck, 2014, S. 259

24 vgl. Kesting; Scherenberg, 2025; Heinrich; Schmidtpeter, 2024, S. 2

ESG-Kriterien	Übergreifend	ESRS 1 Allg. Anforderungen	ESRS 2 Allg. Angaben			
	Environmental	ESRS E1 Klimawandel	ESRS E2 Umweltverschmutzung	ESRS E3 Wasser- und Meeresressourcen	ESRS E4 Biodiversität	ESRS E5 Kreislaufwirtschaft
	Social	ESRS S1 Eigene Belegschaft	ESRS S2 Beschäftigte in der Wertschöpfungskette	ESRS S3 Betroffene Gemeinschaften	ESRS S4 Verbraucher/Endnutzer	
	Governance	ESRS G1 Geschäftsgebahren und Unternehmensführung				

Tab. 1 Europäische Standards für die Nachhaltigkeitsberichterstattung (in Anlehnung an Europäische Union, 2024)

für nachhaltiges Verhalten. Viele Nachhaltigkeitsmaßnahmen, darunter alle Klimaschutzmaßnahmen, unterliegen der o.g. Problematik, dass die Kosten individuell sind und der Nutzen kollektiv ist. Selbst im Falle von Altruismus könnten Krankenhäuser und andere Wirtschaftssubjekte den individuellen Nutzen höher gewichten als den des Kollektivs. Dies führte dazu, dass weniger Nachhaltigkeitsmaßnahmen durchgeführt würden als gesamtgesellschaftlich optimal wären. Dies ist ein typisches Problem öffentlicher Güter: Eigennutzinteressierte Wirtschaftssubjekte investieren zu wenig oder nichts in öffentliche Güter wie gute klimatische Bedingungen, sauberes Wasser und Ökodiversität. Das liegt daran, dass sie Investitionen individuell selbst finanzieren müssten, den Nutzen daraus aber primär die Allgemeinheit hätte. Eine solche Situation motiviert zu Trittbrettfahrerverhalten. Um diesem entgegenzuwirken, hat der Staat drei Möglichkeiten:

1. die Subvention klimafreundlichen Verhaltens,

2. die Besteuerung klimaschädlichen Verhaltens im Sinne einer Pigou-Steuer und
3. das Vorschreiben von Klimaschutzmaßnahmen.

Die von der EU vorgegebene Verpflichtung zur Erstellung von Nachhaltigkeitsberichten entsprechend der EU-weiten Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD gem. EU-Richtlinie 2022/2464) fällt dabei im weiteren Sinne in die dritte Kategorie: Große Unternehmen, darunter viele Krankenhäuser in Deutschland, sind ab 2027 zur Erstellung eines Nachhaltigkeitsberichts verpflichtet. Dazu gehört es auch, Fortschritte in den Kategorien der Nachhaltigkeit über die Jahre nachzuweisen. Der Nachhaltigkeitsbericht ist grundsätzlich als Anlage zum Lagebericht auszuweisen²⁵. Potenzielle Investor:innen bspw. können dadurch nicht nur einen Einblick in die wirtschaftliche Lage der Häuser gewinnen, sondern auch einen realistischen Blick auf Nachhaltigkeitsrisiken

²⁵ vgl. EU-Richtlinie 2022/2464

erhalten, die sich früher oder später auch wirtschaftlich auswirken könnten. Dies könnte z. B. ein fehlendes oder unzureichendes Hitzeschutzkonzept sein, dessen negative ökonomische Auswirkungen im Zuge des voranschreitenden Klimawandels einträten.

3.2 Inhalte des Nachhaltigkeitsberichtes in Krankenhäusern

Die EU-einheitliche CSRD zur Erstellung von Nachhaltigkeitsberichten ist nicht spezifisch auf Krankenhäuser zugeschnitten. Sie soll ab 2027 für alle Unternehmen gelten, die zwei der drei folgenden Voraussetzungen erfüllen:

1. Bilanzsumme von mindestens 25 Millionen Euro
2. Nettoumsatzerlöse von mindestens 50 Millionen Euro
3. mindestens 250 Beschäftigte.

Diese Voraussetzungen erfüllen alle mindestens mittelgroßen Kapitalgesellschaften gem. §267, Abs. 2 HGB. Zur Erstellung von Nachhaltigkeitsberichten werden die Europäischen Standards

für die Nachhaltigkeitsberichterstattung (European Sustainability Reporting Standards – ESRS) als Rahmen herangezogen²⁶. Sie adressieren übergreifende, umweltbezogene, soziale und (unternehmens-)führungsbezogene Kategorien und Unterkategorien.

Als Grundlage zur Erstellung des Nachhaltigkeitsberichts bedarf es zunächst einer Wesentlichkeitsanalyse, die die Wesentlichkeit von Nachhaltigkeitsmaßnahmen für Umwelt, Gesellschaft und Mensch ebenso berücksichtigt wie die finanzielle Wesentlichkeit im Rahmen der Geschäftstätigkeit. Als geeignetes Instrument hierfür findet vielfach eine Stakeholder-Befragung Anwendung, z.B. unter Patient:innen, Kostenträger:innen und Mitarbeiter:innen. Diese ermittelt, welche Nachhaltigkeitsthemen seitens der Stakeholder für relevant erachtet werden. Für diese Befragung bietet sich eine auf den ESG-Kriterien basierende Gliederung an (vgl. Tab. 1), die durch die ESRS weiter konkretisiert wird. Die ESRS-Unterpunkte enthalten wiederum Teilaspekte, die konkret auf einzelne Maßnahmen nachhaltigen Engagements verweisen (vgl. hierzu Abb. 1). Vom Ergebnis der Wesentlichkeitsanalyse durch Stakeholder (anhand der Befragung bzw. des Dialoges) und der eigenen Bewertung durch das Unternehmen selbst hängt es ab, ob ein Punkt in den Nachhaltigkeitsbericht integriert bzw. begründet verworfen wird²⁷.

Nach Abschluss der Wesentlichkeitsanalyse steht fest, welche ESG-Unterpunkte in den Nachhaltigkeitsbericht übernommen werden. Um diese in ihrer Entwicklung zu untersuchen und den Kurs des Krankenhauses in Richtung einer kontinuierlichen Verbesserung der Nachhaltigkeit zu verfolgen, werden die Unterpunkte mit geeigneten Kennzahlen versehen, anhand derer

die Nachhaltigkeitsentwicklung nachverfolgt werden kann. Sollten keine Kennzahlen zur Verfügung stehen, beschreiben individuelle Texte die einzelnen Unterpunkte. Folgeberichte greifen dann die Entwicklung der Kennzahlen und Texte wieder auf und dokumentieren bestenfalls eine Erhöhung des Erreichungsgrades der Nachhaltigkeitsziele. Für die Erstellung der Nachhaltigkeitsberichte stehen branchenspezifische Softwarelösungen zu Verfügung, so bspw. „Mein nachhaltiges Krankenhaus“ der DKTIG²⁸.

4 Digitale Kommunikation von Nachhaltigkeitsengagement

Zur Erfassung des Status quo der digitalen Kommunikation von Nachhaltigkeitsengagement nahm das Autorenteam eine Analyse der Website- und Social-Media-Kommunikation vor. Als Untersuchungsobjekte fungierten die acht großen norddeutschen Universitätskliniken:

- Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
- Universitätsklinikum Oldenburg
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) Campus Kiel
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) Campus Lübeck
- Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
- Universitätsmedizin Greifswald
- Universitätsmedizin Rostock

Hierzu erfolgte die Eingabe nachhaltigkeitsbezogener Begriffe und Begriffskombinationen innerhalb der Website-Suche, wobei Nachhaltigkeitskommunikation im umfassenden Sinne, also mit Fokus auf alle drei ESG-Kriterien Berücksichtigung fand. Zusätzlich nahm das Autorenteam eine Analyse der Social-Media-Kommu-

nikation der acht Häuser vor. Analysiert wurden im Rahmen einer nachhaltigkeitsbezogenen Tag- und Post-Recherche auf folgenden Plattformen: Facebook, Instagram, LinkedIn, TikTok, YouTube und X (ehem. Twitter).

Mit Blick auf die Webauftritte der genannten Häuser zeigt sich insgesamt noch erhebliches ungenutztes Potenzial in puncto Nachhaltigkeitskommunikation. Zwar haben Häuser bereits eine Nachhaltigkeits-Stabsstelle und/oder kommunizieren ihre Nachhaltigkeitsstrategie, andere wiederum nicht.

Generell dominiert, einhergehend mit den Erkenntnissen aus dem Klinikreport Nachhaltigkeit 2024, das E-Kriterium, also die ökologische Nachhaltigkeit. Mittels Suchfunktion innerhalb der Webauftritte sind v. a. Inhalte zum Klimaschutz auffindbar, wobei bisher noch nicht alle untersuchten Häuser zu diesem Themenfeld berichten. Mitunter wurden bereits Nachhaltigkeitsberichte vor 2025 erstellt, also auf freiwilliger Basis. Auch informieren Klinik-Websites über erhaltene Klimaschutz-Auszeichnungen, insb. mittels Pressemeldungen. Insgesamt fällt deutlich auf, dass Nachhaltigkeit als Begriff selbst bei Häusern mit umfassenderem Nachhaltigkeitsengagement nicht prominent auf der Startseite des Webauftritts (Homepage) erscheint. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass die primäre Kommunikation auf das Leistungsangebot „medizinische Behandlung“ als Kernaktivität ausgerichtet ist.

Soziale Nachhaltigkeit (S) ist bei den untersuchten Kliniken vielfach unter dem Unterpunkt „Karriere“ auf deren Homepages zu finden. Weitere Klicks auf diesen Unterpunkt führen zu Aspekten wie Mitarbeitenden-Benefits und Diversity. Governance- wie auch weitere Nachhaltigkeitsaspekte sind vielfach auch in Klinik-Leitbildern zu finden, die direkter über die Homepages erreichbar sind.

²⁶ vgl. Umweltbundesamt, 2025; Europäische Union, 2024

²⁷ vgl. Schubert et al. 2024, S. 83

²⁸ vgl. Loßin et al. 2024, S. 994

Zudem verfügen einige Häuser über eine Stabsstelle Corporate Governance. Weitere Häuser haben separate Stabsstellen für Unterthemen von Governance eingerichtet (z. B. zu Compliance).

Die Eingabe des Suchkriteriums „Nachhaltigkeit“ sowie verwandter Begriffe bzw. Komposita führt auf den Klinik-Websites überwiegend zu Inhalten ökologischer Nachhaltigkeit (E) und unterstreicht noch einmal deren Relevanz in punkto Nachhaltigkeitskommunikation.

Was die Social-Media-Kommunikation der untersuchten Kliniken zum Thema Nachhaltigkeit betrifft, so ist zunächst festzustellen, dass die untersuchten Häuser Social-Media-Accounts auf den gängigen Plattformen haben. Mit Blick auf die Nachhaltigkeitskommunikation werden diese allerdings insgesamt deutlich weniger intensiv genutzt als die Website. Punktuell posten die Kliniken auf Social Media über ihr ökologisches Nachhaltigkeitsengagement (E) etwa zu Klimaschutzbezogenen Aktivitäten. Auch finden sich in den sozialen Medien Posts mit Bezug zu sozialer Nachhaltigkeit (S). Dies trifft insb. auf Inhalte zur Mitarbeitendenwerbung zu, die vielfach multimedial kommuniziert werden. Des Weiteren finden sich Diversity-Inhalte und Beispiele gesellschaftlicher Verantwortungsübernahme über das Kerngeschäft hinaus (z. B. Benefizaktivitäten) auf den Social-Media-Kanälen der Kliniken. Bemerkenswert hierbei ist, dass z. B. auf Instagram vielfach keine expliziten Hashtags zu Nachhaltigkeit (z. B. #Nachhaltigkeit, #sustainability, #sustainabilitymatters) in den Posts erscheinen. Governance-Kommunikation ist hingegen in den Social-Media-Aktivitäten der untersuchten Häuser noch weniger prominent vertreten und wird somit fast ausschließlich auf den Websites der Kliniken adressiert.

Als Ergebnis der Analyse zeigt sich die nach wie vor hohe Bedeutung von Kli-

nik-Websites als Basis digitaler Nachhaltigkeitskommunikation, wohingegen die sozialen Medien hierfür (wie auch für die generellen Kommunikationsaktivitäten der Kliniken) eher ergänzend zum Einsatz kommen. Dies wird auch noch einmal dadurch untermauert, dass sich die Links auf die Social-Media-Plattformen der Häuser vielfach am unteren Ende von Homepages befinden, und nicht prominenter oben auf der ersten Seite des Webauftritts.

5 Handlungsempfehlungen

Die Pflicht zur Nachhaltigkeitsberichterstattung bindet erhebliche zeitliche und monetäre Ressourcen. Die Verfügbarkeit eines Nachhaltigkeitsberichtes bietet gleichwohl große Chancen für die Kommunikation von Nachhaltigkeitsengagement, weil dieses gemäß den Berichtsvorgaben strukturiert erfasst wird. Diese Darstellung kann für die eigene Außenwirkung genutzt werden.

(Kommuniziertes) Nachhaltigkeitsengagement kann von Patient:innen und (potenziellen) Mitarbeiter:innen als qualitätserhöhend wahrgenommen werden und ein gutes Renommee als Leistungserbringer:in oder Arbeitgeber:in bewirken oder noch verbessern. Zur Ausschöpfung der Wirksamkeit von Nachhaltigkeitsengagements bedarf es adäquater Kommunikation. Die Kommunikation des Nachhaltigkeitsengagements von Krankenhäusern adressiert verschiedene Zielgruppen, wie Patient:innen und/oder deren Angehörige, (potenzielle) Arbeitnehmer:innen sowie die allgemeine Öffentlichkeit. Daher ist es besonders ratsam, die Kommunikation zielgruppengerecht und durchweg positiv auszugestalten und Chancen und Anreize wie auch Nutzenpotenziale aufzuzeigen. Eine zentrale Voraussetzung hierfür bildet eine strategische Planung und

Professionalisierung sowie die Berücksichtigung etablierter Nachhaltigkeitsstandards²⁹. Eine konsequent strategische Verankerung von Nachhaltigkeitsengagement innerhalb von Krankenhäusern unterstützt dieses Vorgehen. Nicht wenige Kliniken verfügen bereits über Nachhaltigkeits-Stabsstellen, so neben einigen untersuchten Kliniken u. a. die Universitätskliniken Jena und Würzburg und das Klinikum Stuttgart³⁰. Ein besonderes Potenzial besteht darin, Nachhaltigkeit in Bezug auf Soziales (S) und Governance (G) stärker in die Stabsstellenaktivitäten zu integrieren, die sich bislang (vorrangig) der ökologischen Nachhaltigkeit (E) widmen.

