



# ErgoMed

## Praktische Arbeitsmedizin

**BETRIEBSSICHERHEIT – BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT**

### Sicherheitsbeauftragte

Rauschmittel

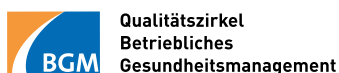
Arbeitszeit



# STEIGLEITER AUSSER BETRIEB!

## DIE NUTZUNG IST UNTERSAGT!

Offizielles Organ von:



In Zusammenarbeit mit:



J. Siedenburg · Th. Küpper (Hrsg.)

# Moderne Flugmedizin

■ Handbuch für Ärzte, Piloten,  
Fluglehrer, Flugschüler,  
Flugbegleiter und Flugreisende  
2. vollständig überarbeitete Auflage

Gentner

- VOLLSTÄNDIG ÜBERARBEITETE UND ERWEITERTE 2. AUFLAGE
- IN KÜRZE AUCH ALS E-BOOK ERHÄLTlich

J. Siedenburg – Th. Küpper

# Moderne Flugmedizin

Die komplett überarbeitete 2. Auflage präsentiert die aktuellen Erkenntnisse der flugmedizinischen und flugphysiologischen Wissenschaft sowie die zahlreichen nationalen und internationalen Regel- und Gesetzesänderungen in übersichtlicher, anschaulicher Form – unterstützt durch zahlreiche Abbildungen und Grafiken.

2. Auflage 2026, gebunden, 1112 Seiten,  
Auch als E-Book erhältlich, Preis: EUR 109,-  
ISBN: 978-3-87247-795-82



Bestellung unter:  
[www.gentner.de/buchshop](http://www.gentner.de/buchshop)

Gentner

# Sicherheitsbeauftragte und ihre Rolle im Betrieb

**S**icherheitsbeauftragte sind gem. § 22 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) berufen, den Unternehmer bei der Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu unterstützen. Sie sind das verbindende Glied zwischen Unternehmern, Führungskräften und Beschäftigten sowie in engem Austausch mit Fachkräften für Arbeitssicherheit, Betriebsärztinnen und -ärzten sowie Mitarbeitervertretungen.

Ihre besondere Stärke liegt in der täglichen Nähe zum Geschehen im Betrieb. Sicherheitsbeauftragte kennen Abläufe, Gefährdungen und Verbesserungspotenziale aus erster Hand – diese Praxishöhe und Expertise lässt sich durch rein administrative Vorgaben oder externe Instrumente nicht ersetzen.

Die im Sofortprogramm des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) avisierten Einsparungen durch den Wegfall von rund 123.000 ehrenamtlichen Sicherheitsbeauftragten würden zu erhöhten Unfallrisiken und Folgekosten führen. Die Entlastungsrechnung betrachtet primär unmittelbare Kosten; der präventive Nutzen bleibt außen vor. Der Return on Prevention (RoP) der Sicherheitsbeauftragten wird vollständig ignoriert. Ein Rückbau schwächt betriebliche Partizipation. In Zeiten des Fachkräftemangels ein wichtiger Faktor.

Die geplanten Maßnahmen dürfen die Grundidee partizipativer Prävention und eine tragfähige Sicherheitskultur in Unternehmen nicht unterminieren. Der Sicherheitsbeauftragte sorgt dafür, dass Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht nur formal erfüllt, sondern im Alltag gelebt und kontinuierlich verbessert wird – gerade in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU). Es soll weniger Krankentage geben und die Mitarbeitenden sollen länger arbeiten. Das gelingt nur mit gesunden und leistungsfähigen Beschäftigten. Wir alle kennen den Satz: „Gesunde Mitarbeiter in einem gesunden Unternehmen“.

Reformen sollen wissenschaftliche Evidenz und betriebliche Erfahrung gleichermaßen einbeziehen – unter aktiver Mitwirkung der Beschäftigten, ihrer Vertretungen, Unfallversicherungsträgern und der Berufs- und Fachverbände (VDSI, BsAfB, DGAUM, VDBW, BfSI).

Viel sinnvoller wäre es, die Rolle der Sicherheitsbeauftragten zu stärken und sie zu „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“ auszubauen.

Lasst uns alle unsere Stimme erheben und dafür Sorge tragen, dass dieses wichtige Element für Sicherheit und Gesundheit erhalten bleibt.

Wir haben in diesem Jahr noch einige wichtige Wahltermine.



Silvester Siegmann





Foto: © Laura - stock.adobe.com



Foto: © MQ-Illustrations - stock.adobe.com



Foto: © Studio Romatic - stock.adobe.com

**BsAfB-News**

- 05** BsAfB e. V.-Kurzportrait
- 06** BsAfB-News  
*Silvester Siegmann*
- 08** Verleihung des Heinrich-Dupuis-Preises an Herrn Patrick Aligbe

**Arbeitszeit**

- 09** Atypische Arbeitszeiten  
Mehr als ein Viertel der Beschäftigten arbeitete im Jahr 2023 am Wochenende  
*Statistisches Bundesamt*
- 10** Unabhängig von der Arbeitszeit  
Neun von zehn Beschäftigten sind mit ihrer Arbeit zufrieden  
*Institut der deutschen Wirtschaft (IW)*

**Homeoffice**

- 11** Homeoffice 2024 ähnlich weit verbreitet wie im Vorjahr, jedoch an weniger Tagen genutzt  
*Statistisches Bundesamt*
- 12** Arbeiten von zu Hause bleibt fester Bestandteil der Arbeitswelt  
*BAuA*

**Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit**

- 13** Gewalt am Arbeitsplatz  
Eine Befragung zur aktuellen Situation in Deutschland  
*Stefan Boltz, Anne Gebhardt, Annekatrin Wetzstein*
- 19** Sichere Lösch- und Rettungsarbeiten an Elektrofahrzeugen  
*DGUV*
- 20** Zur Bedeutung der Sicherheitsbeauftragten: Ein wichtiges Element von Sicherheit und Gesundheit insbesondere in KMU  
*Silvester Siegmann*

**Aktuelles aus dem Recht**

- 23** Antwort der Bundesregierung  
Hausärztliche Strukturen als zentraler Bestandteil einer guten Primärversorgung in Deutschland
- 35** Wettbewerbsrecht  
Kartellrechtliche Einordnung von medizinischen Versorgungszentren  
*Wissenschaftliche Dienste*

**Sucht**

- 38** Antwort der Bundesregierung  
Gefahren von Cannabis im Straßenverkehr  
*Wissenschaftliche Dienste*
- 41** Zum Kinder- und Jugendschutz im öffentlichen Raum bei der Einnahme von Medizinalcannabis  
*Wissenschaftliche Dienste*
- 43** Absturzunfälle bei der Arbeit: Baugewerbe besonders betroffen  
*BAuA*
- 44** Grundzüge der Systematik der Prüfung der Fahreignung im Hinblick auf den Konsum von Alkohol  
*Wissenschaftliche Dienste*
- 47** Aktueller Begriff  
Zum Einsatz von Lachgas als Rauschmittel  
*Jasmin Müller, Nicola Sediva Sycola*
- 48** Impfkzeptanz in Deutschland  
Erste Ergebnisse des Forschungsprojekts IMPRESS veröffentlicht  
*RKI*

**Service**

- 49** Termine
- 50** Impressum

# Der BsAfB e. V. im Kurzportrait

- Wir sind der Berufsverband selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte
- Unsere berufspolitischen Ziele liegen darin, die Stellung der selbstständigen Betriebsärztinnen und -ärzte zu stärken
- Unsere Stärke ist die lokale Präsenz unserer Mitglieder und die Kontinuität der Betreuung durch eine Ärztin oder einen Arzt des BsAfB
- Wir verstehen uns als der kompetente Partner für KMU
- Wir versenden regelmäßig einen kostenlosen Arbeitsmedizin-Newsletter
- Wir setzen uns für die Förderung eines hohen Qualitätsstandards auf den Gebieten Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Betriebliches Eingliederungsmanagement u. v. a. bei unseren Mitgliedern ein
- Im Rahmen von Forschungsaufträgen entwickelten wir das Verbundzertifikat (Osnabrücker Quality Assurance Management Modell – OsQa) mit der Hochschule Osnabrück
- Wir stehen im Gedankenaustausch in Qualitätszirkeln – via E-Mail und im öffentlichen Arbeitsmedizinforum (<http://www.arbeitsmedizinforum.de>). Wir möchten keine Einzelkämpfer sein
- Wir streben die synergistische Zusammenarbeit mit anderen Verbänden an, wie z. B. der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) als Dachverband DIE ARBEITSMEDIZIN, der Deutschen Fachgesellschaft Reisemedizin (DFR), dem Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit (VDSI), dem Bundesverband freiberuflicher Sicherheitsingenieure und überbetrieblicher Dienste e. V. (BFSI) und der Aktion gesunder Rücken e. V. (AGR).
- Seit der Satzungsänderung vom 5. Februar 2005 können auch angestellte Ärztinnen und Ärzte, Sicherheitsingenieure oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit (außerordentliche) Mitglieder werden



Silke Kretzschmar  
Vorsitzende BsAfB e. V.



Bundesverband selbstständiger  
Arbeitsmediziner und freiberuflicher  
Betriebsärzte e. V. – BsAfB

Gartenstr. 29  
49152 Bad Essen  
Telefon: (0) 5472 / 94 33 25  
Fax: (0) 5472 / 94 44 20

[www.bsafb.de](http://www.bsafb.de)  
[info@bsafb.de](mailto:info@bsafb.de)



Fotos: S. Siegmann

Zufriedene Teilnehmer während der gut besuchten Vorträge (Links: Silke Kretzschmar; dahinter: Michael Kretzschmar)

## BsAfB News

### Geballtes Networking und Fortbildungspower

In Mainz fand am 07. und 08. März 2026 im Eltzer Hof in Mainz der „22. Bundesweite Betriebsärztetag – Das Original!“ statt. Es war eine geballte Networking und Fortbildungspower in Mainz.

Am Betriebsärztetag gab es insgesamt rund 20 Vorträge zu diversen aktuellen Themen wie der Digitalisierung und der Telemedizin, dem Bürokratierückbau, Reisemedizin und Impfen, Niederlassung, Aktuellem aus der Welt der Drogen, Luftqualität in Schulräumen, Aktuellem aus

dem Recht usw. Namhafte Dozierende unterstützten uns dabei wie z. B. Prof. Dr. Kretzschmar, Prof. Dr. Dipl.-Ing. Stephan Letzel, Dr. med. Peter Kegel, Dr. med. Stefan Eßer, Dr. med. Uwe Ricken, Frau Dr. L. Günther, Patrick Aligbe und viele weitere.

Auch der interdisziplinäre Austausch durch die Teilnehmenden aus verschiedenen Fachgebieten in den Pausen und am Gesellschaftsabend bereicherte den Betriebsärztetag und verlieh ihm sein besonderes und beliebtes Profil.

Auf der Mitgliederversammlung am Sonntag wurde unsere Vorsitzende Silke Kretzschmar im Amt bestätigt, ebenso unser Schatzmeister Ludger Kessel. Neuer zweiter Vorsitzender ist Christian Wojtkowiak aus Dortmund. Herzlichen Glückwunsch zur Wahl und herzlichen Dank an seinen Vorgänger Oliver Heine. Der BsAfB hatte ein aktives Jahr, in dem die Interessen der niedergelassenen und selbstständigen Betriebsärztinnen und -ärzte gut vertreten wurden. Der Verband gewinnt immer mehr an Beachtung und wird immer mehr wahrgenommen.

Unsere Kassenprüfer Tamara Lehmann und Ole Fabian waren ebenfalls zufrieden und konnten den Vorstand zur Entlastung empfehlen. Die anwesenden Mitglieder kamen dem gerne einstimmig nach und bestätigten ebenfalls beide im Amt.

Schon einmal vormerken: Der nächste Betriebsärztetag findet am **6. und 7. März 2027** mit bewährter Unterstützung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) statt.



Silke Kretzschmar in der Pause im Gespräch mit einem Aussteller.

#### i

Der BsAfB ist erfolgreich in den Sozialen Medien präsent: Auf LinkedIn sind wir als Gruppe BsAfB vertreten. Also schnell eintreten und mit aktuellen News auf dem Laufenden bleiben. So können wir unser Netzwerk auch in der digitalen Welt nutzen und unsere Reichweite vergrößern.

# BsAfB e.V.

## Aufnahmeantrag



Eine Aufnahme ist nur mit Einzugsermächtigung möglich!  
Wer kann Mitglied werden? [www.bsafb.de](http://www.bsafb.de) » BsAfB-Mitglied werden

Gartenstr. 29  
49152 Bad Essen  
Telefon 05472 / 94 33 25  
Fax 05472 / 94 44 20  
info@bsafb.de  
www.bsafb.de

**Vorab auch per Fax 05472 / 94 44 20**

Titel	Name	Vorname
Gebietsbezeichnung		
Zusatzbezeichnung(en)		
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon	Fax	
E-Mail	Homepage	

### Bitte jeweils ankreuzen!

- Ich möchte die BsAfB-Rundschreiben an obige Faxnummer gesandt bekommen
- an folgende Faxnummer:
- nur per E-Mail - bitte beachten Sie die Konsequenzen für Ihre Beiträge (siehe unten!)
- per E-Mail und Fax

### Ich möchte im Mitgliederverzeichnis auf der BsAfB-Website unter Betriebsarztsuche bzw. FASI-Suche aufgeführt werden.

- Ja  Nein
- Ich strebe die außerordentliche Mitgliedschaft an.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

### Einzugsermächtigung (obligat)

Hiermit erteile ich dem BsAfB die widerrufliche Abbuchungsgenehmigung des satzungsgemäßen Vereinsbeitrages von zur Zeit:

- 150 EUR pro Jahr bei Rundschreiben und Vereinsmitteilungen an E-Mail-Anschrift
- 170 EUR pro Jahr bei Rundschreiben per Fax (erheblicher Mehraufwand)
- 130 EUR pro Jahr für außerordentliche Mitglieder (z. B. angestellte Ärzte/-innen)

ggf. Stempel

Im Mitgliedsbeitrag ist die kostenlose Zusendung der ErgoMed / Prakt. Arb.med. enthalten.  
Die Beiträge werden üblicherweise Anfang des Jahres für das jeweilige Kalenderjahr abgebucht.  
Erreicht uns ein Aufnahmeantrag im laufenden Jahr, wird anteilsmäßig nur der Betrag für die verbleibenden Monate abgebucht.

Kontoinhaber	Name und Ort des Kreditinstituts
IBAN	BIC
Ort, Datum	Unterschrift

# Verleihung des Heinrich-Dupuis-Preises an Herrn Patrick Aligbe

Herr Patrick Aligbe wurde am 19. November 2025 in Mainz für sein hohes Engagement im Bereich des Arbeitsschutzes der diesjährige Heinrich-Dupuis-Preis überreicht. Der Heinrich-Dupuis-Preis wird seit dem Jahr 2015 vom Verein zur Förderung der Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin in Mainz (FASUM e. V.) an Persönlichkeiten verliehen, die sich für die entsprechenden Fächer herausragend verdient gemacht haben.

**F**ASUM hat diesen Ehrenpreis nach Professor Dr. Ing. Heinrich Dupuis (1927–2016) benannt. Prof. Dupuis war als erfolgreicher Wissenschaftler fast 30 Jahre am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Mainz beschäftigt und zählte auf seinem Gebiet zu den renommiertesten Forschern weltweit.

Patrick Aligbe (Jahrgang 1976) absolvierte zunächst eine Ausbildung für den Polizeivollzugsdienst. Bereits während dieser Tätigkeit entwickelte sich sein starkes Interesse an juristischen Themen, so dass er berufsbegleitend ein juristisches Studium begann. Auf seinem weiteren Berufsweg war er zunächst als Sachbearbeiter für Polizei- und Ordnungsrecht im Bayerischen Staatsministerium des Inneren tätig, bevor er 2011 in den Bereich Arbeitsschutz der B.A.D. GmbH wechselte. Patrick Aligbe entwickelte seine Expertise an der Schnittstelle Recht, Medizin und Arbeitsschutz kontinuierlich weiter. Von 2017 bis 2019 qualifizierte er sich berufsbegleitend an der Westfälischen-Universität Münster für den Bereich Medizinrecht. Herr Aligbe ist heute als Rechtsreferent in der Rechtsabteilung der BG prevent GmbH tätig.

Im Rahmen seiner Lehrtätigkeit ist er Lehrbeauftragter für Medizinrecht und zudem sehr gern gesehener Referent in den ärztlichen Weiterbildungskursen u. a. in den Gebieten Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Infektionsschutz sowie des sozialen Arbeitsschutzes. Neben seiner Vortragstätigkeit ist Herr Aligbe als Autor zahlreicher rechtswissenschaftlicher Fachaufsätze und berufspraktischer Bücher sowie auch durch Kommentierungen von Gesetzestexten bestens bekannt.

In seiner Laudatio wies Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel, der Vorsitzende von FASUM, bei der Preisüber-



Herr Patrick Aligbe und Prof. Dr. Stephan Letzel bei der Übergabe des Heinrich-Dupuis-Preises

gabe auf die besonderen fachlichen Verdienste und das nachhaltige Engagement von Patrick Aligbe in der arbeitsrechtlichen Wissensvermittlung hin. Mit dem Heinrich-Dupuis-Preis wird eine Persönlichkeit geehrt, die juristische Expertise, didaktische Kompetenz und berufliche Integrität in vorbildlicher Weise vereint. Zudem betonte Prof. Letzel in seiner Würdigung des Preisträgers, dass dieser auch die Ärztinnen und Ärzte stets dazu ermahne, sich auf ihre medizinische Expertise zu konzentrieren und sich nicht in rechtliche Fragestellungen zu verstricken.

Kennzeichnend für die Tätigkeit von Herrn Aligbe sind seine klaren und präzisen Stellungnahmen zu arbeitsrechtlichen Fragestellungen. In einem komplexen und auslegungsbedürftigen Rechtsgebiet gelingt es ihm, rechtliche Sachverhalte strukturiert, verständlich und praxisnah darzustellen. Diese Klarheit wird in der Fachwelt als außergewöhnlich und besonders wertvoll wahrgenommen.

Hervorzuheben ist zudem seine fachliche Redlichkeit, die sich in der offenen Kommunikation fachlicher Grenzen aus-

drückt. Die Bereitschaft, auch explizit auf nicht abschließend beantwortbare Fragen hinzuweisen, unterstreicht er seinen verantwortungsvollen Umgang mit juristischen Problemen und stärkt die Glaubwürdigkeit seiner Aussagen.

Sein umfangreiches Fachwissen verbindet Herr Aligbe mit einem ausgeprägten didaktischen Geschick. Insbesondere in interdisziplinären Fortbildungsformaten gelingt es ihm, arbeitsrechtliche Inhalte adressatengerecht aufzubereiten und für die berufliche Praxis nutzbar zu machen. Sein Engagement als Referent in arbeitsmedizinischen Kursen stellt hierbei einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung dar.

Darüber hinaus zeichnen Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit die Zusammenarbeit mit Herrn Aligbe aus. Trotz seiner hohen fachlichen Reputation verzichtet Herr Aligbe auf Selbstdarstellung und stellt konsequent die Sache sowie den fachlichen Diskurs in den Mittelpunkt.

Mit dem Heinrich-Dupuis-Preis wurde eine Persönlichkeit geehrt, die für eine sachorientierte, praxisnahe und verantwortungsvolle Fachkultur steht.

## Atypische Arbeitszeiten

# Mehr als ein Viertel der Beschäftigten arbeitete im Jahr 2023 am Wochenende

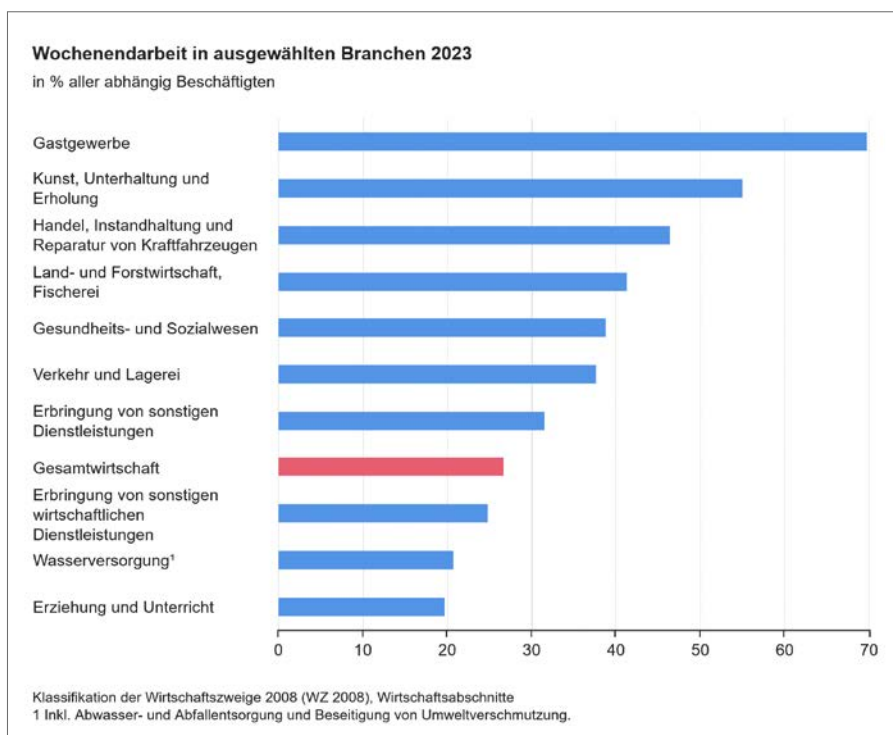
Mehr als ein Viertel (27 %) der abhängig Beschäftigten hat im Jahr 2023 zumindest gelegentlich Wochenendarbeit geleistet. Das teilt das Statistische Bundesamt (Destatis) nach Ergebnissen des Mikrozensus zum Tag der Arbeit am 1. Mai mit, an dem die Arbeitsbedingungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern traditionell im Fokus stehen. Besonders hoch war der Anteil in den Branchen Gastgewerbe (70 %), Kunst, Unterhaltung und Erholung (55 %) sowie im Handel, inklusive der Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (47 %). An Samstagen arbeitete zumindest gelegentlich ein Viertel (25 %) aller Beschäftigten, sonntags 15 % und an Feiertagen 6 %.

## Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer arbeiten etwa gleich häufig an Wochenenden

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer arbeiteten 2023 mit einem Anteil von 27 % beziehungsweise 26 % etwa gleich häufig an Wochenenden. Im Gastgewerbe leisteten zwei Drittel (67 %) der Arbeitnehmerinnen Wochenendarbeit. Im Handel (52 %) sowie im Bereich Kunst, Unterhaltung und Erholung (51 %) waren es jeweils etwas mehr als die Hälfte aller weiblichen Beschäftigten. Bei den Männern waren es knapp drei Viertel (74 %) der Arbeitnehmer im Gastgewerbe, 60 % in Kunst, Unterhaltung und Erholung sowie 46 % im Gesundheits- und Sozialwesen, die zumindest gelegentlich am Wochenende arbeiteten.

## Ein Viertel arbeitet abends, 15 % im Schichtsystem und 9 % nachts

Neben arbeitsreichen Wochenenden sind Abend- und Nachtarbeit sowie die Arbeit



Grafik: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025

im Schichtsystem mit besonderen Belastungen für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verbunden. Ein Viertel (25 %) der abhängig Beschäftigten arbeitete im Jahr 2023 zumindest gelegentlich abends, also zwischen 18 und 23 Uhr. 15 % arbeiteten zumindest gelegentlich im Schichtsystem, 9 % nachts zwischen 23 und 6 Uhr. Bei Männern sind diese Arbeitsformen häufiger vertreten: Sie richteten zu 28 % Abendarbeit, zu 16 % Schichtarbeit und zu 12 % Nachtarbeit. Bei Frauen waren es 23 % der Arbeitnehmerinnen, die zumindest gelegentlich abends arbeiteten, 13 % arbeiteten in Schichten und 6 % nachts.

Gut die Hälfte (51 %) der abhängig Beschäftigten im Gastgewerbe leistete 2023 Abendarbeit. In der Kunst, Unterhaltung und Erholung waren es 46 %, im Gesundheits- und Sozialwesen gut ein Drittel (34 %). Schichtarbeit leisteten

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer häufig im Gesundheits- und Sozialwesen (28 %), im Bereich Verkehr und Lagerei (24 %) sowie im Gastgewerbe (21 %). Nachtarbeit war vor allem in den Branchen Verkehr und Lagerei (22 %), Gesundheits- und Sozialwesen (16 %) und im Gastgewerbe (13 %) verbreitet.

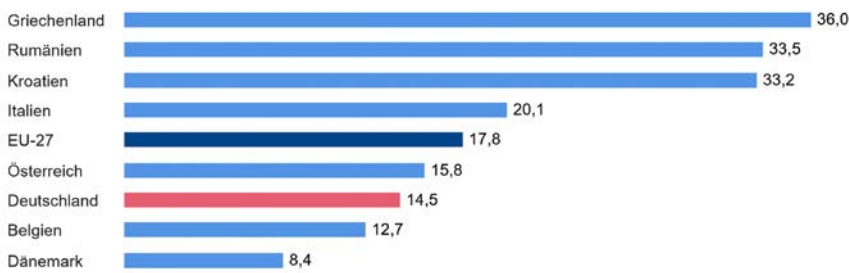
## 18 % der Beschäftigten in der EU arbeiten in Schichten

In der Europäischen Union (EU) arbeiteten im Jahr 2023 mit 18 % anteilig etwas mehr abhängig Beschäftigte in einem Schichtsystem als in Deutschland (15 %). EU-weit war der Anteil an Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeitern in Griechenland (36 %), Rumänien (34 %) und Kroatien (33 %) am höchsten. In Dänemark hingegen war Schichtarbeit im europäischen Vergleich deutlich weniger häufig verbreitet (8 %).

Die Angaben zu atypischen Arbeitszeiten in Deutschland stammen aus den Erstergebnissen des Mikrozensus 2023. Der Mikrozensus ist eine Stichprobenerhebung, bei der jährlich rund 1 % der Bevölkerung in Deutschland befragt wird. Alle Angaben beruhen auf Selbstauskünften der Befragten. Um aus den erhobenen Daten Aussagen über die Gesamtbevölkerung treffen zu können, werden die Daten an den Eckwerten der Bevölkerungsfortschreibung hochgerechnet. Die Hochrechnung basiert auf der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011. Auf Basis des Zensus 2022 hochgerechnete Ergebnisse des Mikrozensus liegen seit 2025 vor.

Grafik: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025

**Schichtarbeit in ausgewählten EU-Staaten 2023**  
in % aller abhängig Beschäftigten



Quelle: Eurostat

Die europäischen Daten zu Schichtarbeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern stammen aus der Arbeitskräfteerhebung der EU, die in Deutschland in den Mikrozensus integriert ist.

Angegeben sind jeweils die Anteile der abhängig Beschäftigten ab 15 Jahren, die

angegeben haben, innerhalb der letzten vier Wochen ständig, regelmäßig oder gelegentlich an einem Samstag, Sonntag, Feiertag, abends (18 bis 23 Uhr), nachts (23 bis 6 Uhr) oder im Schichtsystem gearbeitet zu haben.

## Unabhängig von der Arbeitszeit

# Neun von zehn Beschäftigten sind mit ihrer Arbeit zufrieden

Die Regierung plant eine wöchentliche statt einer täglichen Höchst-arbeitszeit. Eine neue Auswertung des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) zeigt: Gerade bei Büroangestellten ist mehr Flexibilität bei der Arbeitszeit möglich – ohne negative Auswirkungen.

Die Bundesregierung plant eine Reform des Arbeitszeitgesetzes: Künftig soll statt einer täglichen eine wöchentliche Höchst-arbeitszeit gelten. Ziel ist es, die Arbeitszeit über die Woche hinweg flexibler zu gestalten – ohne die Gesamt-arbeitszeit auszuweiten oder bestehende Tarifverträge zu verändern. Beschäftigte könnten so an einem Tag länger arbeiten und an einem anderen kürzer – etwa um familiären Verpflichtungen besser nachkommen zu können.

Eine IW-Auswertung auf Basis von Arbeitszeiterhebungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) im Jahr 2021 von über 8.600 Büroangestellten zeigt: Besonders bei Büroangestellten gibt es durchaus Spielräume – ohne negative Auswirkungen.

## Längere Arbeitstage beeinträchtigen die Zufriedenheit nicht

So gehen längere tägliche Arbeitszeiten nicht mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit einher. Im Gegenteil: Rund 90 Prozent der Befragten sind mit ihrer Arbeit zufrieden – unabhängig davon, ob sie weniger als acht oder mehr als zehn Stunden pro Tag arbeiten. Auch die gefühlte Arbeitsüberforderung bleibt über alle Arbeitszeitgruppen hinweg konstant niedrig: Nur 13 Prozent der Büroangestellten geben an, sich durch ihr Arbeitspensum eher überfordert zu fühlen. Wer

mehr als zehn Stunden täglich arbeitet, berichtet auch nicht signifikant häufiger von Erschöpfung oder anderen Belastungssymptomen als Beschäftigte mit kürzeren Arbeitstagen.

## Arbeitszeitmodelle müssen flexibler werden

„Die starre tägliche Höchst-arbeitszeit ist für viele Büroangestellte nicht mehr zeitgemäß. Entscheidend ist eine Arbeitszeitgestaltung, die individuelle Bedürfnisse, berufliche Anforderungen und gesundheitliche Aspekte in Einklang bringt“, sagt IW-Arbeitsmarktexperte Oliver Stettes. Flexiblere Arbeitszeitmodelle fördern die Selbstbestimmtheit, was letztlich die Zufriedenheit stärkt. „Klar ist aber auch: Nicht jede Tätigkeit eignet sich für längere Arbeitszeiten – allein aus Sicherheits- und Gesundheitsgründen. Doch bei Büroberufen darf man mehr Flexibilität wagen.“



## Homeoffice 2024 ähnlich weit verbreitet wie im Vorjahr, jedoch an weniger Tagen genutzt

**H**omeoffice hat sich in Deutschland auch nach der Covid-19-Pandemie weiter etabliert, wird jedoch an weniger Arbeitstagen genutzt. Knapp ein Viertel (24 %) aller Erwerbstätigen war im Jahr 2024 zumindest gelegentlich im Homeoffice, wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt. Damit lag der Anteil auf einem ähnlichen Niveau wie in den Jahren 2023 (23 %) und 2022 (24 %). Wie stark sich das Arbeiten von zuhause inzwischen etabliert hat, zeigt der Vergleich mit dem Vor-Corona-Niveau: 2019 hatten lediglich 13 % der Erwerbstätigen im Homeoffice gearbeitet.

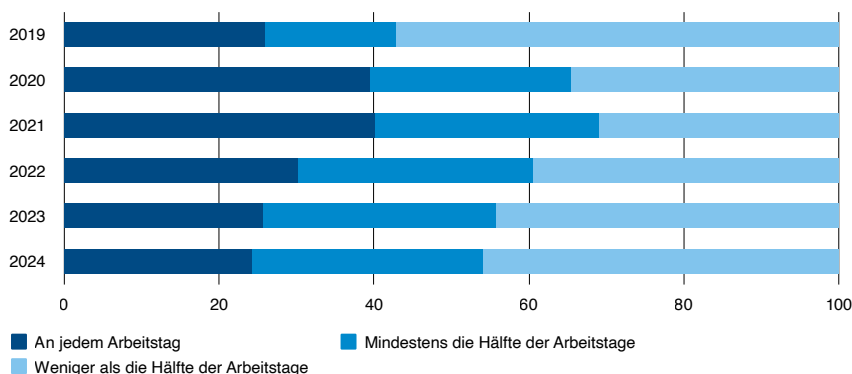
### Wie häufig Homeoffice genutzt wird

Homeoffice wird inzwischen jedoch weniger umfänglich genutzt als in den teils von der Corona-Pandemie geprägten Vorjahren. So arbeiteten im Jahr 2024 lediglich 24 % der Homeoffice-Nutzer ausschließlich von zu Hause aus. Im Jahr 2023 waren es 26 %, auf dem Höchststand im Pandemie-Jahr 2021 noch 40 %. Dagegen stieg der Anteil derer, die weniger als die Hälfte ihrer Arbeitstage im Homeoffice verbrachten: Im Jahr 2024 arbeitete knapp die Hälfte (46 %) der Erwerbstätigen, die Homeoffice nutzten, genauso oft oder häufiger am Arbeitsplatz als von zu Hause aus.

Statistisches Bundesamt (Destatis)

### Wie häufig Homeoffice genutzt wird

Anteil an allen Erwerbstätigen, die Homeoffice nutzen, in %



Quelle: Mikrozensus

Anteil der Beschäftigten, die Homeoffice nutzen – Erstergebnisse 2024

2023 waren noch 44 % der Erwerbstätigen seltener im Homeoffice als am Arbeitsplatz, 2021 waren es 31 %.

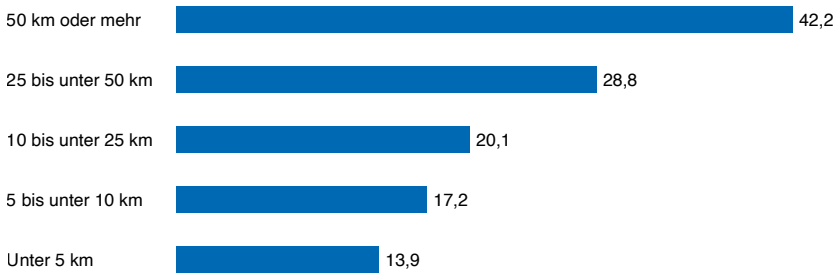
### Entfernung vom Arbeitsplatz spielt wichtige Rolle bei Homeoffice-Nutzung

Je weiter der Arbeitsplatz entfernt ist, desto höher ist der Anteil der abhängig Beschäftigten, die zumindest gelegentlich Homeoffice nutzten. 42 % der Beschäftigten, deren Arbeitsstätte 50 oder mehr Kilometer von ihrem Wohnort entfernt war, arbeiteten im Jahr 2024 im Homeoffice. Bei einer Entfernung von 25 bis unter 50 Kilometer betrug der Anteil 29 %. Am geringsten war der Anteil bei

Beschäftigten, deren Arbeitsstätte weniger als 5 Kilometer von ihrem Wohnort entfernt war – dort waren es 14 %. Gegenüber dem Jahr 2020 sind die Anteile vor allem bei den Beschäftigten gestiegen, die in großer Entfernung von ihrer Arbeitsstätte wohnten: Bei einer Entfernung von 50 oder mehr Kilometern stieg der Anteil um 8 Prozentpunkte (2020: 34 %). Betrug die Entfernung 25 bis unter 50 Kilometer, stieg er 2024 gegenüber 2020 um 6 Prozentpunkte (2020: 23 %). Ein denkbarer Grund für diese Entwicklung: Beschäftigte nehmen bei bestehenden oder neuen Arbeitsverhältnissen längere Pendelstrecken in Kauf, die sie durch

**Homeoffice-Nutzung nach Entfernung zwischen Wohnort und Arbeitsstätte 2024**

Anteil an abhängig Beschäftigten, die Homeoffice nutzen, in %



Quelle: Mikrozensus 2024 (Erstergebnisse)

die Homeoffice-Möglichkeit zumindest an einigen Tagen vermeiden können.

**15- bis 24-Jährige arbeiten am seltensten von zu Hause aus**

Dass Homeoffice auch genutzt werden dürfte, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu gewährleisten, zeigt ein Blick auf die Verteilung nach Altersgruppen. Den höchsten Homeoffice-Anteil unter allen Erwerbstätigen hatten 2024 die 35- bis 44-Jährigen mit 29 %, gefolgt von den 25- bis 34-Jährigen mit 28 %. Die Notwendigkeit einer Kinderbetreuung könnte ein Grund für den hohen Anteil in dieser Altersgruppe sein. Am seltensten

nutzten Homeoffice die 15- bis 24-jährigen Erwerbstätigen (11 %).

**Homeoffice-Anteil in Deutschland leicht über EU-Durchschnitt**

Im EU-Vergleich lag Deutschland im Jahr 2024 leicht über dem Durchschnitt. In den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) arbeiteten durchschnittlich 23 % aller Erwerbstätigen ab 15 Jahren zumindest gelegentlich von zu Hause aus. In den Niederlanden (52 %), in Schweden (46 %) und in Luxemburg (43 %) war der Homeoffice-Anteil EU-weit am höchsten. In Bulgarien (3 %), Rumänien (4 %) und Griechenland (8 %)

arbeiteten anteilig die wenigsten Erwerbstätigen von zu Hause aus.

**Methodische Hinweise**

Es handelt sich um Ergebnisse des Mikrozensus, der größten jährlichen Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik, bei der rund 1 % der Bevölkerung zu seinen Lebensbedingungen befragt werden.

Die Homeoffice-Anteile umfassen jeweils Erwerbstätige, die angaben, zum Zeitpunkt der Befragung in den vergangenen vier Wochen mindestens einmal oder häufiger von zu Hause aus gearbeitet zu haben.

Bei den Entfernungsanteilen handelt es sich um Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzbefragung „Pendlerverhalten“, die im Abstand von vier Jahren erhoben werden. Es wurden nur abhängig Beschäftigte berücksichtigt, die Angaben zu vordefinierten Entfernungs-Kilometerklassen zur Arbeitsstätte gemacht haben.

Für den EU-Vergleich wurden alle Erwerbstätigen zusammengefasst, die manchmal oder gewöhnlich von zu Hause aus arbeiteten. Daher kann es vereinzelt zu geringfügigen Abweichungen der aufsummierten Anteile durch Rundungen kommen.

## Arbeiten von zu Hause bleibt fester Bestandteil der Arbeitswelt (06/26)

Das Arbeiten von zu Hause hat sich weiter etabliert. Dies zeigen Auswertungen der BAuA-Arbeitszeitbefragung 2023. Demnach arbeiten rund 50 Prozent der Beschäftigten von zu Hause. Zudem haben betriebliche Vereinbarungen sowie die Erfassung der Arbeitszeit im Homeoffice zugenommen. Von diesen Regelungen profitieren Beschäftigte deutlich.

Wo es klare betriebliche Vereinbarungen gibt, berichten Beschäftigte von mehr zeitlichen Flexibilitätsmöglichkeiten (z. B. Einfluss auf Arbeitsbeginn und -ende, Einfluss auf Pausen), weniger zeitliche Entgrenzung (z. B. überlange Arbeitszeiten, Überstunden) und einer besseren Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben. Auch die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ist in diesen Fällen höher. Fehlen solche betrieblichen

Vereinbarungen, stehen Beschäftigte Risiken wie einer zeitlichen Entgrenzung zwischen Arbeit und Privatleben sowie gesundheitlichen Belastungen wie Müdigkeit und Erschöpfung gegenüber.

Die Auswertungen zeigen, dass sich Geschlechterunterschiede beim Arbeiten von zu Hause weiter verringert haben. Frauen arbeiteten 2023 etwas häufiger von zu Hause als Männer. Dabei hat sich der Anteil der Arbeit von zu Hause ohne Vereinbarung zwischen Männern und Frauen etwas angeglichen. Starke Unterschiede in der Verbreitung zeigten sich weiterhin beim Bildungsniveau. Beschäftigte mit

hoher Bildung arbeiten deutlich häufiger im Homeoffice als Beschäftigte mit einem niedrigen oder mittleren Bildungsniveau.

Insgesamt machen die Auswertungen deutlich: Das Arbeiten von zu Hause hat auch nach der Pandemie weiter Bestand. Klare betriebliche Regelungen tragen dazu bei, die Zufriedenheit und Gesundheit der Beschäftigten zu stärken.

Der baua: Bericht kompakt „Arbeit von zu Hause: Ergebnisse der BAuA-Arbeitszeitbefragung 2023“ kann als PDF von der Internetseite der BAuA unter [www.baua.de/publikationen](http://www.baua.de/publikationen) heruntergeladen werden.

BAuA

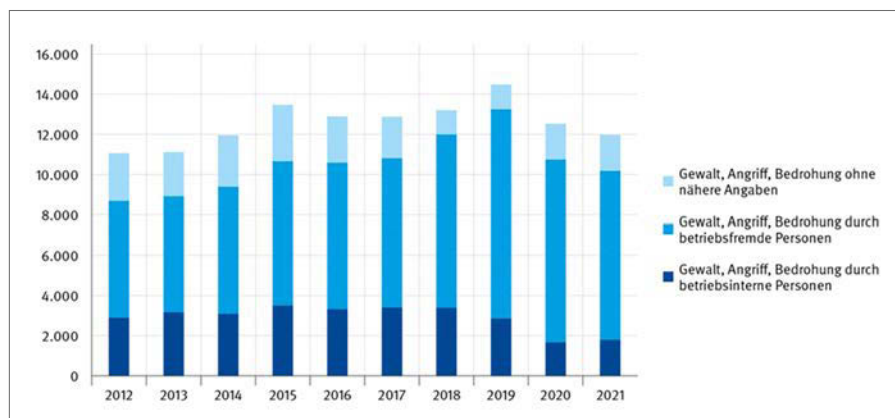
# Eine Befragung zur aktuellen Situation in Deutschland

Gewalt am Arbeitsplatz kann die Gesundheit der Beschäftigten erheblich beeinträchtigen. Eine Befragung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ermittelte Ausmaß und Formen von Gewalt durch betriebsfremde Personen sowie Maßnahmen zu Prävention. Die Ergebnisse zeigen die Präsenz von Gewalt am Arbeitsplatz, insbesondere in den Sektoren Gesundheit, Soziales sowie öffentliche Verwaltung, und verdeutlichen die Dringlichkeit gezielter Präventions- und Interventionsstrategien. Unternehmen und Institutionen sollten verstärkt auf Schutzmaßnahmen sowie die Schulung ihrer Beschäftigten im Umgang mit Gewaltvorfällen setzen, um langfristig sichere Arbeitsbedingungen zu gewährleisten.

Mit der Ratifizierung des „Übereinkommens über die Beseitigung von Gewalt und Belästigung in der Arbeitswelt“ der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) im Jahr 2023 hat sich die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, „das Recht einer jeder Person auf eine Arbeitswelt ohne Gewalt und Belästigung“ zu achten, zu fördern und zu verwirklichen [1]. Das Übereinkommen ist weltweit das erste dieser Art, das Beschäftigten weitreichenden Schutz vor Gewalt und Belästigung bei der Arbeit bietet [2].

Vor dem Hintergrund des Übereinkommens, aber auch mit Blick auf die zunehmende gesellschaftliche Sensibilität gegenüber Gewalt haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in den vergangenen Jahren Maßnahmen ergriffen, mit denen sie die betriebliche Gewaltprävention unterstützen. Gemeinsam mit ihrem Spitzenverband, der Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), haben Berufsgenossenschaften und Unfallkassen das Thema zudem in den Mittelpunkt ihrer Kommunikation gestellt. Die Kampagne #GewaltAngehen informiert seit Dezember 2023 über Präventions- und Nachsorgeangebote der gesetzlichen Unfallversicherung für Betriebe, Einrichtungen und Versicherte [3].

Stefan Boltz, Anne Gebhardt,  
Dr. Annekatrin Wetzstein  
Institut für Arbeit und Gesundheit  
der DGUV (IAG),



Quelle: DGUV Referat Statistik

Abbildung 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Unternehmerinnen und Unternehmern durch Gewalt

## Definition von Gewalt

Niemand soll während der Arbeit oder bei der Ausübung eines Ehrenamtes Gewalt erfahren. Diesen Anspruch hat die gesetzliche Unfallversicherung für ihre Präventionsarbeit formuliert. Sie bezieht sich dabei auf ein Verständnis des Begriffs „Gewalt“, wie ihn das ILO-Übereinkommen Nr. 190 definiert. Danach umfasst Gewalt eine Bandbreite von inakzeptablen Verhaltensweisen und Praktiken oder deren Androhung, die darauf abzielen, physischen, psychischen, sexuellen oder wirtschaftlichen Schaden zu verursachen.

