

Beitrag Nr. 30, Jahrgang 2023

## Parallelstruktur oder Innovation? Erste Schritte in Richtung Gesundheitskiosk

Amelie Foltmann (Goethe-Universität Frankfurt am Main)

Veröffentlichung: Bochum, den 19.10.2023

Veröffentlichung auf [www.gesundheitsrecht.blog/in-richtung-gesundheitskiosk](http://www.gesundheitsrecht.blog/in-richtung-gesundheitskiosk)

Bibliothekslink: <https://doi.org/10.13154/294-10362>

ISSN: 2940-3170

Empfohlene Zitierweise: *Foltmann*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 30, 2023, S.

Kurzzusammenfassung: Gesundheitskioske verfolgen einen innovativen Ansatz und könnten den Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern. Gleichzeitig stehen sie – angesichts der schwierigen Frage nach ihrer Finanzierung – in der Kritik. Der Beitrag bespricht den Referentenentwurf, mit dem erstmals konkrete Regelungen zu der neuen Versorgungsform entworfen wurden.



Dieser Aufsatz ist lizenziert unter den CreativeCommon-Bedingungen CC BY 4.0.  
(abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

## A. Einführung

Im Juni dieses Jahres hat das Bundesgesundheitsministerium den Referentenentwurf für das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, „GVSG“) vorgelegt. Das GVSG soll zukünftig die Rechtsgrundlage für Gesundheitskioske enthalten, die so Teil der Regelversorgung werden. Bei den Gesundheitskiosken handelt es sich um ein Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag<sup>1</sup>.

Gesundheitskioske sind neue Versorgungseinrichtungen, die Bürger gezielt in ihren Lebenswelten erreichen und durch Beratung den Zugang zur schon bestehenden Gesundheitsversorgung aufzeigen sollen. Bisher wurden Gesundheitskioske als Modellprojekte einzelner Krankenkassen und Kommunen betrieben. Die rechtliche Grundlage bildeten bisher Selektivverträge nach § 140a SGB V.<sup>2</sup> 2022 empfahl der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Überführung dieser Versorgungsform in die Regelversorgung<sup>3</sup>, nachdem eine Evaluation eines Gesundheitskiosks in Hamburg überwiegend positiv ausgefallen war.<sup>4</sup>

Im Sommer 2022 bekräftigte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach den Plan, in Deutschland flächendeckend bis zu 1.000 Gesundheitskioske einzurichten. Das Vorhaben sollte im zweiten Halbjahr 2023, damals noch im Rahmen des sogenannten Versorgungsgesetzes I zur Stärkung der Kommunen in der Gesundheitsversorgung, umgesetzt werden.<sup>5</sup> Im Juni 2023 legte das Bundesgesundheitsministerium dann den Referentenentwurf für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz vor, der die Regelungen zu den Gesundheitskiosken enthält.

## B. Der Referentenentwurf vom 15.6.2023

Mit dem Gesetzentwurf verfolgt das Bundesgesundheitsministerium – im Unterschied zu dem bisher von Institutionen und einer Sektorentrennung geprägten Gesundheitswesen<sup>6</sup> – einen am

---

<sup>1</sup> Koalitionsvertrag 2021–2025, S. 66, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> (zuletzt abgerufen am 13.10.2023).

<sup>2</sup> Vgl. *Foltmann/Kießling*, MedR 2023, 520, 527.

<sup>3</sup> Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt INVEST Billstedt/Horn (01NVF16025) v. 16.2.2022, S. 1, [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/138/2022-02-16\\_INVEST\\_Billstedt.Horn.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/138/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn.pdf) (zuletzt abgerufen am 13.10.2023).

<sup>4</sup> *Wild/Schreyögg/Golubinski/Ress/Schmidt*, Evaluationsbericht, S. 121 f., [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16\\_INVEST\\_Billstedt.Horn\\_Evaluationsbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf) (zuletzt abgerufen am 13.10.2023).

<sup>5</sup> <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-956866> (zuletzt abgerufen am 13.10.2023).

<sup>6</sup> Vgl. *Knieps*, in: FS f. Hart, 2020, S. 317, 317, 327 ff.