Eine weitere Chance für Krankenhäuser besteht darin, Nachhaltigkeitskommunikation nicht ausschließlich auf das Kerngeschäft der medizinischen Behandlung zu beziehen und auch hier alle drei Dimensionen der Nachhaltigkeit zu berücksichtigen. So kann eine grundlegend positive Außenwirkung von Krankenhäusern gefördert werden³¹. Darüber hinaus können sich Mitarbeiter:innen von Krankenhäusern selbst proaktiv in punkto Nachhaltigkeit engagieren und thematische Aktivitäten nach innen und nach außen tragen, indem sie als Multiplikator:innen agieren³². Dies können Krankenhäuser unterstützen, indem sie fördern, dass Nachhaltigkeitsdenken und -handeln in den beruflichen Alltag der Mitarbeitenden einfließt (bei der Versorgung von Patient:innen, bei der Pflege, bei neuen Projekten etc.)³³. Durch die Kommunikation nachhaltigen Handelns können zudem Adressat:innen selbst zu nachhaltigkeitsbezogenen Ver-

29 vgl. Kesting; Scherenberg, 2025, S. 42-43

30 vgl. Klinikum Stuttgart, 2025; Uniklinikum Würzburg, 2025; Universitätsklinikum Jena, 2025

31 vgl. Kesting; Scherenberg, 2025, S. 40

32 vgl. Kesting; Scherenberg, 2025, S. 56

33 vgl. Horneber et al., 2023, S. 64

ÜBERSICHT

haltensweisen bewogen werden und das Nachhaltigkeitsengagement des Krankenhauses im eigenen Alltag übernehmen. Beispiele hierfür wären z. B. Bewegungsmelder bei der Beleuchtung, Sparwasserhähne oder fleischarme Ernährung³⁴.

Die verhaltensökonomischen Grundlagen für nachhaltiges Verhalten werden durch Altruismus, globale Identität und Fairness sowie Reziprozität der Stakeholder gelegt. Diese Eigenschaften können für die eigene Außenwirkung der Krankenhäuser genutzt werden, indem direkt an sie appelliert wird. Andersherum empfiehlt es sich für Organisationen, auch eigene Fairness, eigenen Altruismus und ihre globale Identität herauszustellen, ohne Greenwashing zu betreiben. Letzteres bezeichnet eine irreführende Kommunikation von Organisationen, die ungerechtfertigterweise ein umweltfreundliches Verhalten vorgibt³⁵.

In der Gesamtbetrachtung ist es entscheidend, dass Nachhaltigkeitskommunikation ganzheitlich verstanden wird, d. h. alle drei ESG-Kriterien der Nachhaltigkeit abdeckt – Environment, Social und Governance³⁶. Die voranschreitende Professionalisierung des Nachhaltigkeitsengagements und die für (größere) Krankenhäuser bestehende Pflicht zur Nachhaltigkeitsberichterstattung reduzieren die Möglichkeiten, sich durch Nachhaltigkeitsaktivitäten und deren Kommunikation zu differenzieren.

Für kleinere Krankenhäuser gestaltet sich die Nutzung von Differenzierungspotenzial zumindest als etwas weniger herausfordernd, da die Messlatte geringer ist – gerade, wenn sie aufgrund ihrer Größe (noch) nicht zur Nachhaltigkeitsberichterstattung verpflichtet sind. Eine weitere Handlungsempfehlung ist darin zu sehen, die digitalen Kommunikati-

onskanäle stärker aufeinander abzustimmen und auch und gerade in den sozialen Medien aktuell zu halten. Dies bietet eine besondere Chance, die Gesamtheit der Anspruchsgruppen kommunikativ bedarfsgerecht zu erreichen.

6 Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass die Pflicht zur Nachhaltigkeitsberichterstattung für Krankenhäuser sowohl mit Aufwand als auch mit Chancen verbunden ist. Sie kann Impulsgeberin für weiteres Nachhaltigkeitsengagement sein, aus dem sich eine Imageverbesserung gegenüber insb. potenziellen Patient:innen und Mitarbeiter:innen wie auch der allgemeinen Öffentlichkeit resultieren kann. Um diesbezügliche Chancen zu nutzen ist es entscheidend, mit „rotem Faden“, transparent und wahrheitsgemäß wie auch positiv emotional ansprechend zum Themenbereich Nachhaltigkeit zu kommunizieren, um den Altruismus, die Fairness und die globale Identität der Stakeholder zu adressieren und sich selbst positiv darzustellen.

Nachhaltigkeit bedarf einer ganzheitlichen Betrachtung und strategischen Verankerung in Krankenhäusern. Durch das steigende Transparenzerfordernis wird es für die Häuser herausfordernder, sich durch besonderes Nachhaltigkeitsengagement zu profilieren. Letztlich kann gesteigertes Nachhaltigkeitsengagement stets eine besondere Chance sein. Da das Thema „freiwilliges Zusatzengagement“ nach wie vor präsent ist, kann hieraus ein Wettbewerbsvorteil erwachsen. Gleichwohl erhöht sich infolge der Berichterstattungspflicht die Messlatte, einen solchen Wettbewerbsvorteil zu realisieren. (Auch) für größere Kliniken empfiehlt es sich, verstärkt zu den Nachhaltigkeits-Kriterien Soziales und Governance zu kommunizieren und zudem auf über

das Kerngeschäft hinausgehende Nachhaltigkeitsaktivitäten und deren Kommunikation zu setzen. Insgesamt betrachtet kann das Nachhaltigkeitsengagement von Krankenhäusern einen zusätzlichen hohen gesellschaftlichen Mehrwert schaffen.

Die digitale Kommunikation von Nachhaltigkeitsengagement und eine engere, kanalübergreifende Verzahnung und Abstimmung bieten hier weiterführende Chancen, alle relevanten Anspruchsgruppen zu erreichen und zielgerecht zu adressieren.

Literatur

Europäische Kommission (2025). Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council amending Directives 2006/43/EC, 2013/34/EU, (EU) 2022/2464 and (EU) 2024/1760 as regards certain corporate sustainability reporting and due diligence requirements, https://finance.ec.europa.eu/document/download/161070f0-aca7-4b44-b20a-52bd879575bc_en?filename=proposal-directive-amending-accounting-audit-csrd-csddd-directives_en.pdf (Zugriff: 20.05.2025)

Europäisches Parlament (2025). Legislative Entschließung des Europäischen Parlaments vom 3. April 2025 zum Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinien (EU) 2022/2464 und (EU) 2024/1760 bezüglich der Termine, ab denen die Mitgliedstaaten bestimmte Anforderungen an die Nachhaltigkeitsberichterstattung und die Sorgfaltspflichten von Unternehmen erfüllen müssen, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-10-2025-0064_DE.html#title2 (Zugriff: 20.05.2025)

Balderjahn, I.; Specht, G. (2020). Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, 8., überarbeitete Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Beck, H. (2014). Behavioral Economics, Wiesbaden: Springer Gabler.

BMZ - Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2025). Nachhaltigkeit (nachhaltige Entwicklung). <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/nachhaltigkeit-nachhaltige-entwicklung-14700>, Zugriff: 25.04.2025.

Deutsche Presseagentur (dpa) 2024. Viele Krankenhäuser in Niedersachsen in Existenznöten: <https://www.dieniedersachsen.de/gesundheit/niedersachsens-krankenhaeuser-in-wirtschaftlicher-krise-sorgen-um-existenz-und-ve-2966641> Zugriff: 18.03.2025.

DKI (2022a). Factsheets Klimaschutzmaßnahmen im Krankenhaus: 2022-07-14_DKI_Factsheets_Klimaschutzmaßnahmen_final.pdf Zugriff 28.4.2025

34 vgl. DKI 2022a, S. 2, S.4, S. 6

35 vgl. Heinrich; Schmidtpeter, 2024, S. 8

36 vgl. Horneber et al., 2023, S. 64

DKI (2022b). Klimaschutz in deutschen Krankenhäusern: Status quo, Maßnahmen und Investitionskosten. <https://www.dki.de/forschungsprojekt/klimaschutz-in-deutschen-krankenhaeusern-status-quo-massnahmen-und-investitionskosten>. Zugriff: 25.04.2025.

DKI & imugresearch. (2024). Klinikreport Nachhaltigkeit. Wie weit sind Deutschlands Krankenhäuser? Düsseldorf, Hannover und Berlin. https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/Klinikreport-Nachhaltigkeit2024.pdf. Zugriff: 24.04.2025.

EU-Richtlinie (2022/2464) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Dezember 2022 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 537/2014 und der Richtlinien 2004/109/EG, 2006/43/EG und 2013/34/EU hinsichtlich der Nachhaltigkeitsberichterstattung von Unternehmen (Text von Bedeutung für den EWR). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32022L2464>, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32022L2464>. Zugriff: 18.03.2025

Europäische Union (2024). Amtsblatt der Europäischen Union 2024/90457: L_202490457DE.000101.fmx.xml (europa.eu) Zugriff: 02.04.2025.

Grunwald, G.; Schwill, J. (2022). Nachhaltigkeitsmarketing: Grundlagen – Gestaltungsoptionen – Umsetzung, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Handelsgesetzbuch (HGB). Handelsgesetzbuch in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-I, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 69) geändert worden ist, <https://www.gesetze-im-internet.de/hgb/index.html#BJNR002190897BJNE0006210360> Zugriff: 02.04.2025.

Heinrich, P.; Schmidpeter, R. (2024). Wirkungsvolle CSR-Kommunikation – Grundlagen. In: Heinrich, P. (Hrsg.): CSR und Kommunikation. Unternehmerische Verantwortung überzeugend vermitteln, 3. Aufl., Wiesbaden: Springer Gabler, S. 1-26.

Horneber, M.; Möller, C.; Tegtmeyer, C. (2023). Nachhaltigkeitsmanagement im Gesundheitswesen. Verantwortung für die Zukunft übernehmen, Stuttgart: Kohlhammer.

Kesting, T.; Scherenberg, V. (2025). Nachhaltigkeitskommunikation in der Gesundheitswirtschaft. Wie Sie nachhaltig agieren und glaubwürdig kommunizieren, Wiesbaden: Springer Gabler.

Klinikum Stuttgart (2025). Nachhaltigkeit am Klinikum Stuttgart. <https://www.klinikum-stuttgart.de/das-klinikum/ueber-uns/qualitaet/zertifizierungen/nachhaltigkeit> Zugriff: 28.04.2025. Kraut, R. (2025). Altruism. In: Zalta, E.; Nodelman, U. (Hrsg.): The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2025 Edition); <https://plato.stanford.edu/archives/spr2025/entries/altruism/>. Zugriff: 17.03.2025

Kreutzer, R. T. (2023a). Der Weg zur nachhaltigen Unternehmensführung, Wiesbaden: Springer Gabler.

Kreutzer, R. T. (2023b). Kreislaufwirtschaft. Wie Projektplanung und Umsetzung gelingen, Wiesbaden: Springer Gabler.

Loßin, A.; Kesting, T.; Schubert, R. (2024). Wird der Nachhaltigkeitsbericht zum Gamechanger in der Klimakommunikation? Auswirkungen der obligatorischen Nachhaltigkeitsberichterstattung auf die Kommunikation und Durchführung von Klimaschutzaktivitäten von Krankenhäusern. In: das Krankenhaus 11.2024, S. 990-994.

Reese, G.; Hamann, K. S.; Menzel, C.; Drews, S. (2018). Soziale Identität und nachhaltiges Verhalten. In: Schmitt, C. T.; Bamberg, E. (Hrsg.): Psychologie und Nachhaltigkeit, Konzeptionelle Grundlagen, Anwendungsbeispiele und Zukunftsperspektiven. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 47-56.

Scherenberg, V.; Kesting, T. (2023). Marketing meets Sustainability. Im multiplen Spannungsfeld stichhaltig kommunizieren. In: Health & Care Management, 14(7), S. 60-63.

Schubert, R.; Lender, M.-C.; Asjoma, C. (2024). Nachhaltigkeitsberichterstattung in Krankenhäusern - Ein Leitfaden zur Umsetzung und Erfüllung der CSRD, Stuttgart: Kohlhammer.

Thommen, J.-P.; Achleitner, A.-K.; Gilbert, D. U.; Hachmeister, D.; Jarchow, S. & Kaiser, G. (2023). Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. Umfassende Einführung aus managementorientierter Sicht, 10., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.

Umweltbundesamt (2025). Einheitliche EU-Standards für die Umwelt- und Nachhaltigkeitsberichterstattung. <https://www.umweltbundesamt.de/umweltberichterstattung-berichtsstandards#einheitliche-eu-standards-fur-die-umwelt-und-nachhaltigkeitsberichterstattung> Zugriff: 28.04.2025.

Uniklinikum Würzburg (2025). Nachhaltigkeit am UKW. <https://www.ukw.de/klinikumsleitung-und-verwaltung/stabsstelle-nachhaltigkeit/startseite/> Zugriff: 28.04.2025.

Universitätsklinikum Jena (2025). Stabsstelle Umweltschutz und Nachhaltigkeit. <https://www.uniklinikum-jena.de/umweltschutz/> Zugriff: 28.04.2025.

Vereinte Nationen (2015). Resolution der UN-Generalversammlung vom 25.09.2015: Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. <https://www.un.org/Depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf> Zugriff: 25.04.2025.

Vereinte Nationen (2024). Ziele für nachhaltige Entwicklung. <https://unric.org/de/17ziele/> Zugriff: 24.04.2025.

Zalta, E.; Nodelman, U. (Hrsg.), The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2025 Edition); <https://plato.stanford.edu/archives/spr2025/entries/altruism/>. Zugriff: 17.03.2025.