Berufsgenossenschaften und Unfallkassen führen dazu in ihrem Grundverständnis von Gewalt bei der Arbeit und in Bildungseinrichtungen aus, dass Gewalt daher „nicht nur Handlungen wie körperliche Angriffe, sondern beispielsweise auch sexuelle Belästigung, Nötigung, (Cyber-)Mobbing, Diskriminierung und

Drohungen“ umfasst [4]. Das Grundverständnis dient der fachlichen Verständigung in Hinblick auf das Präventionshandeln zum Thema Gewalt. Die Unfallversicherungsträger entwickeln auf dieser Basis spezifische Strategien zur Gewaltprävention.

## Umfang von Gewalt bei der Arbeit

Von rund 60 meldepflichtigen Arbeitsunfällen ist etwa einer die Folge von Gewalt. Ein mehrjähriger Vergleich zeigt in Abbildung 1, dass die Zahl gewaltbedingter Arbeitsunfälle in einem Korridor zwischen 9.000 und 13.000 Unfällen pro Jahr schwankt [5]. Der für das Gesamtunfallgeschehen prägende Trend rückläufiger Unfallzahlen spiegelt sich in dieser Kategorie von Arbeitsunfällen nicht wider [6]. Zu beachten ist zudem, dass meldepflichtige Arbeitsunfälle nur einen Teil des tatsächlichen Geschehens

abbilden. Eine Meldepflicht besteht erst ab einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen. Beamte werden in den Statistiken der gesetzlichen Unfallversicherung nicht erfasst, da Dienstunfälle nicht unter den Geltungsbereich des SGB VII fallen.

**Gewaltprävention als Pflicht des Arbeitgebers**

Das Arbeitsschutzgesetz weist Arbeitgebenden die Verantwortung für Sicherheit und Gesundheit ihrer Beschäftigten am Arbeitsplatz zu [7]. Es verpflichtet sie, mögliche Gefährdungen zu ermitteln und Schutzmaßnahmen dagegen zu ergreifen. Vorstellbare und bereits eingetretene Gewaltereignisse müssen bei der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt werden.

Das Aachener Modell zur Reduzierung von Bedrohungen und Übergriffen am Arbeitsplatz strukturiert das Thema Gewalt in vier verschiedene Gefährdungsstufen, die jeweils spezifische Präventionsmaßnahmen und Verantwortlichkeiten erfordern [8]. Diese Stufen sind in Abbildung 2 dargestellt.

Anhand dieser Stufeneinteilung sind gezielte Präventionsmaßnahmen und Verantwortlichkeiten festzulegen. Dabei sind für alle Stufen aufeinander abgestimmte Maßnahmen abzuleiten und deren Wirksamkeit ist regelmäßig zu überprüfen.

**Risikofaktoren für das Auftreten von Gewalt**

Bekannte Risikofaktoren für das Auftreten von Gewalt am Arbeitsplatz umfassen verschiedene Situationen und Tätigkeiten, die das Risiko für Gewalt erhöhen können. Diese Risikofaktoren sind:

- **Umgang mit Bargeld oder Wertgegenständen:** Tätigkeiten, bei denen regelmäßig Bargeld oder wertvolle Gegenstände gehandhabt werden, können das Risiko von Überfällen und Diebstählen erhöhen.
- **Ausübung von Kontrollaufgaben:** Aufgaben, die Autorität und Kontrolle beinhalten, wie beispielsweise Fahrscheinkontrollen oder Polizeiarbeit, können zu Konflikten und gewalttätigen Auseinandersetzungen führen.

- **Umgang mit schwierigen Personengruppen:** Der Kontakt mit Personen, die möglicherweise aggressiv oder emotional instabil sind, kann das Risiko von Gewalt erhöhen.
- **Öffentlich zugängliche Einzelarbeitsplätze oder Alleinarbeit in Privaträumen der Kundinnen und Kunden:** Einzelarbeitsplätze, insbesondere solche, die öffentlich zugänglich sind oder in den Privaträumen von Kundinnen und Kunden stattfinden, können das Risiko von Übergriffen und Gewalt erhöhen.

Diese Risikofaktoren sind wichtige Aspekte, die bei der Gefährdungsbeurteilung und der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden sollten.

**Vorliegende Studienlage**

Verschiedene Untersuchungen und Studien haben in den vergangenen Jahren versucht, das Dunkelfeld – also das nicht-meldepflichtige Gewaltgeschehen bei der Arbeit – zu erhellen. Eine Studie des

	Gefährdungslage	Verantwortung	Handlungsempfehlung	Voraussetzung
0	normale bis kontroverse Gesprächssituation	Eigenverantwortung des Beschäftigten	sichere Arbeitsumgebung	Grundsaterklärung gegen Gewalt
			gefahrenbewusste Absprachen	Gefahrenbewusstsein schaffen
			gefahrenbewusste Büroeinrichtung	regelmäßige Unterweisung
			Umgang mit Stress	Qualitätssicherung „Standards der Gesprächsführung“
1	verbal aggressiv Unangepasstes Sozialverhalten Sachbeschädigung	Intervention/ Konfliktlösung durch den Beschäftigten/ Unterstützung durch die Führungskraft	professionelle Kommunikation	regelmäßige Kommunikationstrainings
			bei problematischen Kunden Vorsorge treffen	Umgang mit Stress trainieren kurz- und langfristige Strategien
			Platzverweis/Hausverbot aussprechen	<b>Informationsveranstaltungen</b> „Selbsthilferechte“ „Stralattbestände“
			Strafanzeige nach Einzelfallentscheidung	<b>Seminare</b> „Umgang mit Aggressionen“ „Deeskalationstraining“ „Erkennen von psychischen Erkrankungen/Störungen“
2	Handgreiflichkeiten Körperliche Gewalt Bedrohung/Nötigung Durchsetzung eines Platzverweises	Sicherheitsdienst/ alternativ Polizei  Sicherheit ist von Profis sicherzustellen <b>Beschäftigte sind kein Sicherheitsdienst</b>	ggfs. Hilfe hinzuziehen	Standards nach Übergriffen ggfs. „Alarmsystem“/Absprachen
			Selbstbehauptung, Deeskalation, Körpersprache	
			Platzverweis/Hausverbot durchsetzen	Sicherheitsdienst/Zugangskontrolle einrichten
			Eigensicherung beachten, Fluchtwege nutzen	Alarmsystem installieren
3	Einsatz von Waffen oder Werkzeugen Bombendrohung, Amoklauf Geiselnahme Überfall	Sachverhaltsklärung/ Gefahrenabwehr muss durch Polizei erfolgen  Sicherheitsdienst trifft nur „Erste Maßnahmen“	Strafanzeige erfolgt grundsätzlich	verbindlich festgelegter Ablauf bei Notruf
			ggf. festhalten bis zum Eintreffen der Polizei	Rettungs- und Fluchtwege einrichten
			Unfallanzeige	Unfallanzeigen standardisieren
			evtl. medizinische und psychologische „Erste Hilfe“	psychologische Erste Hilfe sicher, stellen Opferschutz
			Beschäftigte lageangepasst informieren	Informationsmanagement
			sofort Polizei „110“	Absprachen intern und extern (Polizei)
			Eigensicherung beachten!	psychologische Notfallversorgung (mit externen Kräften) einrichten
			medizinische und psychologische Notfallversorgung	Notfallpläne erstellen Rettungskräfte schulen
			grundsätzlich Unfallanzeige	Alarmierungsmöglichkeit zur Polizei

Quelle: Unfallkasse NRW, PIN 37 / Grafik: kleonstudio.com

Abbildung 2: Das Aachener Modell

Bundesinnenministeriums kam 2022 zu dem Ergebnis, dass jede und jeder vierte Beschäftigte im öffentlichen Dienst schon Gewalt am Arbeitsplatz erlebt hatte [9]. In einer Befragung des Verbands Bildung und Erziehung (VBE) aus dem Jahr 2022 gaben zwei Drittel der befragten 1.300 Schulleitungen an, dass es an ihrer Schule innerhalb der letzten fünf Jahre Fälle psychischer Gewalt gegen Lehrkräfte gegeben habe [10]. Ein weiteres Drittel gab an, dass es in den letzten fünf Jahren zu gewalttätigen körperlichen Angriffen auf Lehrkräfte oder Schulleitungen gekommen sei. In einer repräsentativen Umfrage im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gaben im Jahr 2024 73 Prozent der Krankenhäuser an, dass die Zahl der Übergriffe in den vergangenen fünf Jahren mäßig (53 %) oder deutlich (20 %) gestiegen ist [11].

### Umfrage der DGUV

Gewalt am Arbeitsplatz ist ein ernstzunehmendes Phänomen, das sowohl die psychische als auch die physische Gesundheit der Beschäftigten erheblich beeinträchtigen kann. Im Auftrag der DGUV führte die forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH eine repräsentative Befragung unter abhängig Beschäftigten durch, die häufig Kontakt mit betriebsfremden Personen haben. Ziel der Befragung war es, das Ausmaß und die Formen von Gewalt am Arbeitsplatz zu erfassen sowie Maßnahmen zur Prävention und zum Umgang mit Gewaltvorfällen zu untersuchen.

Die Erhebung wurde vom 26. November bis 4. Dezember 2024 im Rahmen des repräsentativen Panels forsa.omninet als Online-Befragung durchgeführt. Insgesamt wurden 2.512 abhängig Beschäftigte ab 18 Jahren befragt. Die Ergebnisse der Befragung können mit einer Fehler-toleranz von +/- 2 Prozentpunkten auf die Gesamtheit der Zielgruppe übertragen werden. Die Auswahl der Befragten erfolgte mittels einer Zufallsstichprobe und einer Screeningfrage nach dem Kontakt mit betriebsfremden Personen. Gemeint ist damit der Kontakt zu Einzelpersonen oder Gruppen wie Kundinnen/Kunden, Patientinnen/Patienten, Schülerinnen und Schüler, Lieferanten, Bürgerinnen und Bürgern etc. Der Kontakt kann entweder persönlich und vor Ort erfolgen oder aber auch telefonisch, über eine Videokonferenz, per E-Mail oder einen Chat.

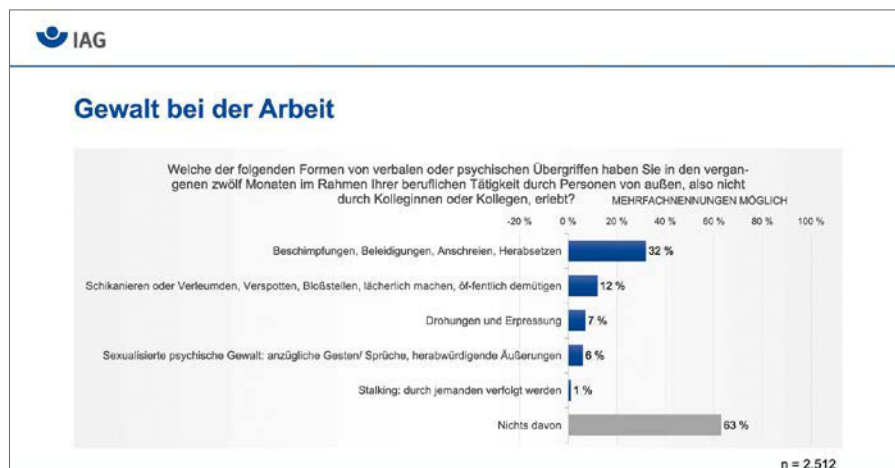


Abbildung 3: Formen verbaler oder psychischer Gewalt

### Erfahrungen mit psychischer Gewalt

Ein erheblicher Anteil der Befragten (36 %) gab an, in den letzten zwölf Monaten psychische Gewalt am Arbeitsplatz erlebt zu haben. Die häufigsten Formen dieser Gewalt waren Beschimpfungen und Beleidigungen (32 %), gefolgt von Schikanieren und Verleumden (12 %), Drohungen und Erpressung (7 %) sowie sexualisierte psychische Gewalt (6 %). Insgesamt 63 Prozent der Befragten haben in den letzten zwölf Monaten keinerlei verbale oder psychische Übergriffe durch betriebsfremde Personen erlebt. Die Ergebnisse zeigt Abbildung 3.

Bei der Auswertung der Ergebnisse nach den wichtigsten Branchen sind vor allem zwei Branchen besonders auffällig: Befragte, die im Gesundheits- und Sozialwesen beziehungsweise in der öffentlichen Verwaltung tätig sind, haben überdurchschnittlich häufig (mehr als die Hälfte) in den letzten zwölf Monaten Erfahrungen mit verbalen oder psychischen Übergriffen durch betriebsfremde Personen gemacht und damit deutlich häufiger als abhängig Beschäftigte in allen anderen Branchen. Auch bei Beschäftigten in diesen beiden Branchen waren Beschimpfungen und Beleidigungen die häufigste Form der erlebten Übergriffe durch Personen von außen; im Gesundheits- und Sozialwesen (49 %), in der öffentlichen Verwaltung (46 %). Dagegen berichteten 36 Prozent der Beschäftigten im Verkehr und in der Lagerhaltung sowie im Handel von psychischen Übergriffen. Im verarbeitenden Gewerbe und im Baugewerbe waren die Zahlen mit 11 Prozent bzw. 21 Prozent auch deutlich niedriger.

Generell berichten Frauen (35 %) etwas häufiger als Männer (28 %) von psychischen oder verbalen Übergriffen. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen betreffen vor allem Beschimpfungen und Beleidigungen sowie Formen von sexualisierter psychischer Gewalt.

Generell berichten Frauen (35 %) etwas häufiger als Männer (28 %) von psychischen oder verbalen Übergriffen. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen betreffen vor allem Beschimpfungen und Beleidigungen sowie Formen von sexualisierter psychischer Gewalt.

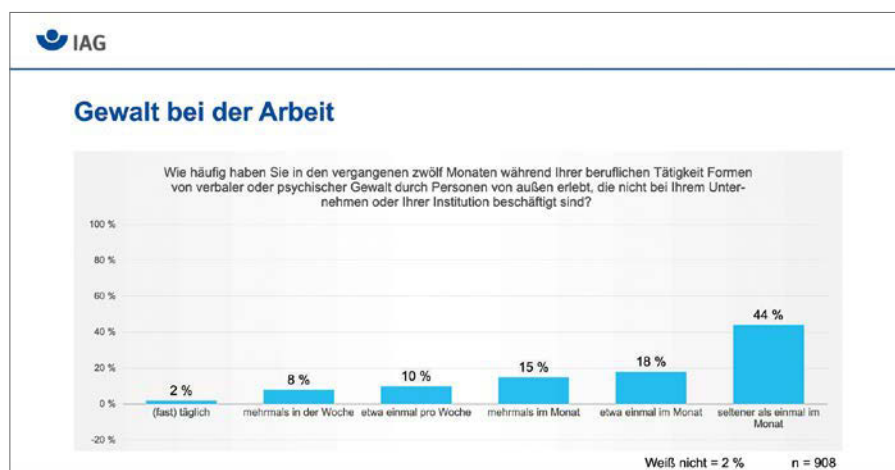


Abbildung 4: Häufigkeit von psychischer oder verbaler Gewalt

62 Prozent der Beschäftigten, die in den letzten zwölf Monaten Formen verbaler oder psychischer Gewalt durch betriebsfremde Personen erlebt haben, geben an, dass solche Vorfälle einmal im Monat oder seltener vorgekommen sind, wie Abbildung 4 zeigt. 15 Prozent der Betroffenen haben in den vergangenen zwölf Monaten mehrmals im Monat, 10 Prozent etwa einmal pro Woche und 10 Prozent mehrmals in der Woche (8 %) oder (fast) täglich (2 %) am Arbeitsplatz verbale oder psychische Gewalt durch betriebsfremde Personen erlebt. Von psychischer Gewalt Betroffene im Gesundheits- und Sozialwesen waren etwas häufiger mit solchen Erfahrungen konfrontiert als die betroffenen Beschäftigten insgesamt.

### Erfahrungen mit physischer Gewalt

Formen körperlicher Übergriffe durch betriebsfremde Personen wurden von den abhängig Beschäftigten deutlich seltener erlebt als verbale oder psychische Gewalt. Wie Abbildung 5 zeigt, haben 8 Prozent der Befragten in den letzten zwölf Monaten in irgendeiner Form physische Übergriffe durch betriebsfremde Personen während ihrer beruflichen Tätigkeit erlebt. Im Einzelnen waren dies Übergriffe wie Schubsen (4 %), Anspucken oder Schläge und Tritte (jeweils 3 %), Angriffe mit Gegenständen oder sexualisierte körperliche Gewalt (jeweils 2 Prozent) oder an den Haaren ziehen (1 %). 92 Prozent der Befragten haben in den letzten 12 Monaten keinerlei körperliche Übergriffe durch betriebsfremde Personen erlebt. Auch im Hinblick auf körperliche Übergriffe geben am ehesten Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen (22 %) sowie aus Erziehung und

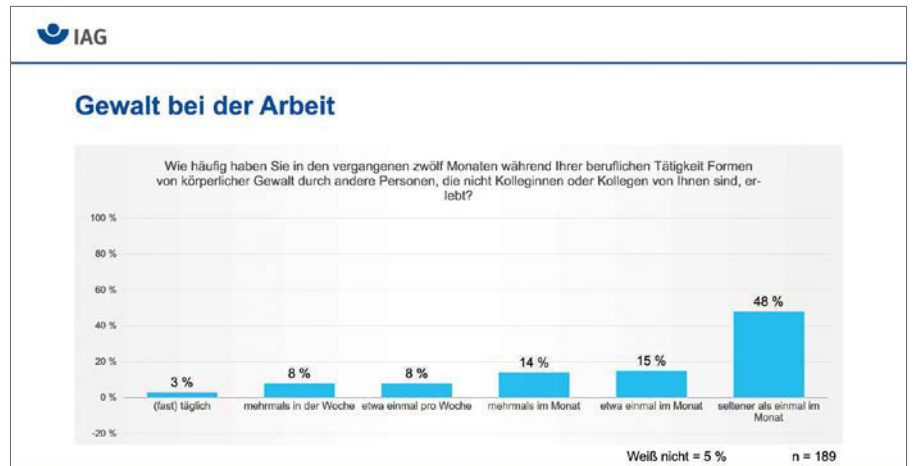


Abbildung 6: Häufigkeit von körperlicher Gewalt

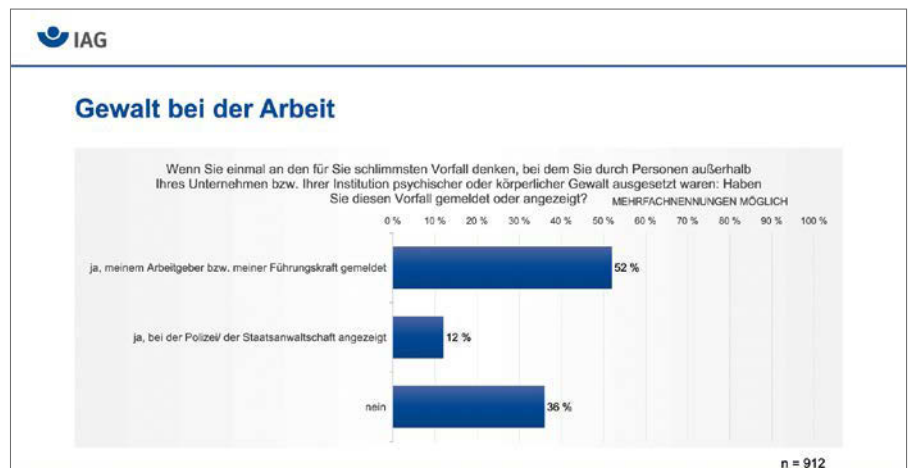


Abbildung 7: Meldung von Gewaltvorfällen

Unterricht (11 %) an, dass sie solche Übergriffe erlebt haben.

Auch ein Großteil der am Arbeitsplatz von körperlicher Gewalt Betroffenen war in den vergangenen zwölf Monaten eher selten mit derartigen Erfahrungen kon-

frontiert, wie Abbildung 6 zeigt. 63 Prozent der Beschäftigten, die in den letzten zwölf Monaten Formen körperlicher Gewalt durch betriebsfremde Personen erlebt haben, geben an, dass solche Vorfälle einmal im Monat oder seltener vorgekommen sind. 14 Prozent der Betroffenen haben in den vergangenen zwölf Monaten mehrmals im Monat, 8 Prozent etwa einmal pro Woche und ebenfalls 11 Prozent mehrmals in der Woche (8 %) oder (fast) täglich (3 %) am Arbeitsplatz physische Gewalt durch betriebsfremde Personen erlebt.

### Umgang mit Gewaltvorfällen

Auf die Frage, ob sie den als am schlimmsten empfundenen psychischen oder körperlichen Übergriff, den sie in den letzten zwölf Monaten erlebt haben, gemeldet haben, gaben 52 Prozent der Betroffenen an, dass sie diesen Vorfall ihrem Arbeitgeber bzw. ihrer Führungskraft gemeldet hätten (vgl. Abb. 7).