Patienten orientierten und sozialräumlichen Ansatz.<sup>7</sup> Neben den Gesundheitskiosken stößt der Referentenentwurf deswegen u.a. die Etablierung von sogenannten Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren an. Neben der individuellen, besonders navigationalen<sup>8</sup>, Gesundheitskompetenz greift der Entwurf den Begriff der organisationalen Gesundheitskompetenz<sup>9</sup> auf.<sup>10</sup> Damit trägt das Bundesgesundheitsministerium der besonderen Verantwortung von Institutionen für die individuelle bzw. personale Gesundheitskompetenz im Gesundheitswesen Rechnung.<sup>11</sup> Ursprünglich wurden Gesundheitskioske für urbane Regionen konzipiert.<sup>12</sup> Der Referentenentwurf sieht die Kioske dagegen ausdrücklich auch in ländlichen Regionen vor und hebt die Flexibilität der geplanten Versorgungsform hervor: Beispielsweise könnten Busse die Kioske zur Bevölkerung bringen.<sup>13</sup>

## I. Der neue § 65g SGB V

Die Gesundheitskioske werden im fünften Sozialgesetzbuch verankert, in das der neue § 65g integriert werden soll. Dies war zu erwarten, da der Bund seine Gesetzgebungskompetenz für Regelungen mit Gesundheitsbezug nur aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung) ableiten kann<sup>14, 15</sup>.

Die zukünftige Norm definiert Gesundheitskioske als „Einrichtungen in sozial benachteiligten Regionen, die insbesondere über medizinische Behandlungsmöglichkeiten, Prävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) und Gesundheitsförderung sowie soziale Versorgungsangebote beraten“, § 65g Abs. 1 S. 1 SGB V-RefE. Gesundheitskioske werden also

---

<sup>7</sup> Vgl. GVSG-RefE, S. 1; näheres zum Sozialraumkonzept in *Foltmann/Kießling*, MedR 2023, 520, 523f.

<sup>8</sup> Navigationale Gesundheitskompetenz bedeutet die „Fähigkeit, sich mithilfe von Informationen im Gesundheitssystem zurechtzufinden und an die richtige Stelle zu gelangen“, *Berens/Klinger/Mensing/Carol/Schaeffer*, Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland : Ergebnisse des HLS-MIG, S. doi.org/10.4119/unibi/2960131, S. 58 mit Verweis auf *Griese/Berens/Nowak/Pelikan/Schaeffer*, International Journal of Environmental Research and Public Health 2020, 17, 5731, doi.org/10.3390/ijerph17165731, S. 2.

<sup>9</sup> Zur Terminologie siehe *Pelikan/Dietscher/Straßmayr*, in: *Rathmann/Dadaczynski/Okan/Messer*, Gesundheitskompetenz, 2023, doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3\_4-1, S. 3 ff.

<sup>10</sup> GVSG-RefE, S. 2, 20.

<sup>11</sup> Vgl. zur Relation zwischen individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz *Pelikan/Dietscher/Straßmayr*, in: *Rathmann/Dadaczynski/Okan/Messer*, Gesundheitskompetenz, 2023, doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3\_4-1, S. 1 ff.

<sup>12</sup> Vgl. die Projektbeschreibung „Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen“, *Wild/Schreyögg/Golubinski/Ress/Schmidt*, Evaluationsbericht, S. 8, 14, [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16\\_INVEST\\_Billstedt.Horn\\_Evaluationsbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf) (zuletzt abgerufen am 13.10.2023).

<sup>13</sup> GVSG-RefE, S. 36.

<sup>14</sup> Vgl. GVSG-RefE, S. 26.

<sup>15</sup> Näheres zur Gesetzgebungskompetenz in *Foltmann/Kießling*, MedR 2023, 520, 525 f.

nicht selbst als Leistungserbringer tätig, sondern bieten Beratung zu verschiedenen Leistungsangeboten und deren Vermittlung an.<sup>16</sup>

Die Grundlage jedes Gesundheitskiosks soll ein (Einzel-)Vertrag<sup>17</sup> zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und einer oder mehrerer<sup>18</sup> Kommunen sein, § 65g Abs. 1 S. 1 SGB V-RefE. Das Initiativrecht zum Abschluss dieses Vertrags geht dabei von der Kommune aus und verpflichtet den anderen obligatorischen Vertragspartner einseitig, § 65g Abs. 1 S. 4 SGB V-RefE. Diese Verpflichtung besteht nur, wenn die Kommune eine enge Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst gewährleistet (§ 65g Abs. 1 S. 4 SGB V-RefE) und dies im Rahmen der Vertragsgestaltung konkretisiert.<sup>19</sup> Den Vertragsparteien soll eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, bspw. mit anderen Sozialversicherungsträgern, möglich sein, § 65g Abs. 1 S. 3 SGB V-RefE.<sup>20</sup> Die von einem Gesundheitskiosk zu erbringenden Leistungen sind in § 65g Abs. 2 S. 1 SGB V-RefE demonstrativ aufgelistet. Dabei werden beispielsweise die Koordinierung erforderlicher Gesundheitsleistungen und die Anleitung zu deren Inanspruchnahme (Nr. 4), aber auch die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben im Rahmen ärztlicher Delegation (Nr. 8) genannt. Pflegefachkräfte und zukünftig sogenannte Community Health Nurses sollen die Gesundheitskioske leiten.