Autoren:

Prof. Dr. Tobias Kesting
Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Marketing und Innovation
Fachbereich Public Health und Umweltgesundheit
APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft
Universitätsallee 18, 28359 Bremen

Prof. Dr. rer. pol. Astrid Loßin,
MHMM
Professorin für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre
Studiengangsleitung Bachelor und Master Gesundheitsökonomie
Fachbereich Gesundheitswirtschaft
APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft
Universitätsallee 18, 28359 Bremen

René Schubert,
Geschäftsführer DKTIG
Humboldtstr. 9
04105 Leipzig

Jan-Philipp Beck | Ann-Sophie Kuschel | Bettina Brennecke

Von der Kosten- zur Nutzenperspektive

Ergebnisse der Vintura-Studie zum Wert von Arzneimittelinnovationen

1. Einleitung

Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD für die 21. Legislatur mit dem Titel „Verantwortung für Deutschland“ ist am 9. April 2025 der Öffentlichkeit vorgestellt worden. In den Abschnitten Gesundheits-, Forschungs-, Wirtschafts- und Finanzpolitik findet sich jeweils ein Bekenntnis zu den Bereichen Pharma und Biotechnologie als **Schlüsselindustrie**, die Absicht, diese zu fördern und Deutschland zum weltweit innovativsten Standort zu entwickeln. Hierzu wird u.a. die bereits in der letzten Legislatur aufgesetzte „Nationale Pharmastrategie“ fortgeführt. Auch in der EU widmet man sich seit geraumer Zeit der Frage, wie die Wettbewerbsfähigkeit der forschenden Pharmahersteller gestärkt werden kann, um weiterhin die Rolle als Wirtschaftsmotor und wichtiger Teil einer geopolitischen Resilienzstrategie einzunehmen. Der monetäre **Wertbeitrag** der forschenden Arzneimittelhersteller **für die Forschung** und volkswirtschaftliche Wertschöpfung hierzulande ist gut dokumentiert – allein die im Verband der forschenden Arzneimittelhersteller organisierten Unternehmen wenden jährlich rund 10 Mrd. Euro für Forschung und Entwicklung auf, bei der Forschungsintensität schlägt die Branche mit 15 % sämtliche anderen High-Tech-Industrien.¹ Jedoch hat sie im globalen Wettbewerb

1 Ausgaben gemessen am Umsatz; vfa-kearney-pharma-innovationsstandort-deutschland.pdf

relativ zu anderen Märkten, z.B. bezogen auf klinische Studien, in Rankings an Plätzen eingebüßt – ein Umstand, dem das Medizinforschungsgesetz entgegenwirken will.²

Die Pharmaindustrie trägt jährlich mit über 60 Mrd. Euro zum Bruttoinlandsprodukt bei und hat rund 130.000 Beschäftigte.³ Die **Wirtschaft** in Deutschland profitiert von ihr als einem **Stabilitätsanker**, der nicht nur einen attraktiven ökonomischen Fußabdruck hinterlässt,⁴ sondern auch einen Strukturwandel Richtung wissensbasierten und CO₂-armen Industrien unterstützt.

Das eigentliche Leitbild der forschenden Arzneimittelindustrie jedoch manifestiert sich darin, welchen individuellen **gesundheitlichen Nutzen** Innovationen für Patient:innen und deren sozialem Umfeld sowie Gesellschaft – durch höhere Überlebensraten, Linderung von Symptomen, Verbesserung der Lebensqualität oder Prävention von Erkrankungen – stiften. Innovationen resultieren zudem in Finanz- und Ressourceneinsparungen für das Gesundheitssystem, z.B. durch Vermeidung von Krankenhausaufenthalten sowie dem Arbeitsmarkt durch Erhalt der Arbeitskraft und Steigerung der Produktivität.

2 Auch der europäische Anteil an den globalen Forschungsausgaben der Pharmaindustrie ist in den letzten 20 Jahren um 25 % gesunken.

3 BPI Pharma Daten, 2024

4 <https://www.vfa.de/de/wirtschaft-standort/macroscope/macroscope-oekonomischer-fussabdruck-pharmaindustrie>

Eine von den Mitgliedsfirmen des LAWG Deutschland e.V.⁵ in Auftrag gegebene Studie hat untersucht, welchen Effekt die Forschungsreise der letzten zwei bis drei Dekaden – am Beispiel von zehn verschiedenen Indikationsfeldern sowie im Bereich Impfstoffe – auf die Gesundheit von Patient:innen bzw. Versicherten aufweist. Sie zeigt, dass medizinische Innovationen dazu beigetragen haben, Krankheiten präventiv zu verhindern, sie zu lindern, das Leben verlängern und die Rückkehr in Beruf und soziale Teilhabe zu ermöglichen.

2. Wert von Innovationen

Seit den 1950er Jahren ist die Lebenserwartung in Deutschland deutlich gestiegen, und zwar um 14 Jahre. 40% davon ist auf die Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel zurückzuführen. Als Beispiele für lebensrettende Therapien und Prophylaxe sind Antibiotika, Krebs- und Herzkreislauf-Therapien sowie Impfungen wie gegen Covid-19 zu nennen.

Fast durchgehend sind die heutigen Medikamente und Impfstoffe das Ergebnis einer Abfolge von Forschungsergebnissen über zwei bis drei Dekaden. Ein medizinischer Durchbruch bildet hier eher die

5 Verein von 17 in den USA, Europa oder Japan beheimateten Unternehmen, die die deutsche Forschungs-, Wirtschafts- und Gesundheitspolitik aus globaler Perspektive betrachten und sich für einen angemessenen Patientenzugang zu Innovationen und starken Pharmastandort einsetzen. www.lawg-deu.de

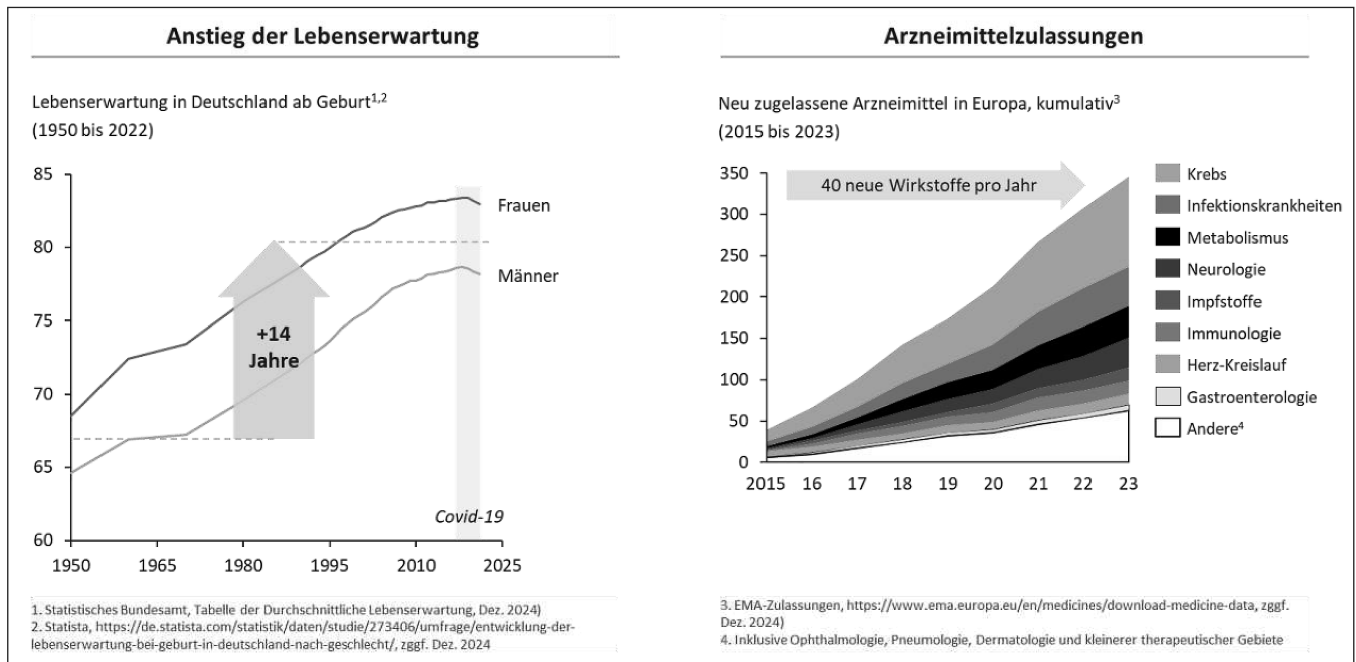


Abbildung 1: Anstieg der Lebenserwartung und Zulassung neuer Arzneimittel

Ausnahme – so, wie auch die Verringerung der Sterblichkeit durch Autounfälle über eine Reihe von Neuerungen von ABS, Beifahrer-Airbag und Spurhalteassistent von 2,5% im Jahr 1950 auf heute 0,1% bei steigenden Unfallzahlen erreicht wurde.⁶

Pro Jahr bereichern im Schnitt 40 neue Wirkstoffe das Behandlungsarsenal von Ärzten (vgl. Abbildung 1). Die etwa gleiche Zahl verliert den Patentschutz und tritt ins „Welterbe der Pharmazie“ mit nunmehr insgesamt 10.000 Wirkstoffen ein und ermöglicht kostengünstige Verordnungen von Generika und Biosimilars. Damit die langwierigen, risikobehafteten und teuren Forschungsreisen für niedrigere Mortalitätsraten, symptomfreieres Leben und schnellere Genesung weitergehen, müssen ausreichend Anreize zur Entwicklung von Innovationen gesetzt sein. Die nachfolgenden Indikationsbeispiele belegen anhand von Daten, welche Sprünge durch viele inkrementelle Entwicklungen möglich wurden.

6 Statistisches Bundesamt: Verkehrsunfälle in Deutschland (2024)

2.1 Prävention als effektivste Investition in die Gesundheit: Wirksamer Schutz durch immer bessere Impfungen

Der gesellschaftliche Nutzen von Impfungen ist weit größer als deren direkte Kosten. Impfprogramme bieten nicht nur gesundheitliche, sondern auch erhebliche wirtschaftliche und soziale Vorteile. Impfungen verhindern Krankheiten, oder deren schweren Verlauf, reduzieren die Sterblichkeit und verbessern die Lebensqualität, insbesondere bei älteren Erwachsenen und Menschen mit chronischen Erkrankungen. Dies führt zu einer Verringerung der Belastung des Gesundheitssystems unter anderem durch Kosteneinsparungen durch vermiedene Krankenhausaufenthalte und Notfallbehandlungen. Darüber hinaus tragen Impfprogramme zur Produktivität bei, indem sie Arbeitsausfälle und die Belastung von Pflegekräften reduzieren. Dies hat positive Auswirkungen auf die Wirtschaft und die Gesellschaft insgesamt.

Studien zeigen, dass die finanziellen Vorteile von Impfprogrammen in der Regel

die Kosten um ein Vielfaches übersteigen.⁷ Beispielsweise können Impfprogramme das bis zu 19-fache der ursprünglichen Investition an Mehrwert generieren.⁸ Impfstoffe haben eine lange und vielfältige Innovationsgeschichte (vgl. Abbildung 2). In den letzten 50 Jahren wurden durch weltweite Impfmaßnahmen schätzungsweise 154 Millionen Menschenleben gerettet – das entspricht 6 Menschenleben in jeder Minute in jedem Jahr. Die überwiegende Mehrheit der geretteten Leben – rund 100 Millionen – waren die von Säuglingen.⁹

Die **HPV-Impfung** (Humanes Papillomavirus) – die erste Impfung gegen Krebs überhaupt – ist eine jüngere Erfolgsgeschichte und heute essenzieller Bau-

7 El Banhawi H., Chowdhury S., Neri M., Radu P., Besley S., Bell E., Brassel S., Steuten L., 2024. The Socioeconomic Value of Adult Immunisation Programmes. OHE Contract Research Report: Office of Health Economics. Available at: <https://www.ohe.org/publications/the-socio-economic-value-of-adult-immunisation-programmes/>

8 Ebenda

9 Andrew J et al, 2024, Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization Shattock, The Lancet, Volume 403, Issue 10441, 2307 - 2316

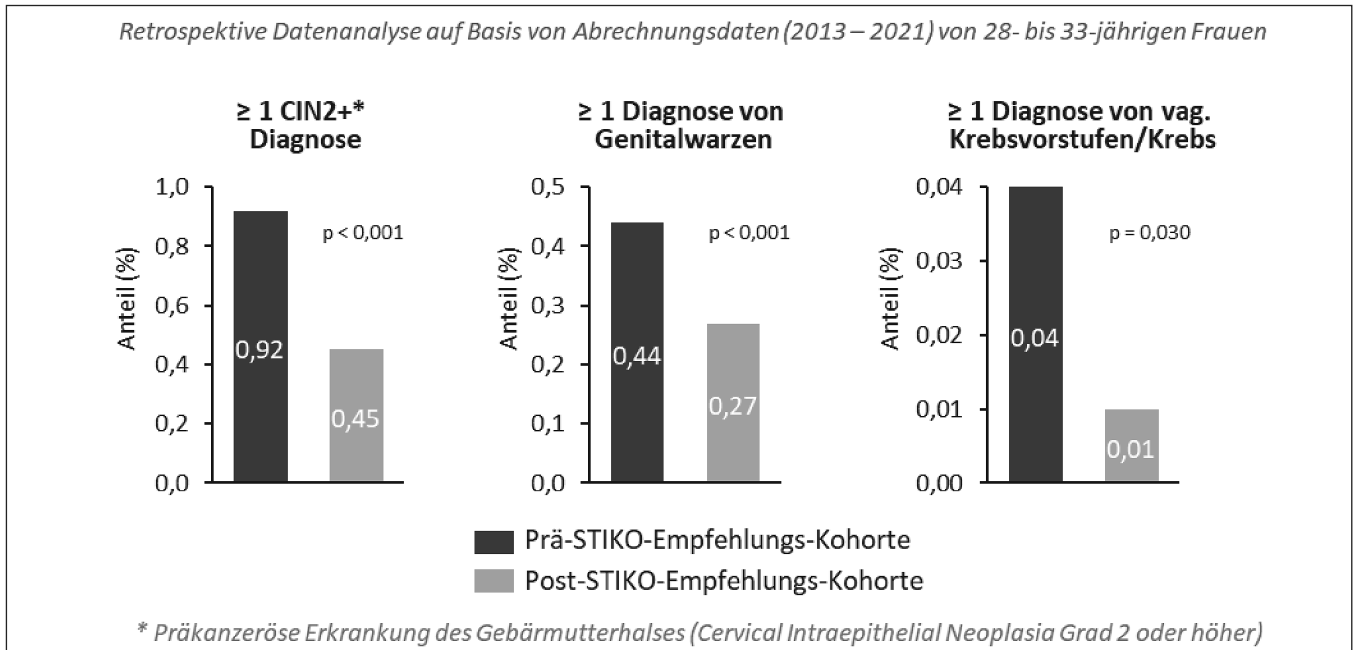


Abbildung 3: Signifikanter Rückgang bestimmter HPV-assoziiertes Erkrankungen bei Frauen in der impfberechtigten Kohorte in Deutschland

MS-Patient:innen war vor Erreichen des Rentenalters teilweise oder vollständig arbeitsunfähig, und schwere Fälle wurden häufig pflegebedürftig.¹⁶ Heutzutage gibt es eine Vielzahl neuer Medikamente, die helfen, die Krankheit zu stabilisieren und das Fortschreiten der Behinderung zu verlangsamen. Diese neuen Medikamente

16 Flachenecker et al. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 2020

haben die Häufigkeit schwerer Behinderungen 15 Jahre nach der Diagnose von etwa 40 % auf etwa 10 % reduziert^{17,18} (vgl. Abbildung 4). Dank dieser neuen Thera-

17 Cree et al., Long-term evolution of multiple sclerosis disability in the treatment era. Ann Neurol. 2016 Oct;80(4):499-510.