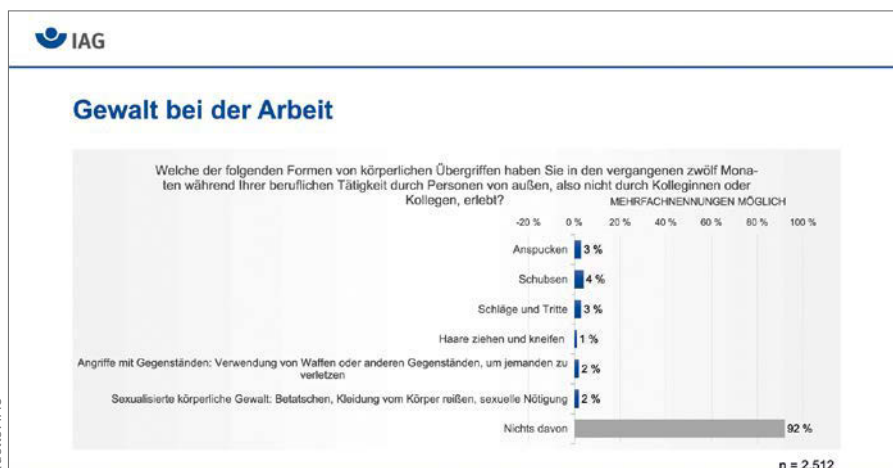


Abbildung 5: Formen körperlicher Gewalt bei der Arbeit

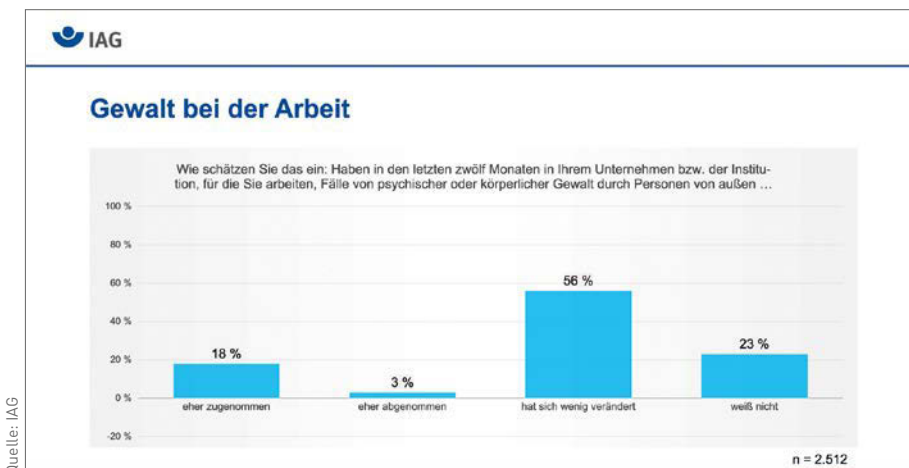


Abbildung 8: Entwicklung von Gewaltvorfällen

12 Prozent haben diesen Fall bei der Polizei bzw. der Staatsanwaltschaft angezeigt. Etwas mehr als ein Drittel der Betroffenen (36 %) hat den Vorfall weder dem Arbeitgeber gemeldet noch bei der Polizei angezeigt.

Von psychischer oder physischer Gewalt betroffene Männer haben einen solchen Fall häufiger bei der Polizei angezeigt (19 %) als betroffene Frauen (7 %). Generell haben ältere Betroffene einen Fall häufiger bei ihrem Arbeitgeber gemeldet als jüngere Betroffene.

### Einschätzungen zur Entwicklung von Gewaltfällen

18 Prozent der abhängig Beschäftigten mit häufigem Kontakt zu betriebsfremden Personen haben den Eindruck, dass Fälle von psychischer oder körperlicher Gewalt durch betriebsfremde Personen in ihrem Unternehmen bzw. ihrer Institution in den letzten zwölf Monaten eher zugenommen haben (vgl. Abb. 8). 3 Prozent meinen, solche Vorfälle hätten eher abgenommen, 56 Prozent sehen keine wesentliche Veränderung. 23 Prozent trauen sich in dieser Frage keine Einschätzung zu.

Am häufigsten von einer Zunahme von Übergriffen in ihrem Unternehmen bzw. ihrer Einrichtung gehen die Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung (33 %) sowie im Gesundheits- und Sozialwesen (30 %) aus.

### Vorkehrungen gegen Gewaltvorfälle

Die Beschäftigten wurden danach gefragt, welche Maßnahmen bzw. Vorkehrungen es in ihrem Unternehmen bzw. der Einrichtung, in der sie arbeiten, ihres Wissens nach gibt, um Gewaltvorfällen

vorzubeugen oder damit umzugehen. Wie Abbildung 9 zeigt, geben 50 Prozent der Beschäftigten an, dass es in ihrer Einrichtung einen Rückzugsraum für Personal gebe. 42 Prozent berichten von Zugangsbeschränkungen und einer baulichen Trennung von Personal- und Kundenbereichen, 38 Prozent von Einrichtungen, um einen Notruf abzusetzen zu können, 37 Prozent von Angeboten zu Deeskalations- oder Kommunikationstrainings und 33 Prozent von Unterweisungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Gewalt. Jeweils etwa ein Viertel der Befragten gibt an, dass es in ihrem Unternehmen bzw. ihrer Einrichtung eine betriebliche psychologische Erst- oder Nachbetreuung für Betroffene von Gewalt (28 %), einen Notfallplan im Falle von Gewaltvorfällen (27 %), technische Systeme zur Aufzeichnung oder der Videoerkennung (26 %), zusätzliche Fluchtwege (25 %) oder eine systematische Erfassung und Auswertung von Gewaltereignissen (23 %) gebe.

sche Erfassung und Auswertung von Gewaltereignissen (23 %) gebe.

Die einzelnen Vorkehrungen und Maßnahmen gegen Gewaltvorfälle variieren recht stark in Abhängigkeit von der jeweiligen Branche. Rückzugsräume für Personal gibt es am häufigsten im Gesundheits- und Sozialwesen (71 %), im Handel (70 %), in Einrichtungen des Bildungswesens (67 %) oder im Bereich Finanzdienstleistungen (54 %). Über Zugangsbeschränkungen verfügt am ehesten die öffentliche Verwaltung (60 %). Von vorhandenen Einrichtungen, um einen Notruf abzusetzen, berichten am häufigsten Beschäftigte in der öffentlichen Verwaltung (54 %) und im Bereich Finanzdienstleistungen (58 %). Beschäftigte im Bausektor geben vergleichsweise am seltensten an, dass es in ihrem Unternehmen die verschiedenen Vorkehrungen oder Maßnahmen zur Prävention bzw. zum Umgang mit Gewaltvorfällen gebe.

### Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass Gewalt am Arbeitsplatz ein weit verbreitetes Problem ist, das insbesondere Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der öffentlichen Verwaltung betrifft. Die hohe Prävalenz von psychischer Gewalt und die vergleichsweise geringere, aber dennoch signifikante Prävalenz von physischer Gewalt unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Unternehmen und Institutionen sollten verstärkt auf die Implementierung von Schutzmaßnahmen und die Schulung ihrer Mitarbeiter im Umgang mit Gewaltvorfällen setzen.

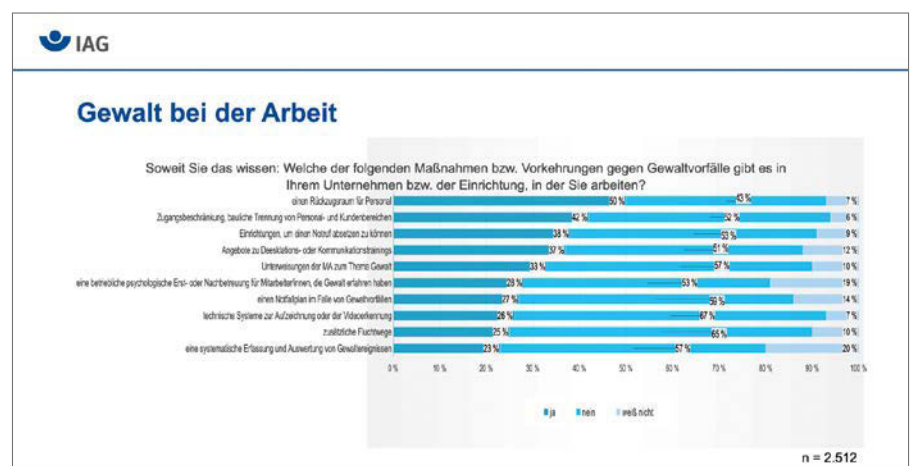


Abbildung 9: Maßnahmen bei Gewaltvorfällen



Ein besonderer Fokus sollte auf die Branchen gelegt werden, die überdurchschnittlich häufig von Gewalt betroffen sind. Hierzu zählen insbesondere das Gesundheits- und Sozialwesen sowie die öffentliche Verwaltung. Maßnahmen wie die Einrichtung von Rückzugsräumen, Zugangsbeschränkungen und Notrufeinrichtungen sollten flächendeckend implementiert werden. Zudem sind regelmäßige Schulungen und Trainings zur Deeskalation und zum Umgang mit Gewaltvorfällen essenziell.

Die vorliegende Befragung liefert wichtige Erkenntnisse über das Ausmaß und die Formen von Gewalt am Arbeitsplatz in Deutschland. Sie zeigt auf, dass sowohl psychische als auch physische Gewalt ein ernstzunehmendes Problem darstellen und dass es dringend notwendig ist, Maßnahmen zur Prävention und zum Schutz der Beschäftigten zu verstärken. Die Implementierung von Schutzmaßnahmen und die Sensibilisierung der Beschäftigten für das Thema Gewalt am Arbeitsplatz sind entscheidende Schritte, um die Sicherheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu gewährleisten.

### Maßnahmen

Als hilfreich gegen Gewalt hat sich über alle Branchen hinweg eine klare Haltung der Führungskräfte – begonnen bei der Geschäftsleitung – sowie eine Kultur des wertschätzenden und respektvollen Umgangs miteinander am Arbeitsplatz erwiesen. Um wirksam zu sein, müssen gewaltpräventive Maßnahmen die Gegebenheiten des jeweiligen Betriebs berücksichtigen. Dabei müssen zunächst technische Möglichkeiten geprüft werden. Erst dann sind organisatorische und personenbezogene Maßnahmen

abzuleiten. Zielsetzung ist es, das Auftreten von Gewalt zu erschweren oder sogar zu verhindern und die negativen Folgen von Gewalt zu minimieren. Besonders von Gewalt betroffene Betriebe sollten Nachsorgekonzepte entwickeln, die die Versorgung von betroffenen Versicherten nach einem Gewaltereignis sicherstellen.

#### Beispiele für Maßnahmen auf der technischen Ebene:

Alarmsysteme, Fluchtmöglichkeiten und Rückzugsräume, eine gute Beleuchtung, Trennung von Personal und Kundschaft durch Sicherheitsglasscheiben, Vermeidung gefährlicher Gegenstände, Einsatz von Personen-Notsignal-Geräten bei gefährlichen Alleinarbeitsplätzen.

#### Beispiele für Maßnahmen auf Ebene der Organisation:

Erfassung, Dokumentation und Analyse der Gewaltvorfälle, Notfallplan aufstellen, Rettungs- und Meldekette sowie klare Verhaltensstandards festlegen und darin unterweisen, Alleinarbeit vermeiden, Deeskalationspausen ermöglichen, Verhaltensstandards für die Kundschaft oder externe Personen festlegen (Hausordnung), Vollzug des Hausrechts organisieren zum Beispiel durch einen Sicherheitsdienstleister oder geschulte Mitarbeitende, psychologische Erstbetreuerinnen und -betreuer bestimmen, ausbilden und regelmäßig fortbilden lassen.

#### Beispiele für Maßnahmen auf der persönlichen Ebene:

Beschäftigte qualifizieren sich zum Beispiel zu Kommunikationsfähigkeit, Deeskalationstechniken, Wahrnehmungsschulung, sollten auf funktionelle Arbeits-

kleidung achten, keine verletzungsträchtigen, großen Schmuckstücke tragen, regelmäßige Teamsitzungen abhalten, um Erfahrungen auszutauschen und sich abzusprechen sowie Gefahrenbewusstsein zu entwickeln. Wichtig ist auch, dass eine regelmäßige Unterweisung zum Verhalten bei Gewaltvorfällen stattfindet.

Um die Beschäftigten dauerhaft vor Gewalt bei der Arbeit zu schützen, müssen Arbeitgebende regelmäßig die Arbeitsbedingungen beurteilen und die abgeleiteten Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit prüfen. Bei Bedarf müssen Anpassungen für eine sichere und gesunde Gestaltung der Arbeit vorgenommen werden. Informationen für Arbeitgebende zur Prävention von Gewalt bietet auch die Homepage der Kampagne #GewaltAngehen der gesetzlichen Unfallversicherung.

### Angebote der gesetzlichen Unfallversicherung

Als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung beraten Berufsgenossenschaften und Unfallkassen Betriebe und Einrichtungen in Fragen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Das betrifft auch Maßnahmen zur Gewaltprävention. Beispiele hierfür sind die Unterstützungsangebote und Qualifizierungsmaßnahmen, zum Beispiel Deeskalationstrainings. Über ihre Medien machen die Unfallversicherungsträger zudem auf Beispiele guter Praxis aufmerksam. Nicht zuletzt sensibilisiert die Kampagne #GewaltAngehen Öffentlichkeit, Betriebe und Einrichtungen für die Bedeutung von Gewaltprävention, zeigt Angebote und Lösungen auf.

Versicherte, die einen gewaltbedingten Arbeitsunfall erleiden, erhalten zudem Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung zur Heilbehandlung und Rehabilitation. Über das Psychotherapeutenverfahren ermöglichen die Unfallversicherungsträger betroffenen Versicherten einen schnellen Zugang zu therapeutischer Unterstützung. Dieses Verfahren hat sich unter anderem bei Gewalttaten wie Amokfahrten und Anschlägen bewährt – also in Situationen, in denen Menschen bei der Hilfeleistung einen Gesundheitsschaden erleiden und unter den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung fallen (§ 2 Absatz 1 Nr. 13a SGB VII). Selbst in einem Fall wie der Amokfahrt auf dem Magdeburger Weihnachtsmarkt mit vielen Betroffenen konnte so die nötige Versorgung bereitgestellt werden.

## Literatur

- [1] BMAS: Gesetz über die Beseitigung von Gewalt und Belästigung in der Arbeitswelt <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/gesetz-ilo-uebereinkommen-190.html>
- [2] ILO: Beseitigung von Gewalt und Belästigung in der Arbeitswelt Übereinkommen Nr. 190, Empfehlung Nr. 206 und die dazugehörige EntschlieÙung [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms\\_739255.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms_739255.pdf)
- [3] DGUV # Gewalt Angehen – DGUV Informationsportal <https://www.dguv.de/gewalt-angehen/index.jsp>
- [4] DGUV Grundverständnis von Gewalt bei der Arbeit/in Bildungseinrichtungen Fachbe-

- reich Aktuell <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4850>
- [5] DGUV: Statistik Arbeitsunfallgeschehen 2023 <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4990>
- [6] Thomann, Ch.: Gewaltunfälle am Arbeitsplatz – Zahlen aus der Unfallanzeigen-Statistik der DGUV; DGUV Forum 3/2023 <https://forum.dguv.de/ausgabe/3-2023/artikel/gewaltunfaelle-am-arbeitsplatz-zahlen-aus-der-unfallanzeigen-statistik-der-dguv>
- [7] BMJ: Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG)
- [8] Eßner, D.: Gewaltprävention im öffentlichen Dienst in Nordrhein-Westfalen, DGUV

- Forum 3/2023 <https://forum.dguv.de/ausgabe/3-2023/artikel/gewaltpraevention-im-oeffentlichen-dienst-in-nordrhein-westfalen>
- [9] BMI: Studie zu Gewalt gegen Beschäftigte des öffentlichen Dienstes: Jede und jeder Vierte erlebt Gewalt, 2022 <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2022/06/studie-gewalt-im-oed.html>
- [10] VBE: Gewalt gegen Lehrkräfte <https://www.vbe.de/service/broschuere-gewalt-gegen-lehrkraefte>
- [11] DKI: DKI Blitzumfrage Umfrage April 2024: Gewalt gegen Krankenhausmitarbeiter [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/1.7.1\\_Pressemitteilungen/2024/2024\\_04\\_12\\_Blitzumfrage\\_-\\_Gewalt\\_gegen\\_Krankenhausmitarbeiter.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2024/2024_04_12_Blitzumfrage_-_Gewalt_gegen_Krankenhausmitarbeiter.pdf)

## Sichere Lös- und Rettungsarbeiten an Elektrofahrzeugen

Die Anzahl von Elektrofahrzeugen im Straßenverkehr nimmt stetig zu. Laut Kraftfahrtbundesamt waren im Januar 2025 in Deutschland rund 2,5 Mio. Elektroautos und Hybridfahrzeuge zugelassen. Das entspricht einer Steigerung von 17,2 Prozent bei Elektro- und 5 Prozent bei Hybridfahrzeugen innerhalb eines Jahres. Es wird deshalb immer wahrscheinlicher, dass solche Fahrzeuge auch an Unfällen beteiligt sind. Worauf Rettungskräfte bei Lös- und Rettungsarbeiten achten müssen, fasst die DGUV Information 205-022 zusammen, die jetzt überarbeitet wurde.

Die DGUV Information „Sicherheit und Gesundheit bei Lös- und Rettungsarbeiten an Kraftfahrzeugen mit Hochvoltspeicher“ beschreibt Einsatzgrundsätze sowie Maßnahmen zu Sicherheit und Gesundheit im Umgang mit verunfallten oder brennenden Elektrofahrzeugen. Außerdem werden die Grundlagen im Zusammenhang mit der Gefahrenabwehr bei der dazugehörigen Ladeinfrastruktur vorgestellt.

### Das Wichtigste auf einer Taschenkarte

Eine übersichtliche Zusammenfassung der empfohlenen Maßnahmen bei diesen besonderen Lös- und Rettungsarbeiten wird auch in Form einer kompakten Taschenkarte angeboten.

Das Gefährdungspotenzial, das bei Unfällen und Bränden von Elektrofahr-

zeugen ausgeht, ist für Einsatzkräfte nicht größer als das von konventionellen Fahrzeugen. Aber die Gefahren verändern sich. Während potenziell brandbeschleunigende Schmier- und Kraftstoffe entfallen, müssen Rettungskräfte nun mit Hochvoltspeichern umgehen, die in der Regel aus Lithium-Ionen-Batterien bestehen.

„Die Bekämpfung eines Hochvolt-Speicherbrandes erfordert besondere Kenntnisse und unter Umständen auch eine angepasste Einsatztaktik,“ sagt Tim Pelz, Leiter des Fachbereichs Feuerwehren, Hilfeleistungen, Brandschutz der DGUV. „So ist zum Beispiel ein Brand im Inneren eines Hochvoltspeichers meist schwer zu erreichen und es kann zur Freisetzung von Gefahrstoffen kommen, die unter anderem giftig und brennbar sind.“

Die DGUV Information beschreibt deshalb Schritt für Schritt, wie Elektrofahrzeuge identifiziert und die Gefahrensituation an der Unfallstelle eingeschätzt werden können. Erläutert wird auch, wie

Rettungskräfte Maßnahmen zur Brandbekämpfung und Personenrettung unter Beachtung der eigenen Sicherheit und Gesundheit durchführen können.

### i

## Hintergrund

An der Überarbeitung der DGUV Information 205-022 „Sicherheit und Gesundheit bei Lös- und Rettungsarbeiten an Kraftfahrzeugen mit Hochvoltspeicher“ waren auch der Deutsche Feuerwehrverband, mehrere Feuerwehren und zahlreiche Feuerweherschulen, Forschungsinstitute und weiteren Einrichtungen beteiligt. Ziel war es, eine bundesweite Lehrunterlage zu diesem Thema für die Einsatzkräfte der deutschen Feuerwehren zu erstellen.



Zur Bedeutung der Sicherheitsbeauftragten

# Ein wichtiges Element von Sicherheit und Gesundheit insbesondere in KMU

Der Beitrag untersucht die Rolle von Sicherheitsbeauftragten im betrieblichen Arbeitsschutz und analysiert deren Potenzial zur Weiterentwicklung zu „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“. Sicherheitsbeauftragte fungieren als zentrale Schnittstelle zwischen Betriebsleitung und Belegschaft und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Mitarbeiterbeteiligung sowie zur Umsetzung präventiver Maßnahmen. In der betrieblichen Praxis wird dieses Potenzial jedoch häufig durch unzureichende strukturelle Rahmenbedingungen und eine mangelhaft ausgeprägte Präventionskultur eingeschränkt. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Integration von Arbeitsschutz und Betrieblichem Gesundheitsmanagement wird eine funktionale Erweiterung des Aufgabenprofils diskutiert. Empirische Befunde zeigen eine hohe Akzeptanz dieser Weiterentwicklung unter Sicherheitsbeauftragten. Durch gezielte Qualifizierungsmaßnahmen könnten sie verstärkt Aufgaben im Gesundheitsmanagement übernehmen und Fachkräfte für Arbeitssicherheit sowie Betriebsärztinnen und Betriebsärzte unterstützen. Die Transformation zu „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“ stellt damit einen potenziellen Ansatz zur Stärkung betrieblicher Präventionsstrukturen dar.