## II. Finanzierung

Das Angebot der Gesundheitskioske erstreckt sich sowohl auf die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung aus § 1 SGB V<sup>21</sup> als auch auf die Daseinsvorsorge als Recht der kommunalen Selbstverwaltung<sup>22</sup> aus Artikel 28 Abs. 2 GG<sup>23</sup>. Der Referentenentwurf erkennt an<sup>24</sup>, dass sich beide Leistungsbereiche nicht scharf voneinander abtrennen lassen<sup>25</sup> und sieht deswegen eine pauschale Verteilung der Kosten vor<sup>26</sup>: Von den Kosten, die der

---

<sup>16</sup> Vgl. GVSG-RefE, S. 1, die Gesundheitskioske sollen aber zur „Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben im Rahmen ärztlicher Delegation“ berechtigt sein, § 65g Abs. 2 S. 1 Nr. 8 SGB V-RefE.

<sup>17</sup> GVSG-RefE, S. 36.

<sup>18</sup> GVSG-RefE, S. 33.

<sup>19</sup> GVSG-RefE, S. 37.

<sup>20</sup> GVSG-RefE, S. 23, 33.

<sup>21</sup> GVSG-RefE, S. 36.

<sup>22</sup> GVSG-RefE, S. 36, vgl. auch *Burgi/Igl*, Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, 2021, S. 117; vgl. auch *Luthe*, NDV 8/2017, 365, 368.

<sup>23</sup> Die Gesundheitsfürsorge wird nach diesem Verständnis als „Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft“ gem. Art. 28 Abs. 2 GG verstanden, vgl. *Burgi*, Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, 2013, S. 31; *Mehde*, in: *Dürig/Herzog/Scholz*, Grundgesetz-Kommentar, 101. EL., Mai 2023, Art. 28 GG, Rn. 238; *Foltmann/Kießling*, MedR 2023, 520, 524; am Beispiel der Bedarfsplanung *Wollenschläger*, NZS 2023, 48, 51.

<sup>24</sup> GVSG-RefE, S. 33–36.

<sup>25</sup> Vgl. hierzu *Foltmann/Kießling*, MedR 2023, 520, 524 f.

<sup>26</sup> GVSG-RefE, S. 36.

Referentenentwurf pro Gesundheitskiosk auf 400.000 Euro pro Jahr schätzt,<sup>27</sup> sollen die gesetzlichen Krankenkassen 74,5 Prozent, die Kommunen 20 Prozent und die privaten Krankenversicherungen 5,5 Prozent der Aufwendungen tragen.<sup>28</sup> Die Frage nach der Finanzierung der Gesundheitskioske ist eng verwandt mit der Gesetzgebungskompetenz des Bundes (s.o.). Die im Referentenentwurf vorgeschlagene Konstruktion dürfte die Debatte um die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen und damit durch die Solidargemeinschaft noch verstärken.

Theoretisch möglich (s.o.), aber ausdrücklich nur nachrangig vorgesehen ist eine Beteiligung der Pflegeversicherung: Bei erkennbarem Pflegebedarf seien die Gesundheitskioske angehalten, auf die Beratungsangebote der Pflegekassen zu verweisen, vgl. Art. 65g Abs. 2 S. 3 SGB V-RefE.<sup>29</sup> Gerade Personen im höheren Lebensalter, die einen Gesundheitskiosk aufsuchen, dürften regelmäßig einen sowohl gesundheitlichen als auch pflegerischen Beratungsbedarf aufweisen. Wenn diese Bevölkerungsgruppe neben einem Gesundheitskiosk bspw. auch noch einen Pflegestützpunkt aufsuchen muss, kann die Regelung kaum als Beitrag zu einer niedrighwelligen und ressourcenschonenden Gesundheitsversorgung bezeichnet werden.