18 Weinschenker et al. The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study. 2. Predictive value of the early clinical course. Brain. 1989 Dec;112 (Pt 6):1419-28.

pien können MS-Patient:innen heute ein aktives Arbeitsleben führen, was früher oft nicht möglich war.

Auch die neuen Therapien der **Hämophilie** haben das Leben Betroffener fundamental zum Positiven verändert. Hämophilie ist eine genetisch bedingte

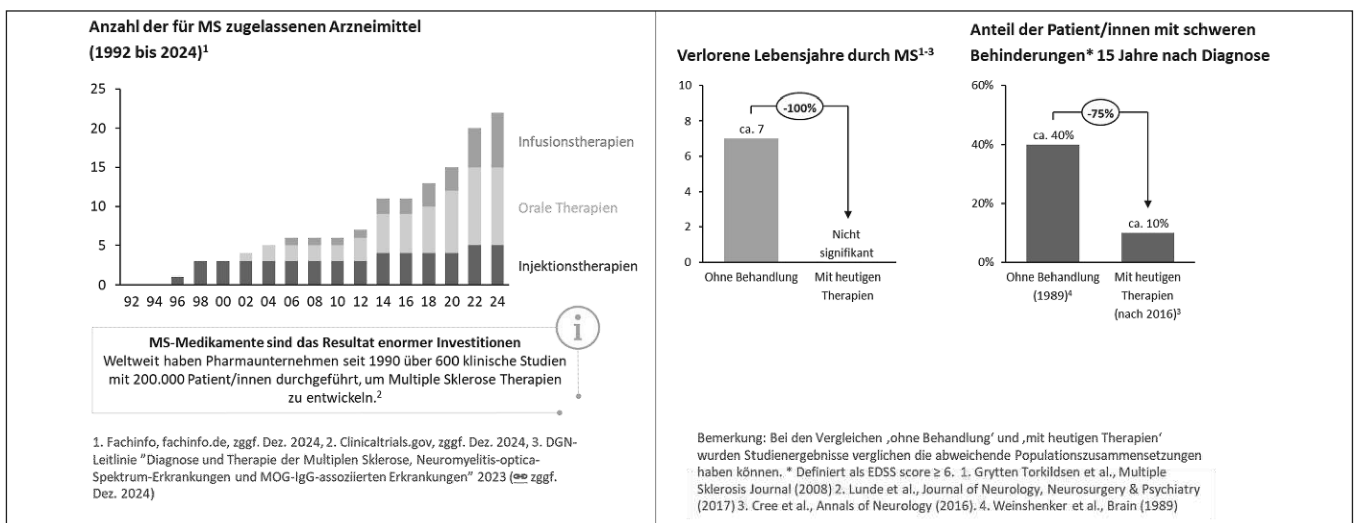


Abbildung 4: Verbesserung von Mortalität und Morbidität bei Patient:innen mit MS und Arzneimittelzulassungen

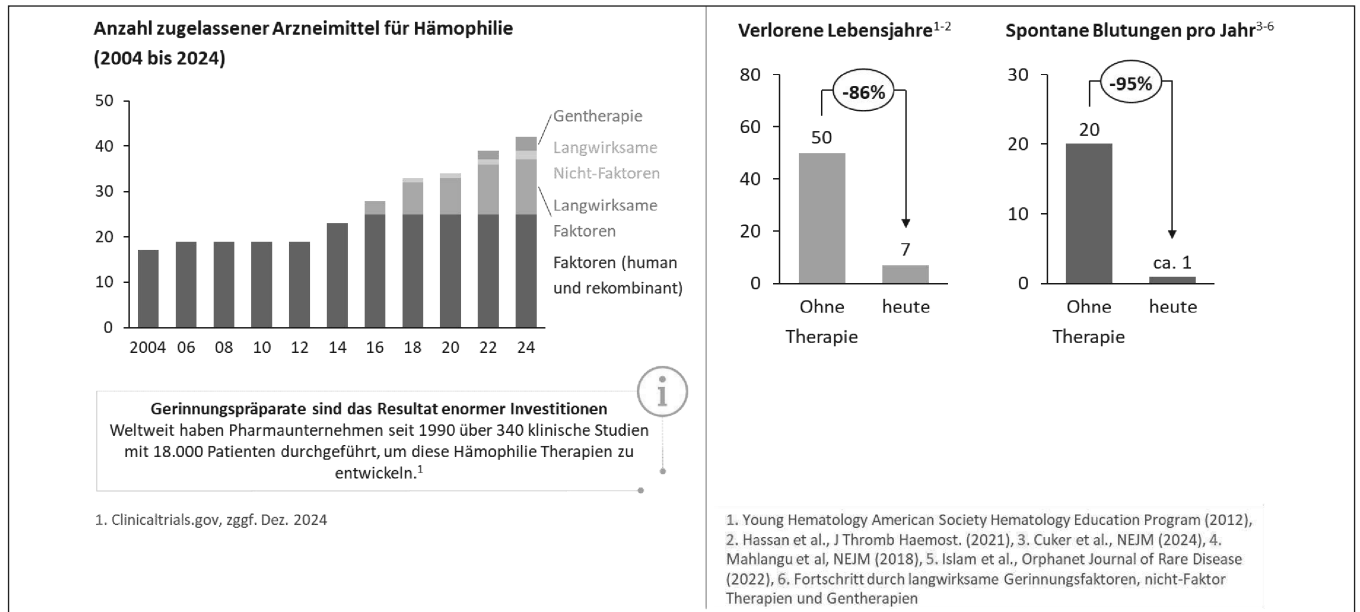


Abbildung 5: Längeres Leben und bessere Lebensqualität bei Patient:innen mit Hämophilie und Arzneimittelzulassungen

Blutgerinnungsstörung,¹⁹ die fast ausschließlich Jungen betrifft.²⁰ Kinder mit Hämophilie müssen früh lernen, dass sie nicht aktiv mitspielen dürfen und werden oft ausgegrenzt. Die Krankheit führt zu verlängerten Blutungen nach Verletzungen oder Operationen sowie zu spontanen Blutungen, insbesondere in Gelenken und Muskeln, was das Leben der Betroffenen stark einschränkt. Seit 2016 gibt es langwirksame Blutgerinnungspräparate, und seit 2022 sogar Gentherapien. Diese neuen Medikamente ermöglichen eine stabilere Einstellung der Blutgerinnung, sodass die Patient:innen besser am Leben teilnehmen und sogar Hochleistungssport betreiben können. Mit Hilfe von Gentherapien entfällt bei den meisten Patient:innen sogar die regelmäßige Behandlung, was ihre Lebensqualität erheblich verbessert. Die Anzahl der spontanen Blutungen pro Jahr

konnte durch diese Therapien von etwa 20 auf ca. 1 reduziert werden (Abbildung 5). **Psoriasis**, auch Schuppenflechte genannt, ist eine immunvermittelte Systemerkrankung, die sich in erster Linie durch rote, schuppige Hautstellen bemerkbar macht, jedoch auch die inneren Organe betrifft. Sie ist häufig: 2 Millionen Menschen sind betroffen, von denen 60% medikamentös behandelt werden müssen.²¹ Menschen mit Psoriasis leiden oft psychisch stark unter ihrer Erkrankung.²² Wegen der körperlichen Entstellung verstecken viele ihre Haut oder ziehen sich ganz aus dem sozialen Leben zurück. Etwa 20% der Patient:innen können nicht oder nur teilweise arbeiten. Seit 2005 sind 13 Antikörpertherapien auf den Markt gekommen, die die Überreaktion des Immunsystems gezielt regulieren. Durch diese Therapien können die meisten Patient:innen so gut behandelt werden, dass die Symptome komplett oder fast komplett ver-

schwinden. Der Anteil der Patient:innen, bei denen die Symptome zu mehr als 90% verschwinden, ist von 14,7% im Jahr 1990 auf über 90% heute gestiegen (Abbildung 6). Dies hat nicht nur physische, sondern auch psychische Vorteile, da die soziale Stigmatisierung und das emotionale Leiden deutlich reduziert werden.

2.3 Schritt für Schritt den Kampf gegen Krebs gewinnen

In den letzten Jahrzehnten wurden auch bedeutende Fortschritte in der Krebstherapie erzielt, unter anderem bei Brustkrebs, Leukämie und Multiplem Myelom. Diese Innovationen haben die Überlebensraten der Patient:innen erheblich verbessert (Abbildung 7).

Brustkrebs ist die häufigste Krebsart bei Frauen, mit etwa 75.000 Frauen und 700 Männern, die jährlich diagnostiziert werden.²³ **Leukämie** hingegen bezeichnet eine Gruppe von Blutkrebsarten. Sie betrifft sowohl Kinder als auch ältere Menschen, mit etwa 13.500 neuen Dia-

19 Paul-Ehrlich-Institut, <https://www.pei.de/DE/newsroom/pm/jahr/2021/02-haemophilie-a-epidemiologische-herausforderungen-zukunft.html>, zggf. Mai 2025

20 Roche Frauen mit Hämophilie, <https://www.roche.com/stories/women-with-haemophilia>, zggf. Mai 2025

21 Hagenström et al., JDDG, 2024, Prävalenz der Psoriasis und Psoriasis-Arthritis in Deutschland – Analyse von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung

22 Hedemann et al., General Hospital Psychiatry, 2022

23 Brustkrebs, DKFZ – Krebsinformationsdienst, <https://www.krebsinformationsdienst.de/brustkrebs.zggf. Dez. 2024>

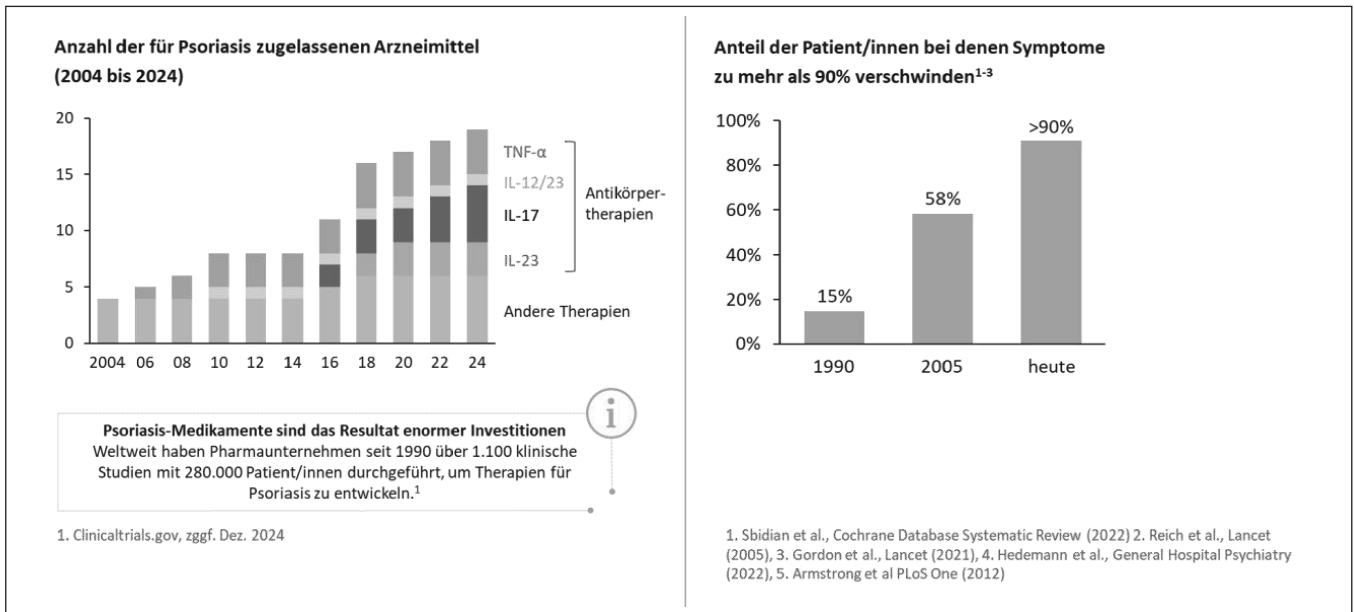


Abbildung 6: Linderung der Symptome bei Patient:innen mit Psoriasis und Zulassung neuer Arzneimittel

gnosen pro Jahr.²⁴ Das **Multiple Myelom** ist eine seltene Krebserkrankung des Knochenmarks, die jährlich etwa 7.000 neue Diagnosen verzeichnet.²⁵ Dank personalisierter Therapien, die auf genetische Biomarker wie BRCA-Mutationen oder HER2/Östrogen-Rezeptor-Expression abzielen, konnten die Behandlungsergebnisse bei Brustkrebs deutlich

verbessert werden. Diese gezielten Therapien greifen spezifische Veränderungen in den Tumorzellen an und ermöglichen eine individuelle Anpassung der Behandlung. Die 5-Jahres-Überlebensrate für Brustkrebspatientinnen ist von 60% im Jahr 1975 auf über 90% heute gestiegen. Die Einführung zielgerichteter Therapien wie Antikörper und CAR-T-Zellen hat auch die Überlebensraten bei Leukämie erheblich ansteigen lassen. Die 5-Jahres-Überlebensrate für Leukämiepatient:innen hat sich seit den 1970er Jahren verdoppelt.

Heute können etwa 60% der Patient:innen geheilt werden. Moderne Therapien wie Proteasom-Inhibitoren, Antikörpertherapien, Immunmodulatoren und CAR-T-Zelltherapien haben schließlich auch das Überleben der Patient:innen mit Multiplem Myelom dramatisch verbessert (Abbildung 7).