Stichworte: Sicherheitsbeauftragte, Weiterentwicklung, Sicherheit, Gesundheit, Arbeitsschutzorganisation

*This article examines the role of safety representatives in occupational health and safety and analyses their potential for further development into 'health and safety representatives'. Safety representatives act as a key link between management and the workforce and make a significant contribution to employee participation and the implementation of preventive measures. In workplace practice, however, this potential is often limited by inadequate structural conditions and a poorly developed culture of prevention. Against the backdrop of the increasing integration of occupational safety and health and workplace health management, a functional expansion of the role profile is being discussed. Empirical findings indicate a high level of acceptance of this development among safety officers. Through targeted training measures, they could take on a greater share of health management tasks and support occupational safety specialists and company doctors. The transition to 'safety and health officers' thus represents a potential approach to strengthening workplace prevention structures.*

*Keywords: safety representatives, Development, Health and Safety, Occupational Health and Safety Organisation*

---

**Silvester Siegmann**

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

---

Eine Schlüsselrolle bei der Beteiligung der Mitarbeitenden bei der Gestaltung von Sicherheit und Gesundheit spielen die Sicherheitsbeauftragten. Arbeitsschutzexperten sehen in den Sicherheitsbeauftragten die Akteure, die in den Unternehmen die Maßnahmen des Präventionsauftrags unterstützen und die in die Organisation des Arbeitsschutzes aktiv einzubinden sind. Die Sicherheitsbeauftragten kennen die Stärken und Schwächen der Kolleginnen und Kollegen, mit denen sie täglich zusammenarbeiten, und die Arbeitsverhältnisse vor Ort. Zur sozialen Kompetenz gehört es, diese Kenntnisse bei verschiedensten Anlässen engagiert zum Wohle ihrer Kolleginnen und Kollegen einzubringen. Die Sicherheitsbeauftragten sprechen die „Sprache“ der Mitarbeitenden, sie verfügen idealerweise über Fingerspitzengefühl im Umgang mit ihren Gesprächspartnern und sie müssen von diesen anerkannt sein. Sie sind das Bindeglied zwischen dem Managementsystem und den Mitarbeitenden in den Fragen von Sicherheit und Gesundheit und füllen die Forderung nach Mitarbeiterbeteiligung mit Leben. In Betrieben mit einer gut entwickelten Präventionskultur besitzen Sicherheitsbeauftragte als Ansprechpartner für ihre Kollegen im Betrieb gute Fachkenntnisse im Arbeitsschutz und setzen diese engagiert und tatkräftig zum Wohl aller Beschäftigten um. Um diesen Zustand in allen Betrieben zu erreichen, bedarf es einer Aufwertung der Rolle des Sicherheitsbeauftragten im betrieblichen System von Sicherheit und Gesundheit. Sicherheitsbeauftragte können nur dann erfolgreich tätig sein, wenn sie vom Betrieb breite Unterstützung erfahren und geeignete vom Betrieb zu gestaltende Rahmenbedingungen vorfinden. Immer wieder sind ungeeignete betriebliche Bedingungen vor Ort dafür verantwortlich, dass der Sicherheitsbeauftragte das nicht umsetzen kann, was er in den Schulungen der Unfallversicherungsträger gelernt hat. Aber auch der Faktor Zeit und die Weigerung der Kolleginnen und Kollegen, den Aufforderungen des Sicherheitsbeauftragten nachzukommen, spielen immer wieder eine entscheidende Rolle. In vielen Betrieben haben Sicherheit und Gesundheit aber auch einfach nicht die Anerkennung, die sie benötigen, ihnen fehlt eine positive Präventionskultur. Eine Präventionskultur auf hohem Niveau erhöht nicht nur die Bereitschaft, Vorgaben und Empfehlungen zu Sicherheit und Ge-

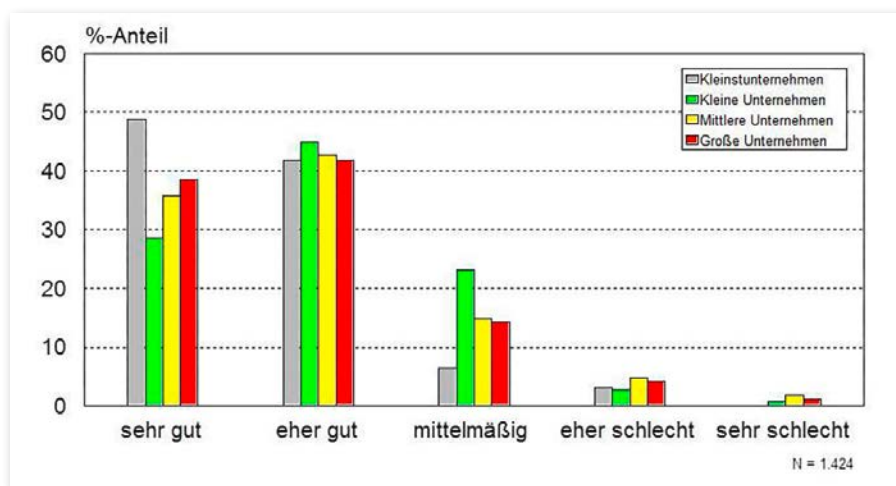


Abbildung 1: Die Frage „Wie fänden Sie eine Weiterentwicklung des Aufgabenfeldes des Sicherheitsbeauftragten“ zum „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit?“ wurde von insgesamt rund 80 % der Befragten positiv beantwortet (n = 1.424; Siegmann, S.: „Rollenbild und Tätigkeitsspektrum der Sicherheitsbeauftragten“, Umfrage)

sundheit einzuhalten, sie geht auch mit Bedingungen einher, die Stressbelastungen am Arbeitsplatz reduzieren und so die positive Wirkung auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden verstärkt.

Die Sicherheitsbeauftragten sollen das Unternehmen bei der Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten unterstützen. Dabei hat die Unternehmerin/der Unternehmer sicherzustellen, dass die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und die Betriebsärztinnen und -ärzte mit den Sicherheitsbeauftragten eng zusammenwirken (siehe § 20 DGUV Vorschrift 1 „Bestellung und Aufgaben von Sicherheitsbeauftragten“). Die Sicherheitsbeauftragten sind somit Ansprechpartner für die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte. Die Entwicklung der Fachkräfte für Arbeitssicherheit hin zu „Managern für Sicherheit und Gesundheit“ sowie die Entwicklungen im Bereich der Gesundheit hin zu „Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ inkl. „Betrieblicher Gesundheitsförderung“ unter Beteiligung der Betriebsärztinnen und -ärzte erfordert somit auch eine Entwicklung der Sicherheitsbeauftragten hin zu „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“. Andernfalls wird eine Lücke entstehen, der Kontakt bricht ab und eine erfolgreiche Mitarbeiterbeteiligung wird nicht mehr möglich sein. Der Begriff „Beauftragter für Sicherheit und Gesundheit“ konkretisiert seine Aufgabenstellung im Unternehmen und verdeutlicht die fachliche Anbindung an den „Manager

für Sicherheit und Gesundheit“ und auch den „Betrieblichen Gesundheitsmanager“ und damit die Einbindung in eine ganzheitliche betriebliche Sicherheits- und Gesundheitsorganisation.

So fordert es ja auch eigentlich die DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ in § 20: „(2) Die Sicherheitsbeauftragten haben den Unternehmer bei der Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu unterstützen, insbesondere sich von dem Vorhandensein und der ordnungsgemäßen Benutzung der vorgeschriebenen Schutzeinrichtungen und persönlichen Schutzausrüstungen zu überzeugen und auf Unfall- und Gesundheitsgefahren für die Versicherten aufmerksam zu machen“ sowie in „(4) Der Unternehmer hat sicherzustellen, dass die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte mit den Sicherheitsbeauftragten eng zusammenwirken“ und „(6) Der Unternehmer hat den Sicherheitsbeauftragten Gelegenheit zu geben, an Aus- und Fortbildungsmaßnahmen des Unfallversicherungsträgers teilzunehmen, soweit dies im Hinblick auf die Betriebsart und die damit für die Versicherten verbundenen Unfall- und Gesundheitsgefahren sowie unter Berücksichtigung betrieblicher Belange erforderlich ist.“ Eine Weiterentwicklung der Sicherheitsbeauftragten hin zum „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“ setzt somit die Forderungen der DGUV Vorschrift 1 in idealer Weise um!

Empirische Untersuchungen weisen auf eine hohe Akzeptanz dieses Ansatzes hin.

In einer branchenübergreifenden Befragung von 1.643 Sicherheitsbeauftragten bewerteten rund 80 % der Teilnehmenden eine Erweiterung ihres Aufgabenfelds zu „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“ positiv. Gleichzeitig zeigt die Untersuchung, dass Sicherheitsbeauftragte ein erhebliches Potenzial darstellen, um Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte in ihrer Tätigkeit zu unterstützen. Diese Entwicklung gewinnt insbesondere vor dem Hintergrund wachsender Anforderungen an das Gesundheitsmanagement an Bedeutung. „Arbeiten bis 70“, „weniger Fehltag“ oder „mehr Fachkräftemangel“ gelingt nur mit gesunden, motivierten und leistungsfähigen Mitarbeitenden.

Möglichkeiten, „Sicherheitsbeauftragte“ als „Beauftragte für Sicherheit und Gesundheit“ in das Betriebliche Gesundheitsmanagement einzubinden sind z. B. die Mitwirkung bei folgenden Aufgaben:

- stärkere Einbindung in Erstellung und Fortschreibung der Gefährdungsbeurteilung unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten,
- Integration in die Gefährdungsbeurteilung psychosozialer Faktoren z. B. zur ersten Ermittlung von Problemfeldern,
- Ausübung einer Multiplikatorenfunktion für mögliche Bewältigungsstrategien psychischer Belastungen,
- Durchführung von Mitarbeiterbefragungen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Durchführung von Gesundheitszirkeln, um den direkten Austausch mit den Mitarbeitenden über gesundheitliche Belastung am Arbeitsplatz zu erreichen,
- Mitarbeit bei der Erarbeitung von Gesundheitsberichten,
- stärkere Einbeziehung altersabhängiger Faktoren menschlicher Leistungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demografischen Wandels (z. B. ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen älterer Arbeitnehmer),
- Vermittlung besonderer Aufmerksamkeit für sicherheits- und gesundheitsrelevante Themen für junge Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmer an neuen Arbeitsplätzen

Das Thema Gesundheit gehört grundsätzlich in weiten Teilen Europas mit zum Aufgabenspektrum der Sicherheitsbeauftragten und wäre damit auch für europaweit tätige Konzerne anwendbar. Große international tätige Betriebe der chemischen

Industrie wie BASF® oder Sasol® haben diesen vorgeschlagenen Entwicklungsschritt in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) bereits aufgenommen und bildeten seit Anfang 2013 die „Sicherheitsbeauftragten“ zu „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“ fort. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hatte diesbezüglich ein Modellprojekt gestartet mit der HELIOS Kliniken GmbH.

Auf Grund des zumindest europaweit vergleichbaren Tätigkeitsspektrums der Sicherheitsbeauftragten ist für Großunternehmen eine konzernweite Umstrukturierung des Tätigkeitsfeldes hin zu „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“ denkbar. Wichtig ist es dabei, die „Sicherheitsbeauftragten“ nicht einfach nur umzubenennen, sondern auch die Ausbildung geeignet anzupassen z. B. durch ein zur Grundausbildung der Sicherheitsbeauftragten zusätzliches zweitägiges Modul zum Thema „Gesundheit“ und anschließender geeigneter Fortbildung unter Einbindung der Betriebsärzte. Aber auch in KMU ist dieses Modell umsetzbar.

Zu den Inhalten mit Bezug zum Gesundheitsschutz sollten gehören:

- Gefährdungsbeurteilung unter besonderer Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte,
- alters- und altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung, Ergonomie,
- „Belastungs- und Beanspruchungskonzept“ und „Dosis-Wirkungs-Beziehungen“,
- Aufgaben der Betriebsärzte u. Grundlagen der arbeitsmedizinischen Vorsorge,
- der Gesundheitsschutz von Neulingen im Betrieb oder Neulingen an Arbeitsplätzen erfordert eine besondere Ausbildung der Sibe,
- Grundkenntnisse zum Gesundheitsschutz besonders schutzbedürftiger Personengruppen,
- Betriebliches Gesundheitsmanagement (DIN Spec 91020 BGM),
- Angebote zur Gesundheitsförderung (z. B. Sucht, Raucherentwöhnung, Ernährung),
- Grundlagen psychische Belastungen,
- Grundlagen der Kommunikation,
- betriebswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitsschutzes.

## i

### Methodik der Schulungen

Die Dozenten sollten an Hand ausgewählter Video-Materials, Arbeitshilfen und praktikablen Tools vermitteln, wie der Beauftragte aktiv zum Gesundheitsschutz in seinem Bereich beitragen kann. Beispiele aus der täglichen Praxis sollten teilnehmerbezogen aus verschiedenen Branchen angeboten werden. Voraussetzung zur Teilnahme wäre eine abgeschlossene Ausbildung zum Sicherheitsbeauftragten gem. derzeitigen Standards.

Durch die beschriebene Ausbildung und geeignete Fortbildungsangebote sollen die Sibe bzw. Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit in die Lage versetzt werden, diese Aufgabe in den Betrieben intern zu übernehmen. Die Entwicklung der „Sicherheitsbeauftragten“ hin zu „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“ wäre ein Schritt auch im Sinne einer die Betriebsärzte unterstützenden Delegation.

Um die Position der jetzigen „Sicherheitsbeauftragten“ bzw. zukünftigen „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“ aufzuwerten, wäre es zum Beispiel in großen Betrieben denkbar, die Tätigkeit als Beauftragter von Sicherheit und Gesundheit zu einer Voraussetzung für Mitarbeitende zu machen, die mit Unterstützung des Betriebs die Ausbildung zum Meister oder Techniker absolvieren wollen. Die Mitarbeitenden könnten damit ihre Sozialkompetenz demonstrieren und die Bestellung zum „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“ wäre mit mehr Anerkennung verbunden.

Es wird zukünftig sicherlich auch notwendig sein, die Interessen der „Sicherheitsbeauftragten“ bzw. zukünftigen „Beauftragten für Sicherheit und Gesundheit“ besser zu vertreten, um diese Ziele zu erreichen.



## Hausärztliche Strukturen als zentraler Bestandteil einer guten Primärversorgung in Deutschland

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Linda Heitmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

### Vorbemerkung der Fragesteller

Eine gute und erreichbare Versorgung muss sich an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten orientieren. Mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu sichern, sieht der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD die Schaffung primärärztlicher Versorgungsstrukturen vor. Blickt man auf internationale Beispiele (z. B. Dänemark, Niederlande, Großbritannien), so dient die primärärztliche Praxis in der Regel als erster ambulanter Anlaufpunkt für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Sie koordiniert – sofern notwendig – die Weiterbehandlung durch entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte (vgl. Gut-

achten SVR (Sachverständigenrat) Gesundheit 2024). Dieses Modell soll unter anderem dabei helfen, medizinisch nicht indizierte Facharztkontakte zu reduzieren und dadurch Ressourcen zu sparen. Entscheidend dabei ist, dass die Patientinnen und Patienten die Primärversorgung bzw. Steuerung durch Hausärztinnen und Hausärzte nicht als zusätzliche Hürde beim Zugang zur fachärztlichen Versorgung erleben, sondern durchweg eine bessere und im Bedarfsfall auch schnellere Versorgung erhalten. Dazu ist nach Ansicht der Fragesteller deutlich mehr erforderlich, als aktuell aus den Vorschlägen der Koalition aus CDU, CSU und SPD ersichtlich wird. Nur so wird ein solches System auch die nötige Akzeptanz finden.

Ein zentrales Element des Konzepts ist die verpflichtende Registrierung aller Versicherten bei einer hausärztlichen Praxis. Dies soll u. a. eine bessere Koordination, präventive Maßnahmen und eine ziel-

gerichtete Versorgung ermöglichen. Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV), bei der sich Versicherte freiwillig in ihrer Hausarztpraxis einschreiben, kann hier als positives Beispiel dienen. Der in Deutschland zu verzeichnende Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, insbesondere in ländlichen Räumen, kann davon nicht losgelöst betrachtet werden. Die Schaffung funktionierender Strukturen der Primärversorgung kann nach Auffassung der Fragesteller nur gelingen, wenn zeitgleich Konzepte erarbeitet werden, die diesem Mangel entgegenwirken. Hierbei muss ein Fokus auf koordinierter und sektorenübergreifender Patientenbetreuung liegen. Ebenso von Bedeutung ist es, dass der direkte Zugang zu bestimmten fachärztlichen Bereichen erhalten bleibt, etwa zur Gynäkologie und Augenheilkunde. Für chronisch kranke Patientinnen und Patienten bedarf es ebenso besonderer Regelungen. Auch Menschen mit psychia-

trischem oder psychotherapeutischem Hilfebedarf sollten weiterhin direkt Zugang zu diesen Versorgungsbereichen behalten. Das Angebot der psychotherapeutischen Sprechstunde ist dabei ein bewährtes Instrument zur Steuerung.

Bislang liegt noch kein Entwurf der Bundesregierung für die Ausgestaltung der Primärversorgung vor. Ebenso unklar ist, inwiefern das System der deutschen Gesundheitsversorgung zum gegenwärtigen Zeitpunkt ausreichend vorbereitet ist, um ein System der Primärversorgung zeitnah zu implementieren.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Es ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen, dass alle Versicherten zeitnah eine bedarfsgerechte ärztliche Behandlung innerhalb medizinisch zumutbarer Wartezeiten in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene erhalten können. Deshalb hat sich die Bundesregierung die weitere Verbesserung der ambulanten Versorgung zum Ziel gesetzt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD sieht dafür unter anderem die Etablierung eines verbindlichen Primärarztsystems vor: „Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall). Die Primärärztinnen oder Primärärzte oder die von den KVen betriebene Rufnummer 116117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln [...]“.

Damit soll eine zielgerichtete Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie eine schnellere Terminvergabe mit kürzeren Wartezeiten erreicht werden. Um den Herausforderungen im ambulanten Bereich gerecht werden zu können, bedarf es einer möglichst zielgerichteten Versorgung mit einem bedarfsgerechten und strukturiert gestalteten Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund grundsätzlich begrenz-

ter und zunehmend knapper personeller und finanzieller Ressourcen.

Bei der Einführung eines Primärversorgungssystems handelt es sich um ein komplexes Reformvorhaben. Die konkrete Ausgestaltung hängt von einer Vielzahl unterschiedlicher Fragestellungen ab, die es im weiteren Erarbeitungsprozess zu diskutieren und zu klären gilt. Hierzu gehört es auch vor dem Hintergrund der bereits heute knappen personellen Kapazitäten im hausärztlichen und kinderärztlichen Bereich, eine Überlastung der für die Primärversorgung noch vorzusehenden Arztgruppen zu verhindern.

Die Erarbeitung des Reformkonzepts ist nicht abgeschlossen. Das Gelingen dieser Reform wird ganz entscheidend von der Mitwirkung und Akzeptanz der verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere der Selbstverwaltung, der Ärzteschaft, der Angehörigen der Gesundheitsberufe und nicht zuletzt der Patientinnen und Patienten abhängen. Für die Ausgestaltung und Umsetzung der Reform ist deshalb ein sorgfältiger Vorbereitungsprozess erforderlich.

1. Wie viele Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Internistinnen und Internisten, dargestellt in absoluten Zahlen und als jeweilige Vollzeitäquivalente, stehen nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in der hausärztlichen Versorgung im Bundesgebiet und differenziert nach einzelnen Bundesländern und Raumkategorien (städtisch, halbstädtisch und ländlich, im Folgenden nur „Raumkategorien“ genannt) sowie nach Geschlecht und nach Altersgruppen zur Verfügung?
3. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahlen der Hausärztinnen und Hausärzte und spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzte pro Kopf der Bevölkerung über 18 Jahre im Bundesgebiet, in den Bundesländern und aufgeschlüsselt nach Raumkategorien?
5. Wie viele unbesetzte Hausarztsitze gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland insgesamt sowie in den einzelnen Bundesländern und in den einzelnen Mittelbereichen, die als Planungseinheiten für den hausärztlichen Bereich dienen?
11. In wie vielen Mittelbereichen in Deutschland und in welchen Mittelbereichen im Einzelnen besteht nach

Kenntnis der Bundesregierung aktuell ein Versorgungsgrad von unter 75 Prozent, von über 110 Prozent und von über 140 Prozent im hausärztlichen Bereich?

12. Für welche Mittelbereiche in Deutschland haben nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesausschüsse derzeit Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung festgestellt?
17. Wie viele hausärztlich tätige Kinderärztinnen und Kinderärzte, dargestellt in absoluten Zahlen und als jeweilige Vollzeitäquivalente, stehen derzeit in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung im Bundesgebiet und aufgetrennt nach einzelnen Bundesländern, nach Raumkategorien, nach Geschlecht und nach Altersgruppen zur Verfügung?
19. Wie viele unbesetzte Facharztsitze für Kinder- und Jugendmedizin gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland, in den einzelnen Bundesländern und in den einzelnen Planungsregionen (Kreise und kreisfreie Städte)?
23. In wie vielen kinderärztlichen Planungsbereichen (Kreise und kreisfreie Städte) in Deutschland insgesamt und in welchen Planungsbereichen im Einzelnen besteht nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell im kinderärztlichen Bereich ein Versorgungsgrad von unter 50 Prozent, von über 110 Prozent und von über 140 Prozent?
24. Für welche kinderärztlichen Planungsbereiche in Deutschland haben nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesausschüsse derzeit Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung festgestellt?

Die Fragen 1, 3, 5, 11, 12, 17, 19, 23 und 24 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen hierzu keine eigenen Daten vor. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt gemäß § 75 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Hierzu erhebt die KBV u. a. einmal jährlich im Rahmen einer Umfrage entsprechende Daten der Planungsblätter (Strukturdaten) bei den 17 KVen auf regionaler Ebene. Die zusammenfassende Ergebnisse können auf der Internetseite der KBV eingesehen werden (abrufbar unter: [www.kbv.de/](http://www.kbv.de/))

Jahr	Hausärzte	Fachärzte	Ärzte gesamt	Anteil (in Prozent) Hausärzte
1999	54.052	59.799	113.851	47,5
2000	54.341	60.509	114.850	47,3
2005	53.299	64.735	118.034	45,2
2008	52.091	66.944	119.035	43,8
2009	52.935	68.315	121.250	43,7
2010	52.707	68.721	121.429	43,4
2015	51.765	70.590	122.355	42,3

Jahr	Hausärzte	Fachärzte	Ärzte gesamt	Anteil (in Prozent) Hausärzte
2020	51.610	71.329	122.939	42,0
2021	51.481	71.512	122.994	41,9
2022	51.315	71.311	122.626	41,8
2023	51.389	71.371	122.761	41,9
2024	51.437	71.217	122.653	41,9

Quelle: Bundesarztregister der KBV; Hinweise: Ohne Psychologische Psychotherapeuten; Bis 2008 Zählung nach Personen und ab 2009 Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten.

infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten). Die KVen veröffentlichen unterdessen ihren jeweiligen Bedarfsplan sowie die jeweiligen Beschlüsse der Landesausschüsse auf ihren eigenen Internetseiten. Eine Berichts- oder Bereitstellungspflicht der Datenhalter an das Bundesministerium für Gesundheit besteht nicht.

2. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Gesamtzahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internistinnen und Internisten (im Folgenden kurz: Hausärztinnen und Hausärzte) und die Verhältniszahlen zwischen Hausärzten und spezialisierten Fachärzten seit der Wiedervereinigung entwickelt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine eigenen Daten vor.

Nach Angaben des Datenhalters, hier der KBV, ist die Gesamtzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte von 54.052 im Jahr 1999 auf 51.437 Vollzeitäquivalente (Bedarfsplanungsgewichte) im Jahr 2024 gesunken. Dies entspricht einem Rückgang um 2.615 Ärztinnen und Ärzte oder 4,8 Prozent in 25 Jahren.

In den letzten zwei Jahren ist die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte nach Bedarfsplanungsgewichten wieder leicht

gestiegen, von 51.315 im Jahr 2022 auf 51.473 im Jahr 2024. Dies deutet darauf hin, dass es mehr Zu- als Abgänge gab. Zum Vergleich ist auch die Personenzahl bei den Hausärztinnen und Hausärzten in den letzten Jahren weiter gestiegen. So waren laut Bundesarztregister der KBV im Jahr 2014 noch 54.003 Personen im hausärztlichen Bereich tätig und im Jahr 2024 waren es bereits 55.435. Dies entspricht einem Anstieg der Personenzahl von rund 2,65 Prozent in den letzten 10 Jahren.