Der Referentenentwurf enthält zwei Neuerungen: Die Vertragsparteien können abweichend von der vorgesehenen Finanzierungsquote (s.o.) sowohl eine andere pauschale Kostenverteilung als auch eine leistungsbezogene Kostenteilung vereinbaren.<sup>30</sup> Außerdem kann eine Partei ihren Anteil an den Gesamtkosten auch durch Sachleistungen, nämlich die Bereitstellung von Räumlichkeiten oder Personal, erbringen.<sup>31</sup> Diese Option könnte für ohnehin schon strukturschwache Kommunen interessant sein.

### **III. Anspruch auf den Abschluss eines schiedsfähigen Vertrags**

Der Referentenentwurf normiert einen Anspruch der Kommunen auf den Abschluss eines Gesundheitskiosk-Vertrags gegen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, § 65g Abs. 1 S. 1, 4 SGB V-RefE. Dem Entwurf ist ein zweistufiger Aufbau zu entnehmen: Die Einrichtung eines Gesundheitskiosks und den Abschluss des Vertrags legt die Kommune einseitig und zwingend fest („Ob“). Über die sich anschließende Vertragsgestaltung entscheiden die Vertragspartner gemeinsam („Wie“), § 65g Abs. 3 S. 8 SGB V-RefE. Der

---

<sup>27</sup> GVSG-RefE, S. 4.

<sup>28</sup> GVSG-RefE, S. 36.

<sup>29</sup> GVSG-RefE, S. 34.

<sup>30</sup> GVSG-RefE, S. 36.

<sup>31</sup> GVSG-RefE, S. 37.

öffentlich-rechtliche Vertrag entfaltet ebenfalls Wirkung für die privaten Krankenversicherungen und ist deswegen „im Benehmen“<sup>32</sup> mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abzuschließen, § 65g Abs. 1 S. 1 SGB V-RefE.

Der gesetzlich vorgegebene Vertragsinhalt beschränkt sich auf „Einzelheiten zur Errichtung, Organisation und Aufgabenerfüllung der Gesundheitskioske sowie zum Einsatz der Finanzmittel“ (§ 65g Abs. 3 S. 1 SGB V-RefE) und die Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes<sup>33</sup>. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können eine Stellungnahme abgeben, § 65g Abs. 3 S. 2 SGB V-RefE.

#### **IV. Ermittlung einer Bedarfsregion**

Der Normwortlaut macht deutlich, dass „eine enge Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst“ eine Tatbestandsvoraussetzung für den Anspruch der Kommune auf den Abschluss eines Gesundheitskiosk-Vertrags ist, § 65g Abs. 1 S. 4 SGB V-RefE.<sup>34</sup> Beispiele hierfür sind die „Mitwirkung bei Prävention und Gesundheitsförderung“ und die „Durchführung von Impfungen in den Räumen des Kioskes im Rahmen der bestehenden Delegationsmöglichkeiten“.<sup>35</sup> Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob das Vorhandensein einer „sozial benachteiligten Region“ (§ 65g Abs. 1 S. 1 SGB V-RefE) ebenfalls eine Voraussetzung für den Vertragsabschluss ist oder ob die Auswahl eines geeigneten Standorts zur Disposition der Kommunen steht. Für die letztere Variante spricht die Begründung im Referentenentwurf, in der es anders als bei der Formulierung zum öffentlichen Gesundheitsdienst heißt, dass Kioske in sozial benachteiligten Regionen eingerichtet werden „sollen“<sup>36</sup>. Auch in der Vergangenheit äußerte sich das Bundesgesundheitsministerium dahingehend, dass es davon ausgehe, dass Kommunen von ihrem Initiativrecht nur Gebrauch machen werden, wenn auch eine sozial benachteiligte Region vorliegt.<sup>37</sup> Dem gegenüber stehen der Sinn und Zweck von Gesundheitskiosken und auch das erklärte Ziel des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes, Chancengleichheit herzustellen und Angebote in „besonders benachteiligten Regionen und Stadtteilen“ zu schaffen.<sup>38</sup> Der Entwurf gibt folgende Beispiele, um die Benachteiligung einer Region zu erfassen, die aber nicht in § 65 SGB V-RefE aufgenommen wurden: ein hoher Anteil

---

<sup>32</sup> Zum Begriff vgl. die Ausführungen zu § 130b Abs. 1 S. 1 SGB V, von Dewitz, in: *Rolfs/Giesen/Mießling/Udsching*, BeckOK Sozialrecht, 69. Edition, Stand 1.6.2023, § 130b SGB V, Rn. 7.

<sup>33</sup> GVSG-RefE, S. 36., 37.

<sup>34</sup> Vgl. auch GVSG-RefE, S. 34.