24 Krebs in Deutschland, https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_node.html, zggf. Dez. 2024
25 Ebenda

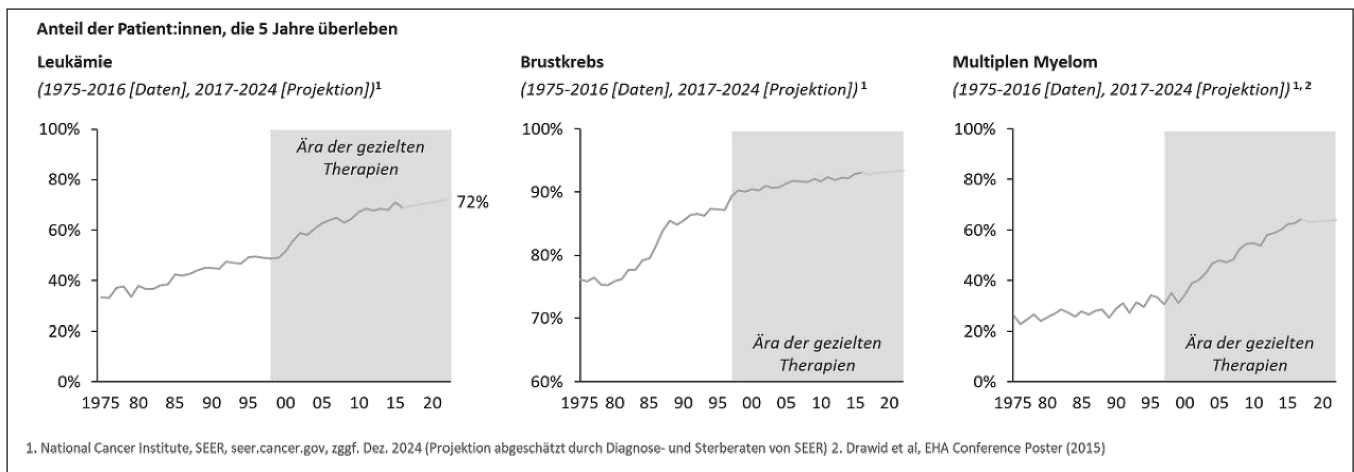


Abbildung 7: 5-Jahres-Überlebensraten - Brustkrebs, Leukämie und Multiples Myelom

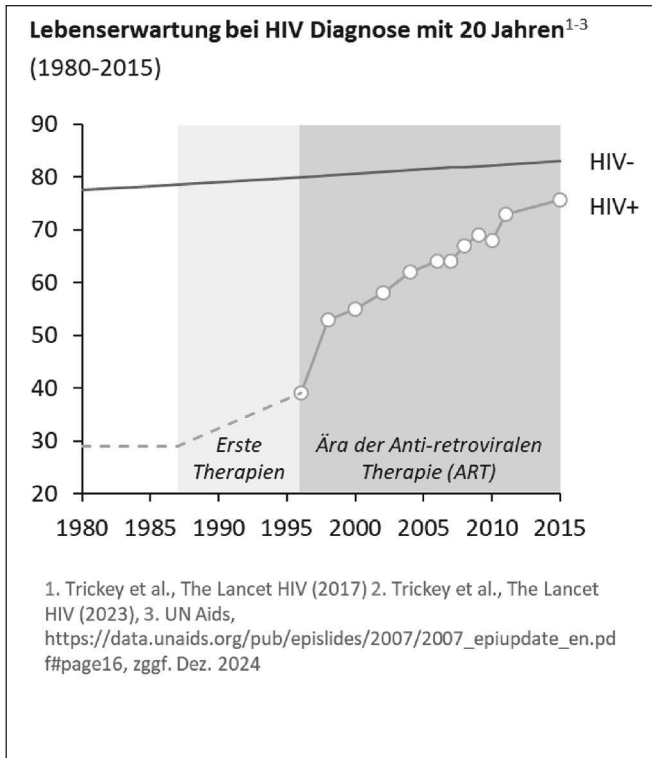


Abbildung 8: Lebenserwartung bei HIV

2.4 Infektionskrankheiten den Schrecken nehmen und besiegen

In den letzten Jahrzehnten wurden auch bedeutende Fortschritte in der Behandlung von Infektionskrankheiten wie Infektionen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (**HIV**) und **Hepatitis C** erzielt. Diese Innovationen haben die Lebensqualität und Überlebensraten der Patient:innen sprunghaft ansteigen lassen (vgl. Abbildung 8).

Dank moderner antiretroviraler Therapien (ART) können HIV-positive Menschen heute ein nahezu normales Leben führen. Diese Therapien unterdrücken die Viruslast im Körper, verhindern die Ausbreitung des Virus und ermöglichen es den Patient:innen, ein aktives und gesundes Leben zu führen. Die Einführung von ART hat die Sterblichkeitsrate bei HIV-Patient:innen drastisch reduziert und die Lebensqualität erheblich ver-

bessert (vgl. Abbildung 9, „HIV+“). Die Lebenserwartung von HIV-Patient:innen liegt heute nahe der der Allgemeinbevölkerung (vgl. Abbildung 9, „HIV-“). Auch Hepatitis C ist eine virale Erkrankung, die zu schweren Leberschäden und Leberkrebs führen kann.^{26,27} Früher war die Behandlung von Hepatitis C langwierig und mit vielen Nebenwirkungen verbunden. Seit 2014 gibt es jedoch neue direkt wirkende antivirale Medikamente (DAAs), die das Virus in den meisten Fällen innerhalb von 8 bis 12 Wochen vollständig eliminieren können. Diese Medikamente haben die Heilungsrate von Hepatitis C auf über 95 % erhöht und die Behandlung revolutioniert (vgl. Abbildung 10). Die Patient:innen können nach der Therapie ein normales Leben führen,

26 RKI Ratgeber Hepatitis C, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisC.html, zggf. Dez. 2024

27 De Ledinghen et al, Annals of Hepatology (2019)

Applikation und Nebenwirkungen¹⁻³

Neue Medikamente sind einfacher einzunehmen....

Für die tägliche HIV-Therapie genügt heute in den meisten Fällen eine Tablette (rechte Hand) im Gegensatz zu dem Tablettencocktail der 1990er-Jahren (linke Hand)

...und haben deutlich weniger Nebenwirkungen

Nebenwirkungen der frühen Generation an Arzneimitteln wie Schmerzen, Übelkeit oder entstellende Fetteinlagerungen (Lipoathrophie) treten heute gar nicht mehr bis deutlich reduziert auf

1. Singhanian & Kotler HIV/AIDS (2011), 2. American Council on Science and Health, <https://www.acsh.org/news/2013/09/23/aids-the-news-just-keeps-getting-better>, zggf. Dez. 2024, 3. RKI HIV, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HIV_AIDS.html#doc2374480bodyText2, zggf. Dez. 2024

Abbildung 9: Verbesserungen bei der Applikation und Verträglichkeit der Therapien

ohne die ständige Angst vor Leberschäden oder Leberkrebs.

2.5 Chronische Erkrankungen besser kontrollieren

Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland.

Diabetes ist eine Stoffwechselerkrankung, die zu einem erhöhten Blutzuckerspiegel führt. In Deutschland sind etwa 340.000 Menschen von Typ 1 und 9 Millionen von Typ 2 Diabetes betroffen.²⁸ Typ 1 Diabetes ist eine angeborene Autoimmunerkrankung, während Typ 2 Diabetes durch ungesunde Lebensweise und genetische Veranlagung erworben wird. Diabetes kann zu schwerwiegenden Komplikationen wie Amputationen, Nervenschäden und Seh-

28 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024, https://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht_2024_endversion.pdf, zggf. Dez. 2024

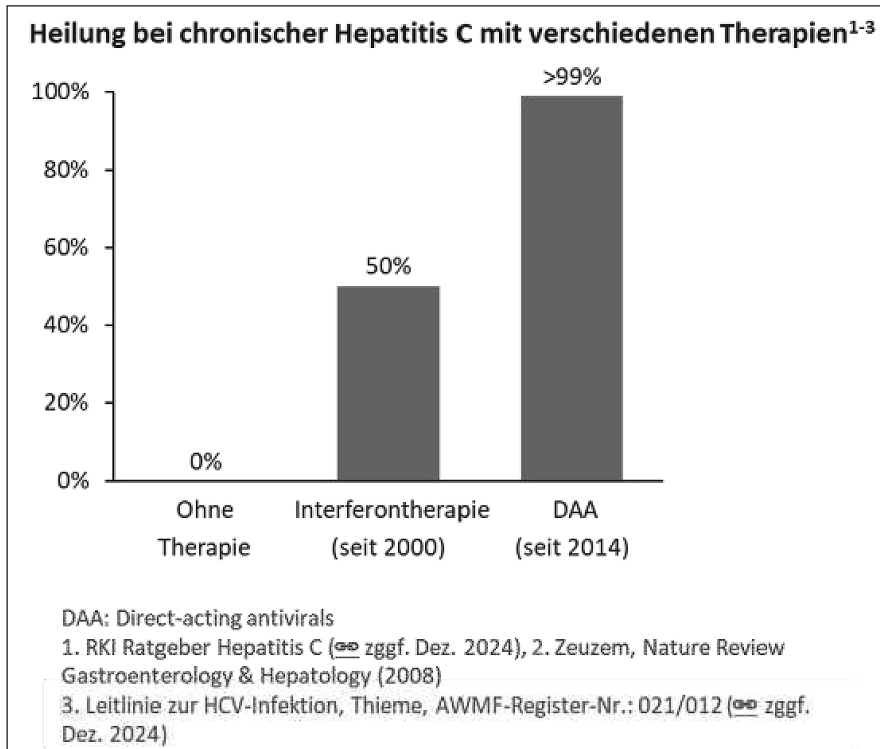


Abbildung 10: Verbesserung der Heilungschancen bei Hepatitis C

störungen führen.^{29,30} Seit 2006 sind vier neue Medikamentenklassen auf den Markt gekommen, die die Begleiterkrankungen und Komplikationen des Typ 2 Diabetes

deutlich verbessert haben. Diese Medikamente haben die verlorenen Lebensjahre durch Typ 2 Diabetes um 71 % reduziert (vgl. Abbildung 11). Die Lebensqualität der Patient:innen hat sich positiv entwickelt, da sie heute gezielt behandelt werden und weniger unter Komplikationen leiden.

29 Nathan, D. M. et al NEJM (1993)

30 Tomic et al., Lancet (2022)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind eine heterogene Gruppe von sehr häufigen und einigen seltenen Erkrankungen, die das Herz und die Blutgefäße betreffen.³¹ Sie sind die Todesursache von jedem dritten Verstorbenen in Deutschland.³² Zwischen den 1980er und 2000er Jahren wurden eine Reihe innovativer Prophylaxe-Medikamente auf den Markt gebracht, die heute für viele Menschen überlebenswichtig sind. Diese Medikamente haben das Sterberisiko durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 43 % reduziert. Jährlich werden in Deutschland rund 20 Milliarden Tagesdosen an Herz-Kreislauf-Medikamenten verordnet, die meisten davon kosten weniger als 20 Cent pro Tag.³³ Die breite Verschreibung dieser Medikamente hat die Sterberate und Hospitalisierungsrate in etwa halbiert. Dennoch besteht Bedarf an mehr Frühdiagnostik und besseren Medikamenten, um die Krankheitslast weiter zu reduzieren.

31 Deutscher Herzbericht, 2024, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00398-024-00678-7>, zggf. Dez. 2024

32 Ebenda

33 Arzneiverordnungsreport 2023, <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-68371-2>, zggf. Dez. 2024

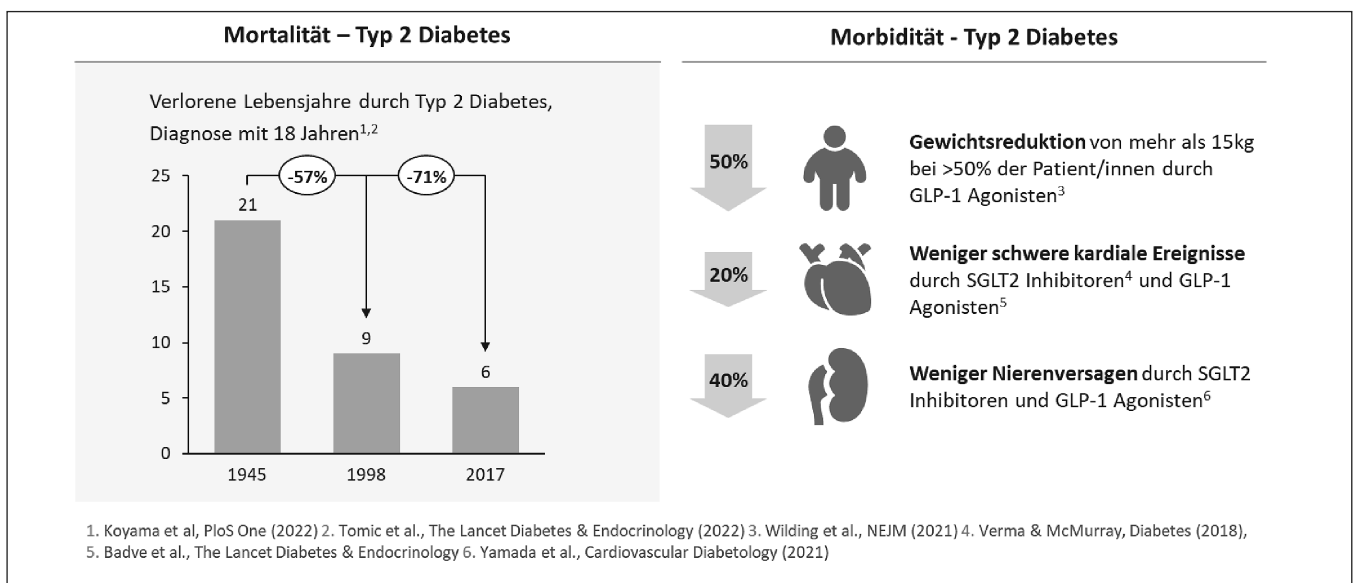


Abbildung 11: Entwicklung von Morbidität Mortalität bei Patient:innen mit Diabetes Typ 2