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte an allen Ärztinnen und Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung ist von 47,5 Prozent im Jahr 1999 auf 41,9 Prozent im Jahr 2024 gesunken. Diese Veränderung ist auf einen durch historische Faktoren bedingten Anstieg der Fachärztinnen und Fachärzte zurückzuführen. Bis zum Jahr 2012 waren die Facharztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung (Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische und Rehabilitative Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychiater) nicht der Bedarfsplanung unterworfen, so dass in diesem Bereich Niederlassungsfreiheit herrschte. Dies führte zu einer starken Zunahme der Arztzahlen bei diesen Fachgruppen (+3.945 von 1999 bis

2012). Seit der Aufnahme dieser Facharztgruppen in das System der Bedarfsplanung im Jahr 2012 ist das Wachstum hier deutlich zurück gegangen. In der folgenden Zeitreihe können die Daten der in der Bedarfsplanung zählenden Ärztinnen und Ärzte entnommen werden (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht).

Eine Ausweisung der Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte ist vor dem Jahr 1999 nicht möglich, da es bis dahin die Bedarfsplanungsarztgruppe der Hausärzte nicht gab. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es zum einen die Bedarfsplanungsarztgruppe der Allgemeinmediziner/Praktischen Ärzte, zum anderen die Bedarfsplanungsarztgruppe der Internisten. Erst dann wurde die Bedarfsplanungsarztgruppe der Hausärzte geschaffen, in der Allgemeinmediziner, praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten zusammengefasst wurden.

Seit dem Jahr 2010 ist zudem mit der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gemäß § 75a SGB V die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die in diesem Rahmen in der hausärztlichen Versorgung tätig sind, kontinuierlich gestiegen und lag im Jahr 2023 bei 10.189 Personen (5.847 Vollzeitäquivalente). Diese sind in der oben genannten Statistik nicht erfasst, sind aber versorgungswirksam, da in der Regel Ärztinnen und Ärzte ab dem 3. Weiterbildungsjahr in der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden. Der Evaluationsbericht zur Weiterbildungsförderung ist im Internet abrufbar ([www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/foerderung-allgemeinmedizin](http://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/foerderung-allgemeinmedizin)).

4. Wie sind aktuell nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen hausärztlichen Termin, untergliedert nach Bundesländern, KV (Kassenärztliche Vereinigung)-Bezirken, und wie liegen diese Wartezeiten im Vergleich zu denen im fachärztlichen Bereich?

Der Bundesregierung liegen keine differenzierten, validen Daten hinsichtlich Wartezeiten auf hausärztliche sowie fachärztliche Termine weder bundesweit noch untergliedert nach Ländern oder KV-Bezirken vor.

Hinweise zu Wartezeiten auf hausbeziehungsweise fachärztliche Termine ergeben sich lediglich aus Befragungen und sind entsprechend subjektiv geprägt. So lag nach einer Versichertenbefragung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-SV) aus dem Jahr 2024 die

Jahr	Abgänge	Abgänge (kumuliert)	Zugänge	Zugänge (kumuliert)	Bestand
2024	3.265	3.265	3.312	3.312	51.437
2025	3.279	6.544	3.231	6.543	51.388
2030	3.323	23.206	3.274	22.959	51.143
2035	3.169	42.557	3.082	42.024	50.857
2040	3.000	54.711	2.956	54.000	50.678

Quelle: Berechnung der KBV auf Basis des Bundesarztregisters.

mittlere Wartezeit auf einen Termin beim Hausarzt bei einem Tag (Median) und die mittlere Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt bei zehn Tagen (Median). Entsprechend lag der Anteil der Befragten, die die Wartezeit auf einen Termin bei einer hausärztlichen Praxis als viel zu lang oder zu lang empfanden, bei 12 Prozent. Die Terminwartezeiten für fachärztliche Praxen empfanden demgegenüber 31 Prozent der Befragten als viel zu lang oder zu lang (im Internet abrufbar unter [www.gkv-90prozent.de/ausgabe/40/autorenbeitrag/40\\_versicherertenbefragung/40\\_versicherertenbefragung.html](http://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/40/autorenbeitrag/40_versicherertenbefragung/40_versicherertenbefragung.html)).

Aus dem Evaluationsbericht zur Tätigkeit der Terminservicestellen (TSS) der KVen (2024) lässt sich entnehmen, dass die durchschnittliche Vermittlungsdauer für die hausärztliche Versorgung drei Tage betrug. Die durchschnittliche Vermittlungsdauer über alle Fachgruppen betrug elf Tage. Diese Angaben beziehen sich nur auf über die TSS vermittelte Termine, nicht auf die Versorgung insgesamt. Der Evaluationsbericht 2024 zur Tätigkeit der TSS ist im Internet abrufbar unter [www.kbv.de/documents/infotehke/zahlen-und-fakten/evaluationsberichte-tss/bericht-116117-terminservicestellen-2024.pdf](http://www.kbv.de/documents/infotehke/zahlen-und-fakten/evaluationsberichte-tss/bericht-116117-terminservicestellen-2024.pdf).

6. Wie viele hausärztliche Praxen nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell keine neuen Patientinnen und Patienten mehr auf?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

Hintergrund ist, dass in Deutschland, anders als in anderen Ländern, keine Wartezeitenlisten oder Ähnliches geführt werden.

7. Wie viele hausärztliche Praxen nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung faktisch nicht an der hausärztlichen Versorgung teil (sog. atypische Hausarztpraxen, die etwa keine Rezepte ausstellen, keine Hausbesuche durchführen oder nur spezialisierte – zum Beispiel psychotherapeutische – Leistungen erbringen)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine systematischen Auswertungen vor.

8. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl bzw. der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die bis 2030, 2035 und 2040 erwartungsgemäß in Ruhestand gehen werden, und mit wie vielen zusätzlichen Hausärztinnen und Hausärzten rechnet das

KV	Niederlassungsmöglichkeiten Hausärzte					Veränderung in Prozent 2020–2024
	2020	2021	2022	2023	2024	
Baden-Württemberg	662	766	804	920	952	44
Bayerns	365	398	442	487	508	39
Berlin	139	142	142	142	122	-12
Brandenburg	315	322	327	318	324	3
Bremen	12	21	25	23	36	213
Hamburg	0	0	0	9	0	
Hessen	268	263	251	270	285	6
Mecklenburg-Vorpommern	105	95	86	81	77	-26
Niedersachsen	451	466	546	549	577	28
Nordrhein	192	122	464	428	489	155
Rheinland-Pfalz	263	321	307	341	321	22
Saarland	74	81	82	82	85	14
Sachsen	344	365	426	419	376	9
Sachsen-Anhalt	278	247	255	249	206	-26
Schleswig-Holstein	48	59	64	77	69	44
Thüringen	43	64	70	95	112	164
Westfalen-Lippe	306	372	575	598	645	111
Bundesgebiet gesamt	3.861	4.101	4.863	5.082	5.181	34

Quelle: Auswertung der KBV zu den Meldungen der KVen zum Ende des 4. Quartal eines Jahres.

Bundesministerium, die bis 2030, 2035 und 2040 neu eine hausärztliche Tätigkeit als niedergelassene oder angestellte (Vertrags-)Ärztinnen und (Vertrags-)Ärzte aufnehmen werden?

Die KBV hat als Projektionsrechnung ein Stock-Flow-Modell der zu erwartenden Abgänge und Nachbesetzungen bis zum Jahr 2040 durchgeführt. Grundlage waren hierfür die mittleren altersspezifischen Abgangsdaten der vergangenen fünf Jahre (2019 bis 2024) sowie die beobachteten Nachbesetzungsraten. Berechnet wurden Bestände, Zu- und Abgänge auf Grundlage von vollen Versorgungsanteilen. Darin sind neben Ruhestandseintritten auch Abgänge aus anderen Gründen (z. B. Abwanderung, Todesfälle, Wechsel in andere Versorgungsformen) und Veränderungen des Versorgungsumfanges (z. B. Rückgabe eines halben Sitzes) berücksichtigt. Die Werte, die sich für die Hausärztinnen und Hausärzte ergeben, sind in der nebenstehenden Tabelle dargestellt. Die Werte für 2024 sind Echtdaten, ab 2025 handelt es sich um projizierte Werte.

9. Wie wird sich durch diese demografische Entwicklung nach Ansicht der Bundesregierung die hausärztliche Versorgung in Deutschland verändern?

Nach Angaben der KBV wird sich unter Berücksichtigung der Bevölkerungsvorausberechnung und der Altersstruktur von Patientinnen und Patienten der Bedarf in der hausärztlichen Versorgung unter sonst gleichen Bedingungen, zum Beispiel ohne Ansehen der heute noch nicht bekannten ordnungspolitischen, bedarfsplanungsrelevanten oder technologischen Faktoren bzw. Änderungen, moderat erhöhen.

10. Wie viele freie haus- und kinderärztliche Kassensitze wird es nach Erwartung der Bundesregierung bis 2030, 2035 und 2040 im Bund, in den einzelnen Bundesländern und unterteilt nach Raumkategorien geben?

Eine regionale Projektion von Niederlassungsmöglichkeiten ist aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren (Bevölkerungsentwicklung, individuelles Niederlassungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten, Entwicklung von allgemeiner Infrastruktur, Entwicklung des regionalen Bedarfs) sehr komplex und annahmehaftet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Trends der Niederlassungsmöglichkeiten nach KV-Regionen in den nächsten Jahren fortsetzen werden. Bei der Bewertung der regionalen Entwicklung wird auf eine Analyse der KBV zu

den freien Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärztinnen und Hausärzte der letzten fünf Jahren verwiesen.

Die Kapazitäten zur freien Niederlassung sind in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Hintergrund ist nach Auffassung der Bundesregierung jedoch nicht nur der alleinige Rückgang oder die Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit, sondern auch die stetigen Anpassungen in den Bedarfsplänen (z. B. die Anpassung der Versorgungsgrade) der KVen und in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPl-RL). Dies führte, nach einem gesetzlichen Auftrag zur Überarbeitung der BPl-RL im Jahr 2019, beispielsweise zu einem rein rechnerischen Anstieg von rund 900 freien Sitzen im hausärztlichen Bereich.

13. Welche Entwicklung erwartet die Bundesregierung bezüglich der Unter- und Überversorgung im hausärztlichen Bereich in Deutschland, und wie beurteilt die Bundesregierung die regionale Heterogenität (urban bzw. ländlich, aber auch innerhalb von Städten) der hausärztlichen Versorgung?

Laut Bedarfsplanungsumfrage der KBV zum 31. Dezember 2024 wurde in 15 von 985 Mittelbereichen (kleinteiliger Planungsbereich für die Arztgruppe Hausärzte) eine Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung festgestellt. Darüber hinaus wurde für 87 Mittelbereiche eine drohende Unterversorgung gemeldet. In 200 Planungsbereichen lag der Versorgungsgrad oberhalb von 110 Prozent. In diesen Planungsbereichen waren rechnerisch 485 Hausärztinnen und Hausärzte oberhalb der Sperrgrenze. Dem stehen deutschlandweit 5.181 offene Niederlassungsmöglichkeiten zum 31. Dezember 2024 gegenüber. Eine einheitliche Definition von urbanen bzw. ländlichen Gebieten existiert in der Raumplanung nicht. Für die Mittelbereiche stellt das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zudem kein siedlungsstrukturelles Merkmal zur Verfügung.

14. In wie vielen Mittelbereichen können nach Kenntnis der Bundesregierung 95 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner die nächste hausärztliche Praxis in weniger als 10 bzw. in weniger als 20 Pkw-Minuten erreichen, und in welchen Mittelbereichen ist eine Erreichbarkeit innerhalb von 20 Minuten nicht für 95 Prozent der Bevölkerung möglich (vgl. § 35 der Bedarfsplanungs-Richtlinie G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss)?

Einer Auswertung der KBV zu Folge, ausgehend von rund 160.000 Messpunkten zur Prüfung der Erreichbarkeit (entspricht im Schnitt etwa 15 Messpunkten pro Gemeinde bzw. ein Punkt je 500 Einwohner), liegt die durchschnittliche Wegezeit (DWZ) zur nächstgelegenen Hausarztpraxis bei etwa vier Minuten. Bezugspunkt sind die Mittelbereiche gemäß BPl-RL ohne regionale Anpassungen. Bei 7,9 Prozent der Einwohner (6.544.086) liegt die DWZ über zehn Minuten, bei 0,2 Prozent der Einwohner (195.082 – meist Inselbevölkerung oder Solitärlagen) über 20 Minuten. In vier Mittelbereichen (0,5 Prozent) von 883 Mittelbereichen liegt die DWZ über zehn Minuten. In 245 (27,85 Prozent) Mittelbereichen können 95 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner die nächste hausärztliche Praxis in weniger als zehn Minuten erreichen, in 866 (98 Prozent) Mittelbereichen können 95 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner die nächste hausärztliche Praxis in weniger als 20 Minuten erreichen.

15. Wie ist die Erreichbarkeit hausärztlicher Praxen mit öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV) nach Kenntnis der Bundesregierung, und wie hoch ist der Anteil der Mittelbereiche, in denen mindestens 95 Prozent der Bevölkerung mittels ÖPNV die nächste hausärztliche Praxis nicht in 20 Minuten erreichen können?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine validen Daten vor und nach Kenntnis der Bundesregierung können derzeit aufgrund fehlender Informationen (beispielsweise Fahrpläne sämtlicher Verkehrsbetriebe inklusive aller geokodierter Haltestellen sowie lokale Verkehrsmuster, unter anderem Berufsverkehr) auch keine kurzfristigen Erhebungen erfolgen.

16. In wie vielen hausärztlichen Praxen arbeiten nach Kenntnis der Bundesregierung heute Angestellte nichtärztlicher medizinischer Gesundheitsberufe (Gesamtzahl und prozentualer Anteil an allen Praxen) insgesamt und aufgliedert nach Berufsgruppen (Medizinassistentinnen und Medizinassistenten (physician assistants), community health nurses, advanced practice nurses, primary care manager, andere akademische Gesundheitsberufe; Versorgungsassistentinnen und Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH), Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (NäPA), Medizinische Fachangestellte (MFA) mit Weiterbildungen, MFA

Jahr	Abgänge	Abgänge (kumuliert)	Zugänge	Zugänge (kumuliert)	Bestand
2024	401	401	452	452	6 223
2025	400	801	485	937	6 308
2030	421	2 892	506	3 453	6 733
2035	412	4 963	497	5 949	7 158
2040	429	7 063	514	8 474	7 583

Quelle: Berechnung der KBV auf Basis des Bundesarztregisters.

ohne besondere Weiterbildungen, andere nichtakademische Gesundheitsberufe), und welche Maßnahmen sind zu ergreifen, um die Daten zu dieser Frage bereitstellen zu können, falls der Bundesregierung aktuell keine ausreichenden Zahlen zu dieser Frage vorliegen sollten?

In der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) erfolgt die Einordnung von Beschäftigungsbetrieben nach Branchen/Wirtschaftszweigen anhand der Klassi-

fikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008). Die Einordnung von Tätigkeiten, die Beschäftigte ausüben, basiert auf Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010 überarbeitete Fassung). Grundlage der Beschäftigungsstatistik bilden die Meldungen der Arbeitgeber im Meldeverfahren zur Sozialversicherung. Die Zuordnung der Betriebe zum Wirtschaftszweig erfolgt auf Basis der Betriebsnummer, die ausgeübte Tätigkeit der Beschäftigten wird anhand der ersten fünf Stellen des Tätigkeitsschlüssels be-

stimmt. Auf dieser Basis lassen sich die meisten in der Frage genannten Tätigkeitsbereiche beziehungsweise -bezeichnungen nicht auswerten. Ausgewertet werden können Arztpraxen für Allgemeinmedizin und Facharztpraxen.

Von den rund 140.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Arztpraxen für Allgemeinmedizin sind rund 105.000 als Arzt- und Praxishilfe tätig (75 Prozent), darunter 97 Prozent als Medizinische Fachangestellte. Weitere Daten können der Tabelle in der Anlage 1 entnommen werden.\*

Die Klassifizierung der Wirtschaftszweige liegt in der Verantwortung des Statistischen Bundesamtes und befindet sich derzeit in der Überarbeitung (Klassifikation der Wirtschaftszweige 2025).

Anregungen zur Anpassung der Systematik der KldB können bei der Statistik der Bundesagentur für Arbeit unter Service-Haus.Statistik-DKT@arbeitsagentur.de eingebracht werden.

18. Wie sind nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen kinderärztlichen Termin, untergliedert nach Bundesländern und Raumkategorien? Der Bundesregierung liegen keine differenzierten, validen Daten hinsichtlich Wartezeiten auf einen kinderärztlichen Termin vor. Hintergrund ist, dass in Deutschland, anders als in anderen Ländern, keine offiziellen Wartezeitenlisten geführt werden.

20. Wie viele kinderärztliche Praxen nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell keine neuen Patientinnen und Patienten mehr auf, wenn möglich untergliedert nach Bundesländern und Planungsregionen?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

Hintergrund ist, dass in Deutschland, anders als in anderen Ländern, keine Wartezeitenlisten oder Ähnliches geführt werden.

21. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der jeweilige Anteil der Kinderärztinnen und Kinderärzte im Bund und in den einzelnen Bundesländern, die bis 2030, 2035 und 2040 erwartungsgemäß in Ruhestand gehen werden, und mit wie vielen zusätzlichen Kinderärztinnen und Kin-

KV	Niederlassungsmöglichkeiten Kinderärzte					Veränderung in Prozent 2020-2024
	2020	2021	2022	2023	2024	
Baden-Württemberg	21	18	22	33	27	32
Bayerns	32	27	32	43	43	33
Berlin	5	1	1	7	21	367
Brandenburg	8	6	5	6	8	0
Bremen	0	0	0	1	3	
Hamburg	15	2	1	9	1	-97
Hessen	15	15	10	12	16	7
Mecklenburg-Vorpommern	5	5	6	12	13	150
Niedersachsen	27	19	23	23	18	-32
Nordrhein	37	5	8	14	12	-68
Rheinland-Pfalz	25	23	22	22	19	-26
Saarland	1	1	2	2	4	250
Sachsen	2	1	2	2	4	100
Sachsen-Anhalt	6	6	6	9	4	-27
Schleswig-Holstein	1	1	2	1	0	-100
Thüringen	1	1	7	7	7	550
Westfalen-Lippe	10	10	13	17	15	50
Bundesgebiet gesamt	208	137	160	216	212	2

Quelle: Auswertung der KBV zu den Meldungen der KVEn zum Ende des 4. Quartal eines Jahres.

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 21/1315 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

der Ärzten rechnet das Bundesministerium, die bis 2030, 2035 und 2040 neu eine ambulante kinderärztliche Tätigkeit aufnehmen werden?

Auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 8 wird zum Teil verwiesen. Die Werte, die sich für die Kinderärztinnen und Kinderärzte ergeben, sind in der Tabelle dargestellt. Die Werte für 2024 sind Echtdaten, ab 2025 handelt es sich um projizierte Werte.

22. Wie wird sich durch diese demografische Entwicklung nach Ansicht der Bundesregierung die kinderärztliche Versorgung in Deutschland verändern, und wie viele freie kinderärztliche Kassensitze wird es nach Erwartung der Bundesregierung bis 2030, 2035 und 2040 im Bund, in den einzelnen Bundesländern und unterteilt nach Raumkategorien geben?

Eine regionale Projektion von Niederlassungsmöglichkeiten ist aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren (Bevölkerungsentwicklung, individuelles Niederlassungsverhalten von Ärzten, Entwicklung von allgemeiner Infrastruktur, Entwicklung des regionalen Bedarfs) aus Sicht der KBV sehr komplex und annahmebehaftet. Es ist davon auszugehen, dass sich die Trends der Niederlassungsmöglichkeiten nach KV-Regionen in den nächsten Jahren fortsetzen werden. Bei der Bewertung der regionalen Entwicklung kann eine Analyse der Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte in den letzten fünf Jahren helfen. Zu beachten ist dabei, dass im Zuge einer Bedarfsplanungsreform 2019 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte geschaffen wurden. Diese wurden im Laufe des Jahres 2020 zum Teil gefüllt. Seitdem ist die Anzahl der offenen Sitze jedoch in manchen Regionen wieder gestiegen.

25. Welche Entwicklung erwartet die Bundesregierung bezüglich der Entwicklung unter- und überversorgter Regionen im Bereich der kinderärztlichen Versorgung, wie beurteilt die Bundesregierung die regionale Heterogenität (urban bzw. ländlich, aber auch innerhalb von Städten) der Versorgung, und welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, und hält die Bundesregierung die Grenze von 50 Prozent beim Versorgungsgrad zur Feststellung von Unterversorgung im kinderärztlichen Bereich für angemessen?

Laut Bedarfsplanungsumfrage der KBV zum 31. Dezember 2024 wurde in einem von 410 Planungsbereichen eine Unterversorgung mit Kinder- und Jugendärzten festgestellt. Darüber hinaus wurde für 17 Planungsbereiche eine drohende Unterversorgung mit Kinder- und Jugendärzten gemeldet. In 273 Planungsbereichen lag der Versorgungsgrad oberhalb von 110 Prozent. In diesen Planungsbereichen waren rechnerisch 453 Kinder- und Jugendärzte oberhalb der Sperrgrenze. Dem stehen deutschlandweit 212 offene Niederlassungsmöglichkeiten zum 31. Dezember 2024 gegenüber.

Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Beschluss vom 16. Januar 2025 die BPl-RL angepasst. Es wurde in § 29 Satz 2 BPl-RL geregelt, dass in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte eine Unterversorgung anzunehmen ist, wenn der Stand der Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent unterschreitet.

26. In wie vielen Kreisen und kreisfreien Städten können nach Kenntnis der Bundesregierung 95 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner unter 18 Jahren die nächste kinderärztliche Praxis in weniger als 30 Pkw-Minuten erreichen, und in welchen Kreisen und kreisfreien Städten ist eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten nicht für 95 Prozent der Bevölkerung möglich (vgl. § 35 der Bedarfsplanungsrichtlinie G-BA)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine validen Daten vor.