<sup>35</sup> GVSG-RefE, S. 34.

<sup>36</sup> GVSG-RefE, S. 33.

<sup>37</sup> BT-Drs. 20/4439, S. 5 f.

<sup>38</sup> GVSG-RefE, S. 1.

an Empfängern von staatlichen Transferleistungen wie Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe, an wohnungslosen Menschen und an nicht deutschsprachiger Bevölkerung.<sup>39</sup>

Unabhängig davon, ob der Anspruch eine oder zwei Tatbestandsvoraussetzungen hat, handelt es sich bei der „Zusammenarbeit“ mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der „sozial benachteiligten Region“ um unbestimmte Rechtsbegriffe. Der Referentenentwurf dürfte deswegen auf Definitionen verzichten haben, weil die Kommunen und Krankenversicherungen vor Ort über konkretere Kenntnisse zu „ihrer“ Region verfügen.<sup>40</sup> Den Vertragspartnern könnte so bewusst ein gewisser Spielraum gelassen worden sein.<sup>41</sup>

Dieser Spielraum birgt aber, angesichts des hohen Finanzierungsanteils der gesetzlichen Krankenversicherungen, auch die Gefahr, dass zahlreiche Gesundheitskioske nicht durch eine Einigung der Vertragsparteien, sondern erst durch einen Schiedsspruch gemäß § 65g Abs. 3 S. 8 SGB V-RefE und erheblich verzögert zustande kommen: Um das Zustandekommen der Verträge zu gewährleisten<sup>42</sup>, sieht der Entwurf in § 65 Abs. 3 S. 8 SGB V-RefE ein Schiedsverfahren vor. Eine unabhängige Schiedsperson setzt (jedenfalls) den Inhalt des Vertrags fest, wenn sich die Vertragspartner darüber nicht einig werden. Hier stellt sich die Frage, welche rechtliche Qualität das Merkmal der „sozial benachteiligten“ Region hat. Handelt es sich um eine Anspruchsvoraussetzung, deren Vorliegen die gesetzlichen Krankenkassen bestreiten können? Oder handelt es sich um eine bloße Soll-Vorschrift, die dem Vertragsschluss nicht im Weg steht? Anders als in vergleichbaren sozialrechtlichen Normen trifft der Entwurf keine Aussage über den Rechtsschutz gegen den Schiedsspruch (vgl. §§ 73b Abs. 4a SGB V, 130b Abs. 4 S. 5 f. SGB V, 77 Abs. 2 S. 3 SGB XII).

### **C. Fazit**

Der Gesetzgeber hat erkannt, dass auch eine gute gesundheitliche Versorgung keinen Erfolg haben kann, wenn die Bevölkerung keinen Zugang zu ihr findet. Dem Referentenentwurf liegt das Bewusstsein dafür zugrunde, dass diese Zugangsschwierigkeiten regelmäßig durch strukturelle Hindernisse bedingt sind. Der Entwurf ist aber auch ein Beispiel dafür, dass der Gesetzgeber zunehmend die zwangsweise erhobenen Krankenkassenbeiträge für versicherungsfremde Leistungen einsetzt.<sup>43</sup> Auch stellt sich die Frage, wie Gesundheitskioske von den Kommunen, die sich ohnehin einem steigenden Finanzierungsdefizit ausgesetzt

---

<sup>39</sup> GVSG-RefE, S. 33.

<sup>40</sup> BT-Drs. 20/4439, S. 2.

<sup>41</sup> So auch *Bördner/Dittrich*, GuP 5/2023, 195, 196.

<sup>42</sup> GVSG-RefE, S. 37.

<sup>43</sup> Vgl. hierzu *Pfeiffer/Grunenberg*, SRa 2023, 1 ff.

sehen<sup>44</sup>, angenommen werden. Eine Regelung, die es auch finanzschwachen Kommunen ermöglicht, Gesundheitskioske einzurichten<sup>45</sup>, fehlt. Zu begrüßen ist deswegen die im Entwurf vorgesehene wissenschaftliche Evaluation (§ 65 Abs. 4 SGB V-RefE), deren Ergebnis erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten des GVSG vorliegen wird.

---

<sup>44</sup> Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung v. 5.10.2023, [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/10/PD23\\_394\\_71137.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/10/PD23_394_71137.html) (zuletzt abgerufen am 13.10.2023).

<sup>45</sup> Vgl. *Bördner/Dittrich*, GuP 5/2023, 195, 197, *Foltmann/Kießling*, MedR 2023, 520, 526.