ZUR DISKUSSION GESTELLT

Indikation	Anzahl der Studien	Zeitraum	Anzahl der Patient:innen
Multiple Sklerose	600	seit 1990	200.000
Diabetes	3.200	seit 2004	1.000.000
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	4.300	seit 1990	2.800.000
Psoriasis	1.100	seit 1990	280.000
Hämophilie	340	seit 1990	18.000
HIV	1.000	seit 1990	200.000
Hepatitis C	870	seit 1990	170.000
Brustkrebs	2.200	seit 1990	550.000
Leukämien	1.800	seit 1990	180.000
Multiples Myelom	800	seit 1990	100.000

Tabelle 1: Abgeschlossene klinische Studien in den 10 Indikationen

3. Abgeschlossene und aktuelle Forschungsanstrengungen

Die Fortschritte in der Behandlung in den 10 Indikationen sind das Ergebnis intensiver Forschungs- und Entwicklungsbestrebungen. Pharmaunternehmen haben weltweit tausende klinische Studien durchgeführt (vgl. Tabelle 1), um neue Therapien zu entwickeln und die Lebensqualität der Patient:innen zu verbessern.³⁴ Jedoch: Deutschland steht vor erheblichen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Bis 2050 wird erwartet, dass die Diagnosen von Demenzerkrankungen wie Alzheimer und Parkinson um etwa 60 %³⁵ steigen werden. Gleichzeitig wird die Anzahl der Diabetesdiagnosen um 47 % zunehmen.³⁶ Auch die Krebs-

diagnosen werden um 40 % ansteigen,^{37,38} sowohl durch die Alterung der Bevölkerung als auch durch unerklärte Zunahmen bei jüngeren Menschen. Darüber hinaus leiden etwa 3–4 Millionen Deutsche an seltenen Erkrankungen, von denen 95 % derzeit unbehandelbar sind.³⁹ Um diesen Herausforderungen zu begegnen, investiert die Pharmaindustrie jährlich etwa 300 Milliarden Euro weltweit in Forschung und Entwicklung.⁴⁰

Die Investitionen in die pharmazeutische Forschung konzentrieren sich auf Therapiegebiete mit dem höchsten ungedeckten Bedarf, wie neuronale Erkrankungen, Krebserkrankungen und seltene Erkrankungen, um neue und wirksamere Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln (vgl. Abbildung 12). Die Vintura-Studie liefert exemplarische Beispiele

- **Mehr Heilung möglich:** Forscher arbeiten daran, Menschen mit Typ 1 Diabetes durch genetische Modifikationen eine Heilung zu ermöglichen, indem sie die Insulinproduktion wiederherstellen.⁴¹ Gentherapien bieten auch das Potenzial, Hämophilie zu heilen, indem sie die Produktion der fehlenden Gerinnungsfaktoren im Körper ermöglichen, um den Patient:innen ein Leben ohne die ständige Belastung durch ihre Krankheit zu ermöglichen.⁴²
- **Besser wirksame und besser verträgliche Medikamente:** Langwirksame antiretrovirale Medikamente, wie breitneutralisierende Anti-HIV-Antikörper, haben das Potenzial, die HIV-Therapie zu revolutionieren,⁴³ indem sie die Häufigkeit der Dosierung reduzieren und die Lebensqualität der Patient:innen verbessern. Die Entwicklung von Doppel- und Dreifach-Agonisten zielt darauf ab, die Wirksamkeit der Diabetes-Therapie zu verbessern und möglicherweise zur Remission von Typ 2 Diabetes zu führen.⁴⁴ Die nächste Generation von Blutgerinnungshemmern, wie Faktor XI-Inhibitoren, verspricht weniger Infarkte und Thrombosen bei gleichzeitig geringem Blutungsrisiko.⁴⁵ Neue krankheitsmodifizierende Wirkstoffe, wie BTK-Inhibitoren, zielen darauf ab, die Entzündung im zentralen Nervensystem besser zu kontrollieren und das schubunabhängige Fortschreiten

41 Novo Nordisk, 2018, <https://www.novonordisk.com/disease-areas/type-1-diabetes/towards-a-cure-for-type-1-diabetes.html>, zggf. Dez. 2024

42 CHOP News, 29. Mai, 2024, <https://www.research.chop.edu/cornerstone-blog/a-30-year-journey-how-chop-researchers-designed-the-gene-therapy-playbook>, zggf. Dez. 2024

43 Aidsmap, <https://www.aidsmap.com/news/mar-2024/broadly-neutralising-antibodies-may-be-partners-long-acting-antiretrovirals>, zggf. Mai 2025

44 Nauck et al., *Lancet Diabetes Endocrinology* (2021)

45 Reflections from the ESC Congress 2024, Interview mit J. Weitz, <https://www.emjreviews.com/cardiology/article/factor-xi-xia-inhibitors-what-we-now-know-s020224>, zggf. Dez. 2024

34 Eigene Recherche basierend auf Clinicaltrials.gov, Stand: Dezember 2024

35 Georges et al, *Journal of Health Monitoring*, 2023 8(3), DOI 10.25646/11566 Robert Koch-Institut, Berlin

36 GBD 2021 Diabetes Collaborators, *Lancet* (2023)

37 Bizuayehu et al, *JAMA Netw Open* (2024)

38 Voeltz et al Caner, *Annals of Oncology* (2024)

39 The Lancet Global Health, The landscape for rare diseases in 2024, *Lancet* (2024)

40 Statista, Total global spending on pharmaceutical research and development, December 2024

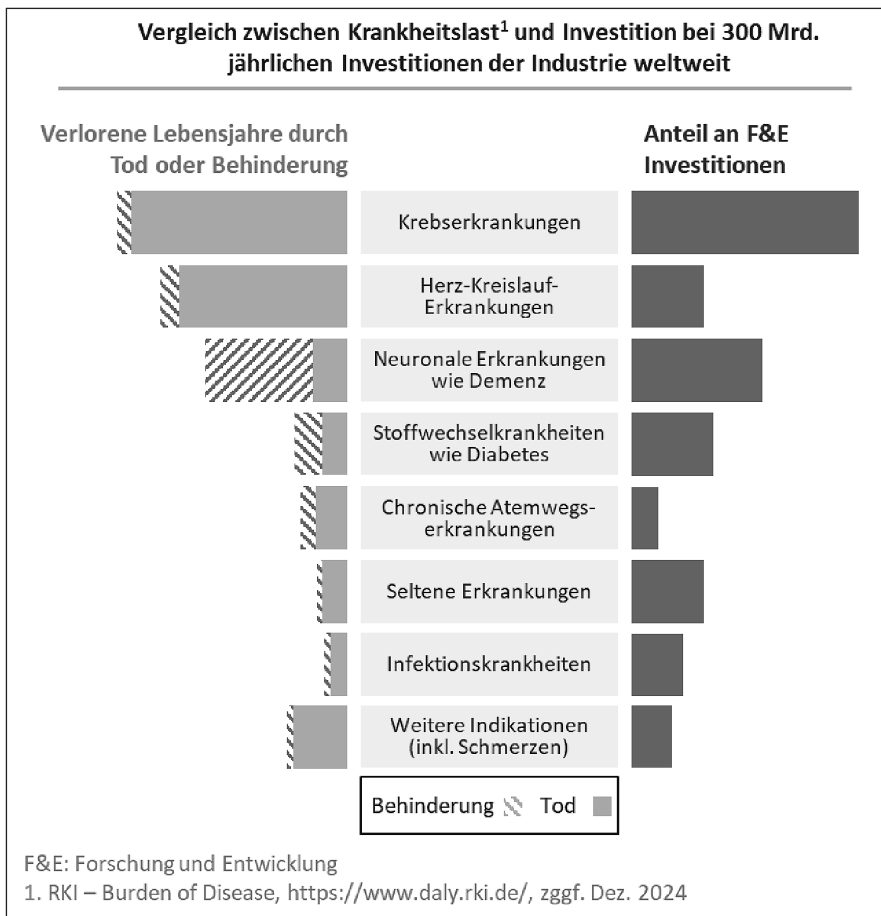


Abbildung 12: Krankheitslast und F&E-Investitionen

der Krankheit zu verlangsamen. Diese neuen Therapien könnten die Lebensqualität von MS-Patient:innen weiter verbessern.

- **Zielgerichtete, besser verträgliche und personalisierte Therapien:** Bispezifische Antikörper (BiTEs) bieten viel Hoffnung für Patient:innen mit Multiple Myelom, indem sie vorhandene T-Zellen dabei unterstützen, Tumorzellen zu binden und zu zerstören.⁴⁶ Diese neuen Therapien könnten die Krankheit weiter chronifizieren und die Lebensqualität der Patient:innen verbessern. Die Entwicklung von personalisierten Krebstherapien, die auf die

genetischen Eigenschaften des Tumors abgestimmt sind, bietet das Potenzial, die Behandlung von Brustkrebs weiter zu optimieren. Neue Ansätze, wie Krebs-Impfstoffe, könnten das Behandlungsparadigma für Krebspatient:innen weltweit verändern. Allo-gene CAR-T-Zellen, also CAR-T-Zellen von anderen Menschen, könnten die Produktion vereinfachen und mehr Patient:innen Zugang zu diesen neuen Therapien ermöglichen.⁴⁷ Diese neuen Ansätze in der Immunzelltherapie bieten eine zusätzliche Chance auf Heilung für Leukämie-Patient:innen.

- **Neue und verbesserte Impfstoffe:** Derzeit sind 71 vielversprechende Impfstoffe in Entwicklung, darunter solche

gegen Viren wie COVID-19, Influenza, RSV und Cytomegalovirus sowie gegen Bakterien wie Pneumokokken, Meningokokken und Salmonella. Diese Impfstoffe zielen darauf ab, die Immunantwort zu stärken, die Verträglichkeit und Sicherheit zu verbessern und logistische Vorteile wie einfachere Lagerung und Transport zu bieten.⁴⁸

4. Schlussfolgerung

Der eingangs erwähnte Koalitionsvertrag stellt viele Vorschläge unter Finanzierungsvorbehalt. In Bezug auf Finanzierungsfragen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist die Entwicklung eines Gesamtpaketes aus strukturellen Anpassungen und kurzfristigen Maßnahmen angedacht. Die gesetzlichen Krankenkassen appellieren eindringlich an die Politik, schnell aktiv zu werden, um weiteren Defiziten und weiteren Beitragssatzanpassungen entgegenzuwirken.

In diesem Zusammenhang widmen sich Krankenkassen auch überproportional zu seiner Bedeutung für die GKV-Finanzen dem Arzneimittelsektor und stellen ihn fast ausschließlich als „Kostenfaktor“ oder gar als „Kostenproblem“ in den Mittelpunkt. Die Vintura-Studie zeigt dagegen, dass Therapiefortschritte nichts Abstraktes sind. Hier wäre ein Perspektivwechsel dringend nötig, hin zur Würdigung neuer Lebensperspektiven für Patient:innen und Erhalt der Arbeitskraft für weiteres Wirtschaftswachstum.

Dies auch vor dem Hintergrund, dass trotz des immensen Fortschritts in Prävention und Therapie die Entwicklung der Arzneimittelausgaben in der GKV insgesamt unauffällig ist, was sich an

46 Interview mit Prof. Einsele im VJHemOnc, <https://www.vjhemonc.com/video/ace3oii-4okc-bites-for-the-treatment-of-multiple-myeloma/>, zggf. Mai 2025

47 Haddad et al., Biology (2024)

48 Vaccines Europe, 2024, Pipeline Review, <https://www.vaccineseurope.eu/wp-content/uploads/2024/12/VaccinesEurope-PipelineReport2024.pdf>, zggf. Mai 2025

relevanten Kennziffern belegen lässt.⁴⁹ Mit einem bereits hohen jährlichen Einsparbeitrag in Höhe 26 Mrd. Euro (2023), darunter das AMNOG als Hauptregulierungsinstrument des Preisniveaus von Innovationen mit 8 Mrd. Euro p.a., steuert die Pharmaindustrie substanziell zur Entlastung der GKV-Finzen bei.

Einige Beispiele in der Studie verdeutlichen, dass Fortschritt sich oft in Schritten und nur selten in Sprüngen manifestiert. Die im GKVFinStG (2022) eingeführten Leitplanken sind daher kontraproduktiv, da ihnen die falsche Idee zugrunde liegt, dass echter Fortschritt nur durch Sprunginnovationen möglich sei. Sie sind daher innovationsfeindlich und bergen die Gefahr, Fortschritt auf das derzeitige Niveau ein-

49 z.B. der seit vielen Jahren nahezu konstante Herstelleranteil an den GKV-Leistungsausgaben in Höhe von 12% oder der Anteil patentgeschützter Arzneimittel am Gesamtmarkt, der seit 10 Jahren um die 50% oszilliert.

zufrieren. Ebenso stellen innovative Impfstoffe eine der wichtigsten und wirksamsten Gesundheitsmaßnahmen überhaupt dar.

Eine wünschenswerte Erkenntnis wäre, dass es Fortschritt nicht zum Nulltarif geben kann und Arzneimittel nicht ursächlich für die prekäre Finanzlage der GKV sind. Laut IGES liegen die durchschnittlichen jährlichen Zuwachsraten bei den Arzneimittelausgaben bei 4,4% und damit unter denen der Gesamtleistungsausgaben mit 4,7% (2010–2024). Mit diesen jährlichen Steigerungsraten der Arzneimittelausgaben ist der immense medizinische Fortschritt abgegolten.

Eine verantwortliche Arzneimittelpolitik für Deutschland, um das Motto des Koalitionsvertrags aufzugreifen, konzentriert sich deshalb nicht einseitig auf Kosten, sondern wägt diese gegen den Nutzen ab. Sie schließt dabei alle Nutzenaspekte – für Patient:innen, Angehörige,

Gesundheitswesen, Wirtschaft, Gesellschaft – mit ein. Verlässliche Rahmenbedingungen sind für eine Branche mit sehr langen Investitionszyklen essenziell, ebenso wie die wertbasierte Vergütung von Innovationen. Weitere pauschale Abschläge oder Preisdeckelungen schaden nicht nur den Patient:innen, sondern würden auch weitere Forschung und das Wirtschaftswachstum ab. Im Dialog mit Politik und Kassen sollte nach Lösungen für Fragestellungen des Zugangs und der Finanzierbarkeit von Innovationen gesucht werden.