27. Wie ist die Erreichbarkeit kinderärztlicher Praxen mit öffentlichem Personennahverkehr nach Kenntnis der Bundesregierung?

Wie hoch ist der Anteil der Kreise und kreisfreien Städte, in denen mindestens 95 Prozent der Bevölkerung mittels ÖPNV die nächste kinderärztliche Praxis nicht in 30 Minuten erreichen können?

Auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 15 wird verwiesen.

28. In wie vielen kinderärztlichen Praxen arbeiten heute nach Kenntnis der Bundesregierung Angestellte nichtärztlicher medizinischer Gesundheitsberufe (Gesamtzahl und prozentualer Anteil an allen Praxen) insgesamt und aufgliedert nach Berufsgruppen (Medizinassistentinnen und Medizinassistenten (physician assistants), commu-

nity health nurses, advanced practice nurses, primary care manager, andere akademische Gesundheitsberufe; Versorgungsassistentinnen und Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH), Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (NäPA), Medizinische Fachangestellte (MFA) mit Weiterbildungen, MFA ohne besondere Weiterbildungen, andere nichtakademische Gesundheitsberufe), und welche Maßnahmen sind zu ergreifen, um die Daten zu dieser Frage bereitstellen zu können, falls der Bundesregierung aktuell keine ausreichenden Zahlen zu dieser Frage vorliegen sollten?

Auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 16 wird verwiesen.

29. Welche internationalen Vergleichszahlen zur Anzahl der primär- und fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte pro Kopf der Bevölkerung und zum Anteil der primärärztlich- und fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte an der Gesamtzahl der im Gesundheitswesen tätigen Ärztinnen und Ärzte gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung, und welche hält die Bundesregierung für aussagekräftig?

30. Wo steht Deutschland im Ländervergleich bezüglich der Anzahl der primär- und fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte pro Kopf der Bevölkerung und bezüglich des Anteils der primärärztlich- und fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte an der Gesamtzahl der im Gesundheitswesen tätigen Ärztinnen und Ärzte?

31. Wie beurteilt die Bundesregierung die Versorgungslage im hausärztlichen, kinderärztlichen und sonstigen fachärztlichen Bereich in Deutschland mit Blick auf den Ländervergleich (siehe Frage 30)?

Die Fragen 29 bis 31 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Daten zum Ländervergleich bezüglich der Ausstattung mit Ärztinnen und Ärzten liegen bei der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) vor, hierzu wird beispielsweise auf den OECD-Bericht „Health at a Glance. Europe 2024“ verwiesen (im Internet abrufbar unter: [www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024\\_4\\_bb301b77/b3704e14-en.pdf](http://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_4_bb301b77/b3704e14-en.pdf)).

Bei der Bewertung von Daten aus Ländervergleichen ist zu beachten, dass die internationale Vergleichbarkeit von Strukturdaten zur Versorgung aufgrund der Heterogenität der Gesundheitssysteme eingeschränkt ist, unter anderem weil die ambulante fachärztliche Versorgung in vielen OECD-Staaten an Krankenhäusern stattfindet, so dass die Daten nicht nach Fachärztinnen und Fachärzten in Praxen beziehungsweise ambulanter Versorgung und Fachärztinnen und Fachärzten in der stationären Versorgung differenzieren.

32. Wie beurteilt die Bundesregierung vor dem Hintergrund der vorherigen Fragen und vor dem Hintergrund des aktuell bestehenden hausärztlichen und pädiatrischen Angebots die Möglichkeit, in Deutschland kurzfristig ein verpflichtendes Primärversorgungssystem einzuführen?
33. Wenn die Bundesregierung der Meinung ist, dass ein verpflichtendes Primärversorgungssystem nicht unmittelbar umsetzbar ist, welche vorbereitenden Maßnahmen müssen mit welcher zeitlichen Perspektive ergriffen werden, um ein verpflichtendes Primärversorgungssystem einzuführen?
34. Kann nach Auffassung der Bundesregierung bei einer verpflichtenden Einschreibung in einem Primärversorgungssystem für jede Bürgerin und jeden Bürger eine Einschreibemöglichkeit zugesagt werden, und welche maximalen Fahrzeiten zu einer Praxis, in der eine Einschreibung erfolgt, sollen dabei aus Sicht der Bundesregierung eingehalten werden?
35. Wie will die Bundesregierung die Primärversorgung durch ärztliche Praxen mit anderen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen verknüpfen (z. B. innerhalb von Primärversorgungszentren) und dabei auch sektorübergreifenden Aspekten gerecht werden?

Die Fragen 32 bis 35 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die konkrete Ausgestaltung des Vorhabens hängt von einer Vielzahl unterschiedlicher Fragestellungen ab, die es im weiteren Erarbeitungsprozess zu diskutieren und zu klären gilt. Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

36. In welcher Höhe könnten durch ein von der Bundesregierung vorgesehenes System der Primärversorgung konkret Mehrkosten vermieden sowie Einsparungen (etwa durch Effi-

ziensteigerungen) erreicht werden, und welche Schätzungen, Projektionen oder Modellierungen wurden zur Beantwortung dieser Frage erstellt bzw. sind in Planung?

Zu den Mehr- oder Minderausgaben in einem Primärversorgungssystem kann die Bundesregierung derzeit keine Aussage treffen, da diese von der konkreten Ausgestaltung des Systems abhängen.

37. Sind nach Ansicht der Bundesregierung in Zukunft insbesondere unter dem Aspekt der Einführung eines verpflichtenden Primärversorgungssystems andere Planungseinheiten anstelle der aktuellen Mittelbereiche, andere Verhältniszahlen bei den Planungen oder andere Planungsgrößen anstelle von „Sitzen“ erforderlich, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen, und wenn ja, welche?

Zu etwaigen Veränderungen der Planungseinheiten, die aufgrund eines Primärversorgungssystems notwendig werden könnten, kann die Bundesregierung derzeit ebenfalls noch keine Aussage treffen.

38. Abgesehen von den regionalen Planungseinheiten und Verhältniszahlen, ist die aktuelle Grundlage der Bedarfsplanung im hausärztlichen und kinderärztlichen Bereich sachdienlich und ausreichend, um dem tatsächlichen regionalen und lokalen Versorgungsbedarf gerecht zu werden?

39. Sind nach Ansicht der Bundesregierung insbesondere die regionale Morbidität, die Altersstruktur und die Erreichbarkeit der Praxen in der aktuellen Bedarfsplanung ausreichend abgebildet?

40. Ist nach Ansicht der Bundesregierung die regionale Sozialstruktur in der aktuellen Bedarfsplanung ausreichend abgebildet?

Die Fragen 38 bis 40 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der G-BA hat unter anderem die Aufgabe, festzulegen, ab welchem Versorgungsgrad von einer Unterversorgung auszugehen ist. Zusätzlich hat er die Bedarfsplanung zugrunde liegenden Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist.

Im Hinblick auf die fachärztliche Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte hat der G-BA mit Beschluss vom 16. Januar

2025 BPl-RL dahingehend angepasst, dass in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte – der Vorgabe im Rahmen der hausärztlichen Versorgung entsprechend – eine Unterversorgung bereits dann anzunehmen ist, wenn der Stand der Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent unterschreitet (§ 29 Satz 2 BPl-RL). Auf dieser Grundlage ist es den KVen schneller möglich, ihre Sicherstellungs- und Förderinstrumente (wie beispielsweise die Niederlassungsförderung) zu nutzen, um auf etwaige Versorgungsdefizite zu reagieren. Zuvor war dies erst bei einer Unterschreitung um mehr als 50 Prozent möglich.

Nach § 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V hat der G-BA außerdem die demografische Entwicklung sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage hat der G-BA einen Morbiditätsfaktor entwickelt, mit dem die Verhältniszahlen modifiziert werden (vergleiche § 9 BPl-RL). Der Morbiditätsfaktor wird alle zwei Jahre aktualisiert, um versorgungsrelevante Veränderungen und regionale Unterschiede in der Bevölkerung zu berücksichtigen. Der G-BA hat die Anwendung des Morbiditätsfaktors sowie die Nutzung sozioökonomischer Daten im Rahmen der Bedarfsplanung sechs Jahre nach Inkrafttreten zu evaluieren (§ 68 Satz 1 BPl-RL). Der Evaluationsbericht wurde vom G-BA mit Beschluss vom 20. Februar 2025 veröffentlicht (im Internet abrufbar unter [www.g-ba.de/beschluesse/7085/](http://www.g-ba.de/beschluesse/7085/)).

41. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung des Sachverständigenrats für Gesundheit, dass „im Bereich der ambulanten Versorgung [...] in strukturschwachen, ländlichen oder sozial deprivierten Planungsbereichen die Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung gefährdet“ ist (Gutachten SVR-Gesundheit 2024, S. XXII Executive Summary)?

42. Wenn die Bundesregierung die Meinung des Sachverständigenrats teilt, welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um dieser Gefährdung entgegenzuwirken?

Die Fragen 41 und 42 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Ergebnisse des genannten Gutachtens werden in die Überlegungen der Bundesregierung zur Einführung eines Primärversorgungssystems einfließen.

43. Welche Notwendigkeit sieht die Bundesregierung, im Zuge der Einführung eines Primärversorgungssystems den G-BA mit einer Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie zu beauftragen?

Abhängig von der konkreten Ausgestaltung eines Primärversorgungssystems könnten veränderte Versorgungsbedarfe entstehen, auf die gegebenenfalls mit einer Anpassung der BPl-RL reagiert werden müsste. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann jedoch von Seiten der Bundesregierung keine Aussage zu der Frage getroffen werden, ob beziehungsweise inwieweit eine Anpassung der BPl-RL erforderlich sein wird.

44. Sieht die Bundesregierung vor dem Hintergrund einer Einführung eines verpflichtenden Primärversorgungssystems die Notwendigkeit, besondere Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung mit haus- und kinderärztlichen Praxen zu ergreifen, und wenn ja, welche Maßnahmen sind hierbei angedacht?

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

45. Wie kann nach Auffassung der Bundesregierung sichergestellt werden, dass vulnerable Bevölkerungsgruppen (z. B. ältere Menschen, Menschen mit chronischen Erkrankungen) auch zukünftig einen verlässlichen Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung haben?

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

46. Stimmt die Bundesregierung mit der Auffassung der Fragesteller überein, dass Menschen mit psychiatrischem oder psychotherapeutischem Hilfebedarf weiterhin Direktzugang zu diesen Versorgungsbereichen haben sollten, da es insbesondere mit der psychotherapeutischen Sprechstunde bereits ein bewährtes Steuerungsinstrument gibt?

Die konkrete Ausgestaltung des Primärversorgungssystems, beispielsweise auch die Festlegungen von Facharztgruppen, zu denen weiterhin ein entsprechender Direktzugang möglich ist, wird im weiteren Erarbeitungsprozess diskutiert und geklärt. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

47. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung gegen die zunehmende hausärztliche Unterversorgung in bestimmten Regionen, etwa durch Praxisschließungen infolge von Ruhestand ohne Nachfolge?

Zur Gewinnung von mehr Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung wurde im „Masterplan Medizinstudium 2020“ zwischen Bund und Ländern eine sogenannte „Landarztquote“ vereinbart. Damit können die Länder bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein. Die Flächenländer haben mit Ausnahme von Schleswig-Holstein und Brandenburg inzwischen die Landarztquote eingeführt. Die Mehrzahl dieser Länder hat sie sogar auf Weiterbildungen in der Inneren Medizin und der Kinder- und Jugendmedizin ausgedehnt. Die ersten Studienplätze im Rahmen der Landarztquote wurden im Wintersemester 2019/2020 in Nordrhein-Westfalen vergeben. Da die ärztliche Aus- und Weiterbildung in den genannten Gebieten insgesamt mindestens elf Jahre dauert, werden die ersten im Rahmen der Landarztquote ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzte frühestens im Jahr 2030 für die Versorgung zur Verfügung stehen. Durch die Landarztquote ist also für die Zukunft eine Verbesserung der Versorgung in unterversorgten Gebieten zu erwarten.

Zusätzlich haben die Länder und die KVen Programme entwickelt, um Nachwuchs für die Niederlassung auf dem Land zu gewinnen. Hierzu wurden verschiedene Stipendien- und Förderprogramme aufgelegt. Auf der Internetseite der KBV „Lass dich nieder“ sind die verschiedenen Angebote abrufbar ([www.lass-dich-nieder.de/berufsalltag/foerderung/zukuenftige-landaerzte-lass-dich-foerdern.html](http://www.lass-dich-nieder.de/berufsalltag/foerderung/zukuenftige-landaerzte-lass-dich-foerdern.html)).

Zur Stärkung der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Versorgung im Medizinstudium wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 63 verwiesen.

48. Welche Ursachen sieht die Bundesregierung für die Konzentration hausärztlicher und fachärztlicher Praxen in bestimmten urbanen Gebieten, und welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um möglicher Überversorgung entgegenzuwirken?

Nach Ansicht der Bundesregierung kann das Zusammenspiel verschiedener Faktoren zu einer Konzentration vertragsärztlicher Arztpraxen in bestimmten urbanen Gebieten führen.

Um einer (möglichen) Überversorgung in bestimmten Planungsbereichen entgegenzuwirken, kommen – abhängig vom Grad der Überversorgung – verschiedene Maßnahmen in Betracht. Dazu gehören die bereits vorgesehenen Regelungen wie zum Beispiel die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 103 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 16b Absatz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Ärzte-ZV) oder die Möglichkeit des Zulassungsausschusses für Ärzte, einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens abzulehnen (§ 103 Absatz 3a Satz 7 SGB V).

Zum Fairnessausgleich zwischen über- und unterversorgten Gebieten sieht der Koalitionsvertrag in (drohend) unterversorgten Gebieten Zuschläge zum und in überversorgten Gebieten (bei einer Überschreitung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads um mehr als 20 Prozent) Abschläge vom Honorar vor. Ferner soll die Entbudgetierung von Fachärztinnen und Fachärzten in unterversorgten Gebieten geprüft werden.

Des Weiteren ist im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbart, die Länderbeteiligung in den Zulassungsausschüssen für Ärzte über eine ausschlaggebende Stimme zu stärken und eine kleinteiligere Bedarfsplanung zu ermöglichen.

49. Wie häufig wurde nach Kenntnis der Bundesregierung das Instrument der Zulassungsbeschränkung bei Überversorgung nach § 103 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in den letzten fünf Jahren im hausärztlichen, kinderärztlichen und übrigen fachärztlichen Bereich angewendet, und wie bewertet die Bundesregierung dieses Instrument, sollte es konsequenter eingesetzt werden?

Der Bundesregierung liegen aufgrund des Umstands, dass die regional verhängten Zulassungsbeschränkungen nicht in einer zentralen Statistik erfasst werden, keine eigenen entsprechenden belastbaren Informationen vor. Angaben über bestehende Zulassungsbeschränkungen finden sich auf der Internetseite der KBV ([www.kbv.de/infotek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten](http://www.kbv.de/infotek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten)).

Die Bundesregierung hält das Instrument der Zulassungsbeschränkung bei Überversorgung für ein probates Mittel, um einen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Verteilung vertragsärztlicher

Ressourcen zu leisten. Zugleich können Zulassungsbeschränkungen dem Risiko einer angebotsinduzierten Nachfrage, die zu einer unwirtschaftlichen Belastung des GKV-Systems führen kann, entgegenwirken.

Die Entscheidung über die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen wird von dem jeweils zuständigen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen getroffen. Einer solchen Anordnung hat eine Prüfung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Überversorgung vorliegt, vorauszugehen. Der Gesetzgeber hat die Aufgabe der Prüfung des Vorliegens einer Überversorgung sowie der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene übertragen, dass aufgrund der bei ihm vorliegenden Sachkompetenz die Verfahrensverantwortung bei der Prüfung und Feststellung einer Überversorgung innehat.

50. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Verbreitungsgrad der Hausarztzentrierten-Versorgungs-Verträge unter den Versicherten (absolute Zahlen und Prozentzahlen der eingeschriebenen Versicherten) in Deutschland insgesamt und unterteilt nach Bundesländern und Krankenkassen?
51. Wie hoch ist nach Kenntnissen der Bundesregierung der Anteil an Patientinnen und Patienten in der Hausarztzentrierten Versorgung, die ohne vorherige Konsultation der jeweiligen Hausärztin bzw. des jeweiligen Hausarztes direkt fachärztliche Leistungen beanspruchen?
52. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Beteiligungsgrad unter den Hausärztinnen und Hausärzten an der HzV in Deutschland insgesamt und unterteilt nach Bundesländern und Krankenkassen?
53. Wie viele Krankenkassen in Deutschland (Absolut- und Prozentzahlen) bieten nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell HzV-Verträge an, und welche Krankenkassen bieten heute noch keine Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) an, obwohl in § 73b SGB V eine solche Verpflichtung besteht, und was sind nach Ansicht der Bundesregierung die Gründe dafür?
54. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um ein Angebot aller Krankenkassen durch-

zusetzen, und inwiefern gehören Sanktionen zu diesen Maßnahmen?

55. Welche wesentlichen Unterschiede bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen den HzV-Verträgen der verschiedenen Krankenkassen, und wie bewertet die Bundesregierung diese Unterschiede?
56. Sieht die Bundesregierung eine Notwendigkeit zu einer stärkeren bundesweiten Vereinheitlichung der HzV-Verträge, und wenn ja, welche vertraglichen Bereiche sollten vereinheitlicht werden?
57. Wie beurteilt die Bundesregierung den Einfluss der HzV-Verträge auf die Behandlungsqualität und die Versorgungssteuerung in Deutschland?

Die Fragen 50 bis 57 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen zu dem gefragten Themenkomplex der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) gemäß § 73b SGB V keine validen, bundesweiten eigenen Daten vor. Die Verträge der HzV beruhen auf regionalem Vertragsgeschehen. Das bedeutet, die HzV-Verträge werden zwischen regionalen Krankenkassen und dem jeweils zuständigen regionalen Hausärzterverband oder den weiteren in § 73b Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 bis 4 SGB V genannten Leistungserbringern bzw. den genannten Gemeinschaften der Leistungserbringer, Einrichtungsträgern oder KVen geschlossen. Daher unterscheiden sie sich zum Beispiel in Bezug auf ihre Vergütungssystematik, Qualitätssicherungsinstrumente oder in Bezug auf die Einbindung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Diese Unterschiede sind Ausdruck des selektivvertraglichen Wettbewerbs.

Ausweislich der Angaben des Hausärztinnen- und Hausärzterverbands (HÄV) nehmen derzeit bundesweit knapp 10.000.000 Patientinnen und Patienten sowie 15.728 Hausärztinnen und Hausärzte freiwillig an der HzV teil.

58. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Ausgaben der Krankenkassen pro Versicherten, differenziert nach nicht erfolgter oder erfolgter Einschreibung in das HzV-System, unterschieden nach Bundesländern?

Der Bundesregierung liegen keine Daten bezüglich Gesundheitsausgaben pro Versicherten differenziert nach Ländern vor. Nach dem Evaluationsbericht der AOK Baden-Württemberg beliefen sich die

durchschnittlichen Versorgungsausgaben im Jahr 2019 in der HzV insgesamt auf 3.951,78 Euro und in der Regelversorgung auf 3.699,96 Euro pro Versicherten.

59. Welche Krankenkassen haben nach Kenntnis der Bundesregierung bislang zusätzliche Facharztverträge innerhalb der HzV abgeschlossen, und wodurch sind diese Facharztverträge inhaltlich gekennzeichnet?

Nach Angaben des HÄV werden zusätzliche Facharztverträge innerhalb der HzV insbesondere in Baden-Württemberg im Rahmen des sogenannten „Facharztprogramms“ der AOK Baden-Württemberg sowie durch die Bosch BKK und die BKK-Gemeinschaft GWQ in Kooperation mit regionalen HzV-Verträgen angeboten.

Die Verträge haben zum Ziel, eine sektorenübergreifend koordinierte, qualitätsorientierte und wirtschaftliche Versorgung insbesondere chronisch kranker Patientinnen und Patienten im Rahmen der HzV zu erreichen.

Charakteristisch für diese Verträge sind die hausarztkoordinierte Einbindung der Fachärztinnen und Fachärzte, die Vorgabe qualitätsgesicherter Behandlungsabläufe und definierter Behandlungspfade, eine strukturierte Kommunikation mit den hausärztlichen Praxen sowie gesonderte Vergütungssysteme außerhalb des KV-Systems.

60. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auswirkung der HzV auf die Ausgaben- und Kostenentwicklung der Krankenkassen, welche Rolle spielt nach Ansicht der Bundesregierung dabei die hausärztliche Versorgung in der HzV, und welche Rolle spielen zusätzliche Facharztverträge in der HzV?

Leistungen der hausärztlichen Versorgung, die im Rahmen der HzV erbracht werden, werden nach den gem. § 73b SGB V durch die Krankenkassen zu schließenden Verträgen vergütet. Nach Angaben des HÄV liegt die Vergütung in der HzV im Schnitt 30 Prozent über der Vergütung im System der KVen beziehungsweise nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM). Nach Angaben der MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland bieten die mit der HzV verknüpften Facharztverträge den Praxen und dem ärztlichen Nachwuchs verlässliche Rahmenbedingungen ohne Budgettierung. Nach Zahlen der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK betragen die ärztlichen Honorarausgaben je eingeschriebenem Versicherten im Jahr 2024 für

das Hausarztprogramm 317 Euro je Versicherten und für das Facharztprogramm 227 Euro je Versicherten. Die Honorarausgaben für die genannten Krankenkassen insgesamt lagen bei rund 840 Mio. Euro ([www.medi-verbund.de/2025/05/pm-aok-facharztvertraege/](http://www.medi-verbund.de/2025/05/pm-aok-facharztvertraege/)). Der Bundesregierung liegen bisher keine weiteren und bundesweit ausreichenden Daten vor, um eine entsprechende Beurteilung vorzunehmen.

61. Spricht sich die Bundesregierung für eine Ausweitung der HzV aus, und wenn ja, warum wählt die Bundesregierung nicht den Weg über eine sukzessive Verbreitung der HzV, um zu einem umfassenden Primärversorgungssystem in Deutschland zu gelangen?