Autoren:

**Jan-Philipp Beck,
Ann-Sophie Kuschel
Vintura GmbH, München
Bettina Brennecke
LAWG Deutschland e.V.,
München**

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 Schulassistenz 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 schwerst-

pflegebedürftigen 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**

Stephan Allroggen

Eine Erfolgsgeschichte: Zahnärztliche Prävention in Deutschland

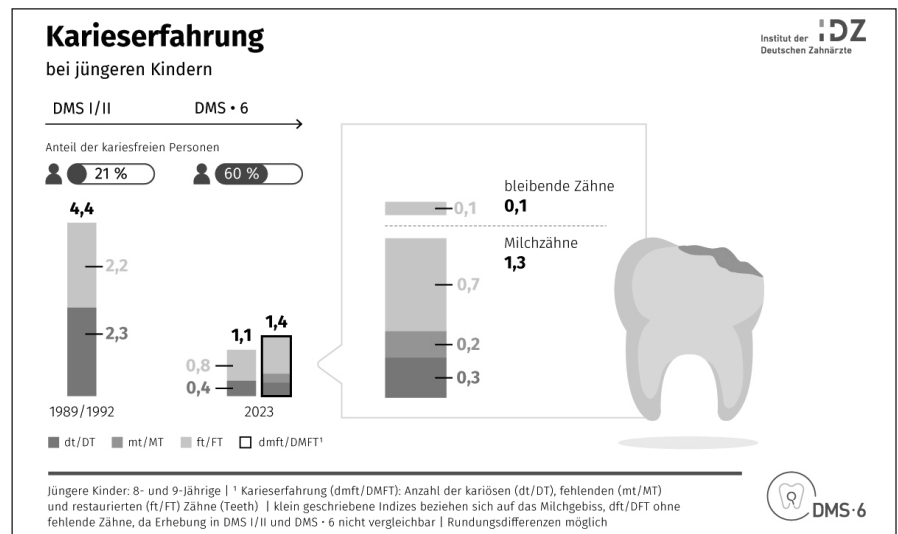
Die Zahnmedizin legt bereits seit vielen Jahren besonderen Fokus auf Prävention – und das mit Erfolg. Wie erfolgreich, das belegen kürzlich veröffentlichte repräsentative Studienergebnisse.

Seit dem Jahr 1989 erforscht das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) die Mundgesundheit der Bevölkerung:

- Wie steht es um die Mundgesundheit in Deutschland?
- Wie entwickeln sich Karies und Parodontalerkrankungen?
- Zeigen sich Erfolge bisheriger Therapiekonzepte?

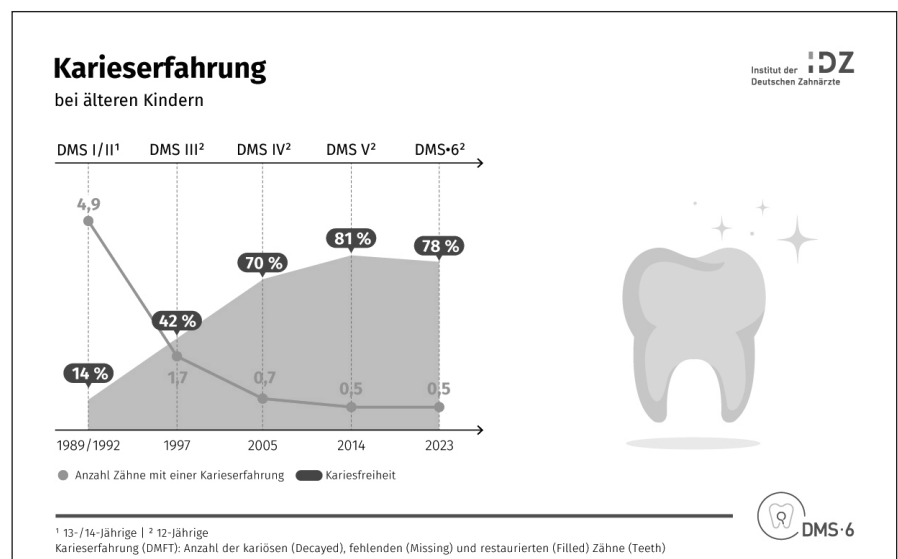
Aktuelle Antworten auf diese Fragen gibt die 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS • 6). Dazu wurden von 2021 bis 2023 an 90 Untersuchungszentren in Deutschland rund 3.400 Menschen aus unterschiedlichen Alters- und sozialen Gruppen in einer repräsentativen Erhebung befragt und zahnmedizinisch klinisch untersucht. Vor dem Hintergrund einer immer stärker an Evidenz und Qualität ausgerichteten Zahnmedizin erlauben die Ergebnisse – auch in der Rückschau auf die Studienergebnisse der vorangegangenen Mundgesundheitsstudien – grundlegende Weichenstellungen, um die Versorgung systematisch auszubauen und zu verbessern. Die Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS) ist die einzige bundesweit repräsentative Studie zur Mundgesundheit.

Die am 17. März 2025 vorgestellten Ergebnisse der DMS • 6 belegen vor allem den Erfolg der präventionsorientierten Zahnmedizin. Stichwort Karies: In der Gruppe der 12-Jährigen sind 78 Prozent der Untersuchten kariesfrei. Bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) hat sich die Karieserfahrung seit 1989 halbiert; die Anzahl fehlender Zähne ist



gleichzeitig signifikant zurückgegangen. Bis zur Mitte ihres Lebens sind die Menschen in Deutschland heute praktisch noch voll bezahlt. Zurückzuführen ist dieses erfreuliche Ergebnis maßgeblich darauf, dass die

breite Bevölkerung das Angebot frühzeitiger und umfangreicher Präventionsleistungen in Anspruch nimmt. Dazu zählen sowohl die Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder als auch die Individualprophylaxe und die regelmä-



ZUR DISKUSSION GESTELLT

bigen Kontrolltermine. Diese Präventions- und Kontrollmaßnahmen führen nicht nur zu einer verbesserten Mundgesundheit, sondern auch zu einer spürbaren Senkung der Krankheitskosten insbesondere für Kariesbehandlungen und bei Zahnersatz. Auch in der Gruppe der jüngeren Seniorinnen und Senioren, den 65- bis 74-Jährigen, zeigt sich, dass immer weniger Menschen vollständig zahnlos sind und im Durchschnitt mehr Zähne erhalten bleiben. Der Anstieg der Anzahl funktionsstüchtiger Zähne unterstreicht zudem die Wirksamkeit des Paradigmenwechsels hin zu einer zahnerhaltenden Therapie. Auch wenn die Primärprävention, also die Vermeidung von Karies, in dieser Altersgruppe noch nicht vollständig greifen konnte, zeigt sich eine bemerkens-

werte Stärke in der Sekundärprävention, beim Zahnerhalt.

Problemstellung: MIH und Parodontalerkrankungen

So erfreulich die beschriebenen Ergebnisse der DMS • 6 sind, so zeigt die Studie auch zwei besorgniserregende Sachverhalte auf:

1. Es besteht eine hohe Prävalenz von Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH), sog. Kreidezähnen. Bei dieser Erkrankung handelt es sich um eine entwicklungsbedingte Störung, die bereits vor der Geburt bis zum ersten halben Lebensjahr entsteht. Die Ursachen sind bisher nicht abschlie-

ßend geklärt – eine frühzeitige Diagnostik dieses Krankheitsbildes ist daher umso wichtiger. Der Blick auf MIH unterstreicht einmal mehr, wie wichtig Früherkennungsuntersuchungen sind, um Eltern aufklären und für das Kind entsprechende Therapiemaßnahmen ergreifen zu können.

2. Rund 14 Mio. Menschen in Deutschland haben eine schwere Parodontalerkrankung. Die Studienergebnisse der DMS • 6 bestätigen auch, dass Parodontitis Einfluss auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) nimmt: Menschen mit HKE sind häufiger zahnlos und haben durchschnittlich etwa zwei Zähne weniger als gesunde Menschen. Eine unbehandelte oder nicht frühzeitig behandelte Parodontitis führt zu einer Gefährdung der Mund- und Allgemeingesundheit. Das verweist auf die große Bedeutung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle.

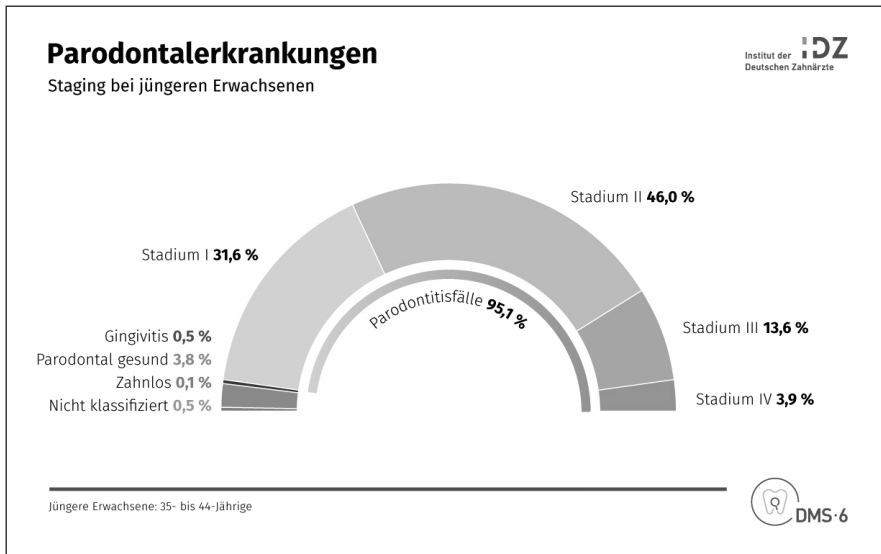
Die Volkskrankheit Parodontitis lässt sich durchaus behandeln: Mit einer modernen Parodontistherapie, wie sie seit dem 1. Juli 2021 mit der vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedeten Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) in die GKV-Versorgung aufgenommen wurde, kann der Krankheitsprozess zum Stillstand gebracht, der Zustand des Zahnhalteapparates deutlich verbessert



Von kurativ zu präventiv

„Zu einem Paradigmenwechsel von der kurativen zur präventiven Zahnmedizin kam es in Deutschland (...) Mitte der 1990er-Jahre, als systematische Prophylaxekonzepte für den gesamten Lebensbogen mit seinen alterstypischen Risiken entwickelt wurden (IDZ 1996). Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) griffen gemeinsam dieses Konzept als Basis zur „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ auf und trugen es zusammen mit der Darstellung gesetzlicher Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Implementierung sowohl in die Politik als auch in die Gesundheitsversorgung (BZÄK et al. 2004).“

Quelle: Zahnmedizinische Prävention in Deutschland, Dr. Nele Kettler / Christian Wehry MBA / Sebastian Draeger / Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan, 24.01.2013



und die Allgemeingesundheit positiv beeinflusst werden.

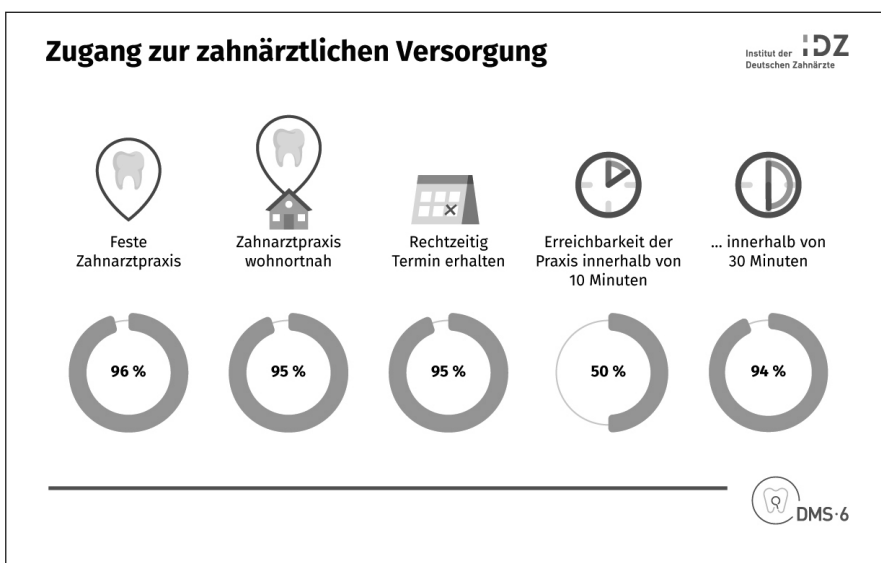
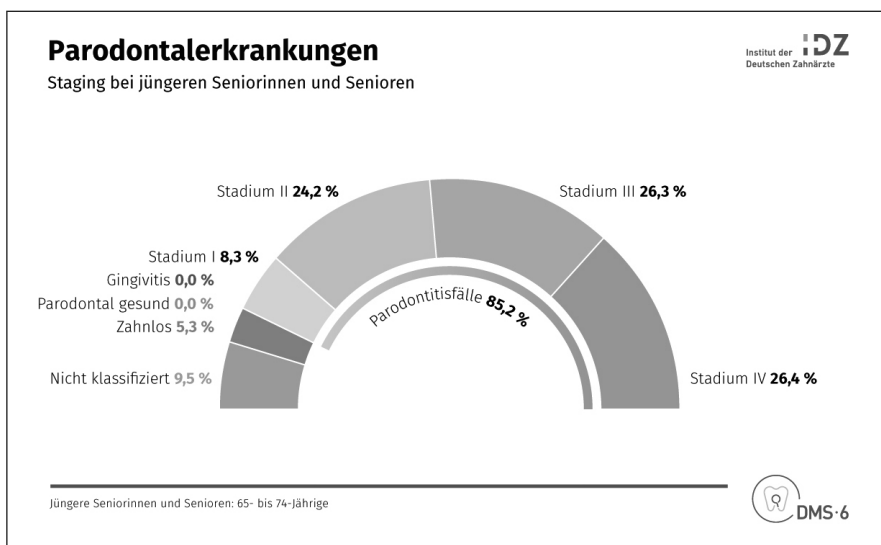
Neben der unmittelbaren Behandlung der Parodontitis als solcher dient die Parodontistherapie in erheblichem Maße der Früherkennung und damit auch der Vorsorge vor anderweitigen zahnmedizinischen sowie allgemeinmedizinischen Erkrankungen wie HKE. Die im Jahr 2021 etablierte PAR-Behandlungsstrecke impliziert Aufklärungs- und Therapiegespräche sowie Mundhygieneunterweisungen. Sie sollen die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten stärken – ein wichtiger Bestandteil von Prävention.

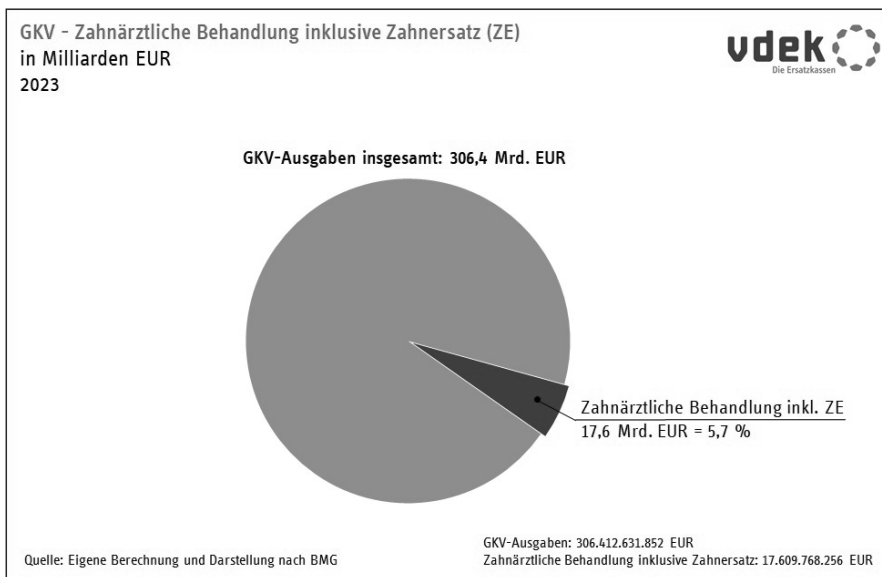
Die Kernergebnisse der DMS • 6 resümieren mit Blick auf die Volkskrankheit Parodontitis: „Die Prävalenz von Parodontalerkrankungen ist in den letzten Jahrzehnten erheblich zurückgegangen, was größtenteils auf die Umsetzung präventiver Maßnahmen zurückzuführen ist. Dies unterstreicht die Bedeutung der Integration präventiver Maßnahmen in die zahnärztliche Praxis als Strategie für die öffentliche Gesundheit.“

Auch eine gute Erreichbarkeit zahnärztlicher Praxen ist in Deutschland (noch) gegeben:

ABER:

Die zielgerichtete Behandlung von Parodontalerkrankungen seitens der Zahnärzteschaft wird durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) und die damit verbundenen Sparmaßnahmen ausgebremst. In Kraft getreten am 11. November 2022, fixierte es neben anderen Sparmaßnahmen Budgetgrenzen für Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Jahren 2023 und 2024. Seit dem Inkrafttreten des GKV-FinStG ging die Anzahl der Neubehandlungsfälle von Parodontitis zurück und sinkt auch weiterhin. Dieser Sachverhalt konterkariert die belegten Präventionserfolge der Zahnärzteschaft gerade im Hinblick auf die Volkskrankheit Parodontitis.





Dabei ist im Bereich Zahnmedizin bei den GKV-Ausgaben ein stetig sinkender Anteil zu verzeichnen: Im Jahr 2023 betragen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für zahnärztliche Behandlungen insgesamt 17,6 Milliarden Euro. Das entspricht einem Anteil von 5,7 % der Gesamtausgaben. Auch das gehört zur Erfolgsbilanz einer in Deutschland seit vielen Jahren auf Prävention ausgerichteten Zahnmedizin.

Rückblick und Ausblick

Ein Blick zurück auf die Erfolge der Zahnmedizin in Deutschland zeigt, dass sich präventionsorientierte Konzepte auf die Gesundheit der Menschen in Deutschland tatsächlich und nachweislich auswirken: Zahnärztliche Prävention wirkt – auch und gerade im deutschen Gesundheitssystem.

Sich auf Erfolgen der Vergangenheit auszuruhen, kann jedoch nicht im Sinne der Menschen in Deutschland sein. Geben wir präventionsorientierter Zahnmedizin in Deutschland auch weiterhin die Chance auf Erfolge – zum Beispiel mit Blick auf die Volkskrankheit Parodontitis. Die Ergebnisse der DMS • 6 liegen

auf dem Tisch. Nun ist es an der Politik, die Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem so zu gestalten, dass den Menschen hierzulande auch die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten zuteilwerden.

Im Zuge der Koalitionsverhandlungen wurde im Ergebnispapier der zuständigen Verhandlungskommission – AG 6 „Gesundheit und Pflege“ – dem Themenkreis „Krankheitsvermeidung, Gesundheitsförderung und Prävention“ eine grundsätzlich wichtige Rolle zugeschrieben. Mit Blick auf die angespannte GKV-Finanzsituation erhofft man sich von einem noch zu etablierenden Präventionsgesetz mit dem Ziel einer „deutlichen Reduzierung der Krankheitslast“ erhebliches Einsparpotential ab dem Jahr 2026. Diese Ankündigung könnte den Weg bahnen zu einer präventionsorientierten Parodontitistherapie als gesetzliche Früherkennungs- und Vorsorgeleistung.

Kürzlich erklärte die Helmholtz-Gesellschaft, die nach eigenen Angaben größte Wissenschaftsorganisation Deutschlands, die Präventionsforschung in Deutschland verstärken zu wollen: Ein neu gegründetes Gremium soll die Präventionsfor-

schung in Deutschland vorantreiben, um zum Beispiel Volkskrankheiten früher zu erkennen und gezielt vorzubeugen. Im Bereich der Zahnmedizin liegen die Erkenntnisse zur Volkskrankheit Parodontitis und ihren Behandlungsmöglichkeiten bereits vor. Es bleibt zu hoffen, dass die gesundheitspolitische Gesetzgebung in Deutschland die Möglichkeiten, die wissenschaftsbasierte Präventionskonzepte und konkrete Behandlungsmaßnahmen eröffnen, wahrzunehmen und zu nutzen versteht. Nur so lässt sich die Mundgesundheit hierzulande auch weiterhin auf hohem Niveau erhalten.

Quellennachweis

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Zahnärztliche Prävention wirkt!, Pressemitteilung vom 17. März 2025, <https://www.kzbv.de/pressemitteilungen/zahnaerztliche-praevention-wirkt/>

Jordan A. Rainer, Wilfrang Jörg, Heydecke Guido, Geurtsen Werner, DZZ – Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 02/25, April 2025, 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS • 6), Quintessence Publishing, Berlin, <https://www.quintessence-publishing.com/deu/de/journal/deutsche-zahnaerztliche-zeitschrift/2025/02>

Kettler Nele, Wehry Christian, Draeger Sebastian, Jordan, A. Rainer, Zahnmedizinische Prävention in Deutschland, 24.01.2013, <https://www.monitorversorgungsforschung.de/abstract/zahnmedizinische-praevention-in-deutschland/>

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), GKV-Ausgaben Zahnärztliche Behandlung inkl. Zahnersatz, in Milliarden EUR, 2023, https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_zahnaerztliche_behandlung.html

Zeggini, Mons et al., 2025: The Helmholtz Health task force to strengthen prevention research and its translation globally. Nature Medicine. DOI: 10.1038/s41591-025-03590-1., <https://www.helmholtz.de/newsroom/2025/helmholtz-intensiviert-praeventionsforschung/>, 23.04.2025

Autor:

Stephan Allroggen

Vorstandsvorsitzender

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen

Beisitzer Zahnärzte der GRPG

Aus der Rechtsprechung

Verarbeitung der Kontaktdaten von Zahnarztpraxen zum Zweck der Telefonwerbung ohne (mutmaßliche) Einwilligung unzulässig

Wer in allgemein zugänglichen Verzeichnissen veröffentlichte Telefonnummern von Zahnarztpraxen erhebt und speichert, um unter Nutzung dieser Daten Telefonwerbung zu betreiben, kann sich nicht auf den in der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) geregelten Erlaubnistatbestand der Wahrung berechtigter Interessen berufen, sofern nicht eine zumindest mutmaßliche Einwilligung der betroffenen Zahnärzte im Sinne des § 7 Abs. 2 Nr. 1 UWG vorliegt. Dies hat das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig entschieden.

Die Klägerin kauft Edelmetallreste von Zahnarztpraxen an. Hierzu erhebt sie aus öffentlich zugänglichen Verzeichnissen – wie z.B. den Gelben Seiten – Namen und Vornamen des Praxisinhabers sowie die Praxisanschrift nebst Telefonnummer. Die von ihr gespeicherten Kontaktdaten nutzt sie, um durch Telefonanrufe bei den Zahnarztpraxen in Erfahrung zu bringen, ob die Angerufenen Edelmetalle an sie verkaufen möchten.

Im Januar 2017 ordnete die beklagte saarländische Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit auf der Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes in der damals geltenden Fassung gegenüber der Klägerin an, die für den Zweck einer telefonischen Werbeansprache erfolgende Erhebung, Verarbeitung

und Nutzung von personenbezogenen Daten von Inhabern von Zahnarztpraxen einzustellen, sofern nicht eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder bereits ein Geschäftsverhältnis mit ihm besteht. Nach rechtskräftiger Abweisung ihrer Klage beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Hinweis auf die im Mai 2018 in Kraft getretene Datenschutzgrundverordnung erfolglos die Aufhebung des Bescheids vom Januar 2017.

Die hierauf vor dem Verwaltungsgericht des Saarlandes erhobene Verpflichtungsklage hatte keinen Erfolg. Das Oberverwaltungsgericht des Saarlandes wies die Berufung der Klägerin mit der Begründung zurück, ein Wiederaufnahmegrund liege nicht vor. Durch die Datenschutzgrundverordnung habe sich die Rechtslage nicht zu Gunsten der Klägerin geändert. Die telefonische Werbeansprache entspreche mangels einer zumindest mutmaßlichen Einwilligung der angesprochenen Zahnärzte nicht den Anforderungen des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG).

Das Bundesverwaltungsgericht hat die Revision der Klägerin zurückgewiesen. Es fehle der Klägerin an einem berechtigten Interesse im Sinne der DSGVO, weil der von ihr verfolgte Zweck der

Datenverarbeitung gegen das UWG verstößt. Bei den Telefonanrufen, mit denen die Klägerin die Bereitschaft der angerufenen Zahnärzte zum Verkauf von Edelmetallen in Erfahrung zu bringen sucht, handelt es sich um Werbung im Sinne dieser Bestimmung. Da die von der Klägerin angesprochenen Inhaber von Zahnarztpraxen in dem hier vorliegenden Kontext als sonstige Marktteilnehmer zu qualifizieren sind, ist eine zur Unzulässigkeit der Werbeanrufe führende unzumutbare Belästigung anzunehmen, wenn nicht zumindest eine mutmaßliche Einwilligung vorliegt. Diese wird durch ein sachliches Interesse der Anzurufenden an der Telefonwerbung indiziert. Auf der Grundlage der für das Bundesverwaltungsgericht bindenden tatsächlichen Feststellungen des Oberverwaltungsgerichts ist diese Voraussetzung nicht erfüllt. Denn danach dient die Veröffentlichung der Telefonnummern der Zahnärzte in öffentlich zugänglichen Verzeichnissen ausschließlich dazu, die Erreichbarkeit für Patienten zu gewährleisten. Zudem hat das Oberverwaltungsgericht festgestellt, dass der Verkauf von Edelmetallresten zur Gewinnerzielung weder typisch noch wesentlich für die Tätigkeit eines Zahnarztes ist.

**Urteil vom 29. Januar 2025,
Az.: BVerwG 6 C 3.23**

32. Mitgliederversammlung der GRPG

Neuer Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) ist Prof. Dr. Jürgen Zerth. Bei der 32. Mitgliederversammlung der GRPG Anfang April in Berlin wurde Zerth, der eine Professur für Management in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens an der Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt hat, einstimmig als Nachfolger von Prof. Dr. Volker Ulrich gewählt, der die GRPG seit 2015 geleitet hatte. Darüber hinaus wurden Prof. Dr. Dennis Häckl zum Beisitzer Ökonomie und Willi Wöllner zum Beisitzer Digitale Gesundheit gewählt.

Im vergangenen Jahr hat die GRPG wieder eine Reihe von Webinaren angeboten, die durchweg gut angenommen wurden, berichtete Ulrich in seinem Tätigkeitsbericht. Das wissenschaftliche Symposium am Vortag der Mitgliederversammlung zum Thema „Gesundheitspolitik nach der Wahl: Prioritäten und Machbarkeiten, was muss jetzt geschehen?“ stieß nicht zuletzt wegen den zu diesem Zeitpunkt noch laufenden Koalitionsverhandlungen auf großes Interesse. Referenten, Teilnehmerinnen und Diskutanten des Symposiums waren sich einig, dass eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen wichtiger denn je sind.

Der Wechsel im Präsidium – es war erst die zweite Neuwahl des Präsidenten seit der Gründung der GRPG vor über 30 Jahren – war für die Mitgliederversammlung Anlass für eine Diskussion über die weitere Entwicklung der Gesellschaft. Zum Ende des Jahres 2024 hatte die GRPG 172 Mitglieder, davon 156 individuelle und 14 institutionelle Mitglieder. Im Laufe der Jahre ist die Zahl der Mitglieder gesunken, rückläufige Einnahmen wurden durch ein stringentes Kostenmanagement aufgefangen, so dass die Finanzsituation weiterhin stabil ist.

Der 29. Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) wurde in diesem Jahr an Dr. Lara Wiese für ihre Dissertation „Erkrankungsrisiko als Krankheit?



Der 29. Wissenschaftspreis der GRPG ging an Dr. Lara Wiese (3. v. l.) und an Dr. iur. M.mel. Kim Philip Linoh (2. v. l.), überreicht von Professor Volker Ulrich (rechts) und Oliver Kirst (links), Geschäftsführer der Firma Servier Deutschland GmbH, die den Wissenschaftspreis gesponsert hat.

Die Healthy Ill im Recht des SGB V“, erstellt an der Juristische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, und an Dr. iur. M.mel. Kim Philip Linoh für seine Dissertation „Der rechtfertigende Notstand im Medizinrecht. Eine Untersuchung zum systematischen Verhältnis des rechtfertigenden Notstandes zu medizinrechtlichen Ge- und Verboten“, erstellt an der Juristischen und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, vergeben.

Der Wissenschaftspreis, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird, ist mit 3000 Euro dotiert und wurde in diesem Jahr wiederum von der Firma Servier Deutschland GmbH, vertreten durch ihren Geschäftsführer Oliver Kirst, übernommen.

Autor:
Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