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ist die Einführung eines verbindlichen Primärversorgungsystems bei freier

Arztwahl durch Haus- und Kinderärztinnen bzw. durch Haus- und Kinderärzte in der HzV und im Kollektivvertrag vorgesehen. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

62. Will die Bundesregierung stärkere Anreize zur Verbreitung der HzV schaffen, wie sie etwa der SVR in seinem Gutachten aus 2024 empfiehlt oder wie sie in mehreren anderen Län-

Anlage 1 – Tabelle zur AW auf Frage 16 – Kleine Anfrage 21/1018

Tätigkeit nach KldB 2010	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte		Ausschließlich geringfügig Beschäftigte	
	Wirtschaftszweige der WZ 2008			
	86.210 Arztpraxen für Allgemeinmedizin	86.220 Facharztpraxen	86.210 Arztpraxen für Allgemeinmedizin	86.220 Facharztpraxen
	1	2	3	4
<b>Insgesamt</b>	<b>139.219</b>	<b>364.308</b>	<b>28.589</b>	<b>56.436</b>
81 Medizinische Gesundheitsberufe	127.860	315.624	11.577	24.569
811 Arzt- und Praxishilfe	104.731	228.918	10.338	19.022
81102 Medizin. Fachangestellte (oS)- Fachkraft	101.113	212.023	9.761	17.285
81103 Medizin. Fachangestellte (oS)- Spezialist	2.637	5.483	444	955
81182 Medizin. Fachangestellte (ssT)-Fachkraft	25	581	5	64
81183 Medizin. Fachangestellte (ssT)- Spezialist	461	1.246	54	111
812 Medizinisches Laboratorium	1.475	22.398	154	1.242
813 Gesundh., Krankenpfl., Rettungsd., Geburtsh.	2.080	17.562	316	2.570
8130 Berufe Gesundheits-, Krankenpflege (oS)	1.650	10.281	234	1.292
8131 Berufe in der Fachkrankenpflege	142	5.161	24	657
8132 Berufe in der Fachkinderkrankenpflege	5	49	-	7
8133 Berufe operations-/med.- techn. Assistenz	153	1.186	24	432
8134 Berufe im Rettungsdienst	37	107	17	51
8135 Berufe Geburtshilfe, Entbindungspflege	11	194	*	69
8138 Berufe Gesundheits-, Krankenpflege (ssT)	66	446	13	54
8139 Aufsicht, Führung-Krankenfl., Rettungsd.	16	138	*	8
817 Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	868	3.443	87	234
818 Pharmazie	61	179	21	46

Tabelle: Sozialversicherungspflichtig und ausschließlich geringfügig Beschäftigte in Arztpraxen nach ausgewählten Berufen in Deutschland (Arbeitsort), Stichtag: 31. Januar 2025, Datenstand: Juli 2025. Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

1) o.S. „ohne Spezialisierung“ bzw. s.s.T. „sonstige spezifische Tätigkeitsangabe“: den Berufsuntergruppen (Viersteller) „ohne Spezialisierung“ werden Berufs- und Tätigkeitsbezeichnungen zugeordnet, die innerhalb ihrer Berufsgruppe (3-Steller) keinen spezifischen Tätigkeitsschwerpunkt erkennen lassen. Identifizierbar sind diese Kategorien über eine ‚0‘ an vierter Stelle des KldB-Schlüssels. Den Berufsuntergruppen mit „sonstigen spezifischen Tätigkeitsangaben“ werden Berufs- und Tätigkeitsbezeichnungen zugeordnet, die innerhalb ihrer Berufsgruppe einen Tätigkeitsschwerpunkt oder eine Spezialisierung vorweisen, die keiner anderen Berufsuntergruppe (4-Steller) innerhalb der gewählten Berufsgruppe berufsfachlich zuzuordnen ist. Identifizierbar sind diese Kategorien über eine ‚8‘ an vierter Stelle des KldB-Schlüssels.

\*) Aus Gründen der statistischen Geheimhaltung werden Zahlenwerte von 1 oder 2 und Daten, aus denen rechnerisch auf einen solchen Zahlenwert geschlossen werden kann, anonymisiert.

dem (z. B. Dänemark, Niederlande, Schweden oder Norwegen) mit Erfolg durchgeführt wurden, und wenn ja, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung in diesem Bereich?

Die Ergebnisse des genannten Gutachtens werden in die Überlegungen der Bundesregierung zur Einführung eines Primärversorgungssystems einfließen. Einzelne Regelungsmöglichkeiten können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden.

63. Auf welche Weise wird die Bundesregierung, vor dem Hintergrund, dass zur Sicherung des dringend benötigten Nachwuchses in der Allgemeinmedizin auch die Stärkung des Fachs Allgemeinmedizin im Medizinstudium – wie im Masterplan Medizinstudium 2020 vorgesehen und konsentiert – erforderlich ist, dafür Sorge tragen, dass die bereits auf Staatssekretärsbene mit den Ländern geeinte, nach Ansicht der Fragesteller lange überfällige Approbationsordnung für Ärzte zeitnah verabschiedet wird?

Ziel einer reformierten Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) ist – entsprechend der Festlegungen des „Masterplans Medizinstudium 2020“ – die Allgemeinmedizin im gesamten Studium zu verankern und auch die praktische Ausbildung der Studierenden in hausärztlichen sowie in kinderärztlichen Praxen verpflichtend aufzunehmen. An der Reform des Medizinstudiums durch die Umsetzung des „Masterplans Medizinstudium 2020“ hält die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode fest. Die geänderte Approbationsordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates und erfordert die Bereitschaft der Länder, ihre verfassungsrechtlich bestehende Finanzierungsverantwortung für die Mehrkosten des Studiums zu übernehmen. Die Bundesregierung wird in Gesprächen mit den Ländern dafür werben, dass die Reform die erforderliche Zustimmung erhält. Die Bedeutung der Stärkung der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Versorgung wird dabei vor dem Hintergrund des im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD

vereinbarten Primärversorgungssystems besonders in den Blick genommen.

64. Will die Bundesregierung vor dem Hintergrund positiver Evaluationen (etwa des IGES – Initial Graphics Exchange Specification – Instituts), die gezeigt haben, dass zur Steigerung der Anzahl und Qualität zukünftiger Hausärztinnen und Hausärzte die deutschlandweit etablierten Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin sinnvoll und notwendig sind, die Stärkung und Verstärkung der erfolgreich evaluierten Kompetenzzentren in § 75a SGB V („Förderung der Weiterbildung“) umsetzen, und wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?

Die Ergebnisse der genannten Evaluation werden in die Überlegungen der Bundesregierung zur Einführung eines Primärversorgungssystems einfließen. Einzelne Regelungsvorschläge können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend bewertet werden.

Anzeige

## Die Lösung des Demografieproblems



1. Auflage 2015  
ISBN 978-3-87247-758-3  
Gebunden, 868 Seiten  
Preis € 89,-; sFr 109,-

A. Weber – L. Peschkes – W. E. L. de Boer (Hrsg.)

# Return to Work – Arbeit für alle

## ■ Grundlagen der beruflichen Reintegration

Unter Mitarbeit zahlreicher Fachautoren

Für diesen Anwenderkreis wurde das Fachbuch aktuell bearbeitet:

- Arbeits-, Sozial- und Rehamediziner
- Einrichtungen der beruflichen und medizinischen Rehabilitation
- Haus- und Fachärzte
- Sonstige Gesundheitsberufe
- Personalverantwortliche
- Betriebsräte
- Schwerbehindertenvertreter/BEM-Beauftragte
- Disability Manager
- Medizinische Sachverständige
- Versicherungsmediziner
- Sozialversicherungsträger
- Politik und Verwaltungen

### Inhalt (Hauptkapitel)

1. Begriffsbestimmung – Hintergrund
2. Ausgangslage – Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft
3. Arbeit und Krankheit
4. Rahmenbedingungen – Gesellschaft, Wirtschaft, Politik, Sozialpartner
5. Rahmenbedingungen – Gesundheitssystem, Soziale Sicherung
6. Rahmenbedingungen – Unternehmen
7. Interventionen
8. Methoden
9. Befunde und Befinden
10. Gute Praxis – „Leuchttürme“
11. „Auf dem Weg nach 2020“ – Innovationsbaukasten



Gentner Verlag • Buchservice Medizin  
Postfach 101742 • 70015 Stuttgart  
Tel. +49 711/63672-925 • Fax +49 711/6672-1974  
E-mail: buch@gentner.de • www.gentner.de/buchshop



MEHR INFORMATIONEN  
UND VERSANDKOSTENFREI  
ONLINE BESTELLEN



Foto: © MQ-Illustrations - stock.adobe.com

# Kartellrechtliche Einordnung von medizinischen Versorgungszentren

## 1. Einleitung

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben sich seit ihrer Einführung durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003<sup>1</sup> zu einem wesentlichen Bestandteil der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland entwickelt. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind (§ 95 Abs. 1 S. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V<sup>2</sup>). In der Regel entstehen MVZ durch den Zusammenschluss mehrerer Kassensitze und vereinen verschiedene medizinische Fachrichtungen sowie gegebenenfalls andere Gesundheitsberufe wie Psychotherapeuten oder Pflegekräfte. Zwar müssen nach dieser Definition die MVZ stets von Berufsträgern gegründet und geleitet werden. Jedoch können sich Investoren an der Trägergesellschaft der Berufsträ-

ger beteiligen. Dadurch entstehen so genannte investorbetriebene MVZ (iMVZ).

Im Folgenden stellen die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages auftragsgemäß die kartellrechtliche Einordnung von medizinischen Versorgungszentren dar.

## 2. System des deutschen Kartellrechts

Das Kartellrecht schützt die Freiheit des Wettbewerbs für alle Marktteilnehmer, welches heute von einem Nebeneinander des Wettbewerbsrechts der europäischen Union und nationaler Vorschriften gekennzeichnet ist. Für Deutschland ist das Kartellrecht

mittlerweile weitgehend gleichlaufend mit europäischem Recht formuliert.

### 2.1. Maßnahmen des Bundeskartellamts

Die Zentrale Rechtsgrundlage in Deutschland ist das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB)<sup>3</sup>. Es verleiht dem Bundeskartellamt als zuständiger oberster Behörde vier wesentliche Kontrollinstrumente zur Durchsetzung des Kartellrechts: das Verbot wettbewerbsbeschränkender Vereinbarungen, die Missbrauchsaufsicht, die Fusionskontrolle sowie verschiedene Abhilfemaßnahmen nach einer Sektoruntersuchung.

Das Verbot der wettbewerbsbeschränkenden Vereinbarungen ist in § 1 GWB geregelt. Es handelt sich um ein Verbots-gesetz, dessen Verletzung zur Nichtigkeit der entsprechenden Vereinbarung gemäß § 134 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)<sup>4</sup> führt.

1 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190).

2 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 64) geändert worden ist.

3 Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist.

4 Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 7. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 109) geändert worden ist.

Die Missbrauchsaufsicht gemäß §§ 19 ff. GWB ermöglicht dem Bundeskartellamt zu prüfen, ob ein Unternehmen eine marktbeherrschende Stellung innehat und diese missbraucht. Ein Missbrauch liegt insbesondere bei den in § 19 Abs. 2 GWB aufgeführten Verhaltensweisen vor.

Die Fusionskontrolle nach §§ 35 ff. GWB greift bei Zusammenschlüssen von mindestens zwei Unternehmen. Entscheidend ist, ob der Zusammenschluss zu einer erheblichen Behinderung des Wettbewerbs führt, insbesondere durch die Begründung oder Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung (§ 36 Abs. 1 GWB).

Voraussetzung für die Durchführung einer Fusionskontrolle ist zudem das Erreichen bestimmter Umsatzschwellen nach § 35 Abs. 1 GWB. Diese sind erfüllt, wenn entweder der gemeinsame Gesamtumsatz der beteiligten Unternehmen im letzten Geschäftsjahr mindestens 500 Millionen Euro betrug (§ 35 Abs. 1 Nr. 1 GWB) oder wenn ein beteiligtes Unternehmen einen Umsatz von mehr als 50 Millionen Euro und ein weiteres einen Umsatz von über 17,5 Millionen Euro erzielt hat (§ 35 Abs. 1 Nr. 2 GWB). Diese Schwellenwerte wurden durch die 10. GWB-Novelle – das „Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen für ein fokussiertes, proaktives und digitales Wettbewerbsrecht 4.0“ (GWB-Digitalisierungsgesetz)<sup>5</sup> – im Jahr 2021 angehoben, um das Bundeskartellamt zu entlasten und dessen Ressourcen auf wettbewerbsrechtlich besonders relevante Zusammenschlüsse zu konzentrieren.

Allerdings eröffnet § 32f Abs. 2 Satz 2 GWB die Möglichkeit, eine Anmeldung zur Fusionskontrolle auch dann zu verlangen, wenn die regulären Schwellenwerte des § 35 Abs. 1 GWB nicht erreicht werden – vorausgesetzt, es wurde zuvor eine Sektoruntersuchung durchgeführt. Dieser wurde im Rahmen der 11. Novelle des GWB, dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschrän-

kungen und anderer Gesetze<sup>6</sup>, eingeführt. Erfasst werden nun auch Konstellationen, in denen das erwerbende Unternehmen im letzten Geschäftsjahr Umsatzerlöse von mehr als 50 Millionen Euro im Inland erzielt hat und das zu erwerbende Unternehmen Umsätze von mehr als 1 Million Euro (§ 32f Abs. 2 Satz 2 GWB).

Im Zuge der Einführung des § 32f GWB wurden weitere Eingriffsbefugnisse der Kartellbehörden geschaffen. Die Norm regelt die Folgen einer Sektoruntersuchung gemäß § 32e GWB neu und stellt damit eine vierte Form wettbewerbsrechtlicher Eingriffsinstrumente dar. Während zuvor lediglich die Veröffentlichung des Abschlussberichts der Sektoruntersuchung möglich war, erlaubt § 32 f. GWB nun die Anordnung konkreter Abhilfemaßnahmen nach Abschluss der Untersuchung und Veröffentlichung des Berichts.<sup>7</sup> Voraussetzung für solche Maßnahmen ist gemäß § 32 f. Abs. 3 Satz 1 GWB, dass eine erhebliche und fortwährende Störung des Wettbewerbs festgestellt wird – sei es auf einem bundesweiten Markt, auf mehreren Einzelmärkten oder marktübergreifend. Zudem muss nach den zum Zeitpunkt der Entscheidung vorliegenden Erkenntnissen davon auszugehen sein, dass die klassischen Instrumente des GWB – insbesondere die Maßnahmen nach §§ 18, 35 ff. GWB – nicht ausreichen, um die Wettbewerbsstörung wirksam und dauerhaft zu beheben. Diese Störung des Wettbewerbs wird nach den in § 32 f. Abs. 5 S. 2 genannten Kriterien beurteilt und wird gemäß § 32 f. Abs. 5 S. 1 GWB insbesondere in folgenden Fällen angenommen:

1. unilaterale Angebots- oder Nachfragemacht,
2. Beschränkungen des Marktzutritts, des Marktaustritts oder der Kapazitäten von Unternehmen oder des Wechsels zu einem anderen Anbieter oder Nachfrager,
3. gleichförmiges oder koordiniertes Verhalten oder
4. Abschottung von Einsatzfaktoren oder Kunden durch vertikale Beziehungen.

Die Kartellämter können gemäß § 32 f. Abs. 3 S. 7 GWB folgende Maßnahmen anordnen:

1. die Gewährung des Zugangs zu Daten, Schnittstellen, Netzen oder sonstigen Einrichtungen,
2. Vorgaben zu den Geschäftsbeziehungen zwischen Unternehmen auf den untersuchten Märkten und auf verschiedenen Marktstufen,
3. Verpflichtung zur Etablierung transparenter, diskriminierungsfreier und offener Normen und Standards durch Unternehmen,
4. Vorgaben zu bestimmten Vertragsformen oder Vertragsgestaltungen einschließlich vertraglicher Regelungen zur Informationsoffenlegung,
5. das Verbot der einseitigen Offenlegung von Informationen, die ein Parallelverhalten von Unternehmen begünstigen,
6. die buchhalterische oder organisatorische Trennung von Unternehmens- oder Geschäftsbereichen.

## 2.2. Marktbeherrschende Stellung

Eine marktbeherrschende Stellung ist sowohl für die Missbrauchs- als auch für die Fusionskontrolle zentraler Prüfungsmaßstab. Sie liegt vor, wenn einem oder mehreren Unternehmen Verhaltensspielräume zur Verfügung stehen, die durch Wettbewerb nicht mehr hinreichend kontrolliert werden.<sup>8</sup> Die Bestimmung erfolgt anhand der in § 18 GWB normierten Kriterien. Nach § 18 Abs. 1 GWB gilt ein Unternehmen als marktbeherrschend, wenn es auf dem sachlich und räumlich relevanten Markt als Anbieter oder Nachfrager bestimmter Waren oder gewerblicher Leistungen

1. ohne Wettbewerber ist,
2. keinem wesentlichen Wettbewerb ausgesetzt ist oder
3. eine im Verhältnis zu seinen Wettbewerbern überragende Marktstellung hat.

Bei der Bewertung der Marktstellung sind gemäß § 18 Abs. 3 GWB folgende Kriterien zu berücksichtigen: Marktanteil, Finanzkraft, Zugang zu wettbewerbsrelevanten Daten, Zugang zu den Beschaffungs- oder Absatzmärkten, Verflechtung mit anderen Unternehmen, rechtliche oder tatsächliche

5 Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen für ein fokussiertes, proaktives und digitales Wettbewerbsrecht 4.0 und anderer wettbewerbsrechtlicher Bestimmungen („GWB-Digitalisierungsgesetz“) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2021, abrufbar unter: Bundesgesetzblatt - Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen für ein fokussiertes, proaktives und digitales Wettbewerbsrecht 4.0 und anderer wettbewerbsrechtlicher Bestimmungen.

6 Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen und anderer Gesetze in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Oktober 2023, abrufbar unter: Bundesgesetzblatt - Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen und anderer Gesetze.

7 Rohner, in: Kersten/Meyer-Lindemann/Podszun, Kartellrecht, GWB, § 32 f. Rdn. 11.

8 Wolf, in: Münchner Kommentar zum Wettbewerbsrecht, 4. Auflage 2022, GWB, § 18 Rdn. 16.

che Schranken für den Marktzutritt anderer Unternehmen, der tatsächliche oder potenzielle Wettbewerb durch Unternehmen, die innerhalb oder außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes ansässig sind, die Fähigkeit, sein Angebot oder seine Nachfrage auf andere Waren oder gewerbliche Leistungen umzustellen, sowie die Möglichkeit der Marktgegenseite, auf andere Unternehmen auszuweichen.

Eine (widerlegbare) Vermutung der Marktbeherrschung besteht nach § 18 Abs. 4 GWB, wenn ein Unternehmen einen Marktanteil von mindestens 40 % hält.

Bei Zusammenschlüssen ist die Gesamtheit der beteiligten Unternehmen nach denselben Maßstäben (§ 18 Abs. 1 GWB) zu bewerten (§ 18 Abs. 5 GWB). Das Bundeskartellamt trifft eine Prognoseentscheidung darüber, wie sich der Zusammenschluss auf die wettbewerblichen Verhaltensspielräume der beteiligten Unternehmen auswirken wird. Maßstab ist ein Vergleich zwischen der bisherigen Wettbewerbslage und der prognostizierten Lage nach dem Zusammenschluss.<sup>9</sup>

Gemäß § 18 Abs. 6 GWB wird vermutet, dass eine marktbeherrschende Stellung vorliegt, wenn drei oder weniger Unternehmen gemeinsam mindestens 50 % Marktanteil oder fünf oder weniger Unternehmen zusammen mindestens zwei Drittel des Marktanteils erreichen.

### 3. Anwendbarkeit des Kartellrechts auf medizinische Versorgungszentren

Bei Zusammenschlüssen im Bereich medizinischer Versorgungszentren (MVZ) kommen sowohl die Fusionskontrolle nach §§ 35 ff. GWB als auch Maßnahmen im Anschluss an eine Sektoruntersuchung gemäß § 32f GWB in Betracht.

Die Fusionskontrolle gemäß §§ 35 ff. GWB ist auch im Gesundheitssektor anwendbar – insbesondere bei Zusammenschlüssen von MVZ. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um eigenbetriebene oder investorenbetriebene MVZ handelt. Für das Vorliegen eines Zusammenschlusses genügt es, dass sich mindestens zwei Unternehmen zusammenschließen. Das Kartellrecht legt hierbei den funktionalen Unternehmensbegriff zugrunde. Da-



Foto: © Zerbor - stock.adobe.com

nach gilt jede Tätigkeit im geschäftlichen Verkehr außerhalb der privaten Bedarfsdeckung für den eigenen Haushalt, der abhängigen Erwerbstätigkeit und der hoheitlichen Tätigkeit als unternehmerisch.<sup>10</sup> Die Rechtsform ist dabei unbeachtlich, so dass auch MVZ unter den Unternehmensbegriff fallen.

Die Fusionskontrolle von MVZ ist auch nicht gemäß § 187 Abs. 9 GWB ausgeschlossen, der durch das im Jahr 2024 verabschiedete Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)<sup>11</sup> eingeführt wurde. Diese Norm gewährt lediglich eine zeitlich befristete Privilegierung für Vorhaben, die nach den Vorgaben des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden. Eine generelle Bereichsausnahme wurde damit nicht geschaffen.

Die in § 35 Abs. 1 GWB vorgesehenen Umsatzschwellen werden beim Erwerb einzelner Praxen bislang in der Regel nicht erreicht.<sup>12</sup> So kommt es nur beim Ankauf von größeren MVZ-Ketten zu einer direkten Anwendung der §§ 35 ff. GWB. Wird im Tätigkeitsbereich eines MVZ eine Sektoruntersuchung gemäß § 32e GWB durchgeführt und dabei eine Gefahr der Marktbeeinträchtigung festgestellt, eröffnet § 32f Abs. 2 GWB nun den Kartellämtern die Möglichkeit, auch bei geringeren Schwellenwerten eine Anmeldung zur Fusionskontrolle verpflichtend anzuordnen.

Im Fall der inhaltlichen Fusionskontrolle, ist die marktbeherrschende Stellung der jeweiligen MVZ anhand der dargestellten Kriterien gemäß §§ 36 Abs. 1, § 18 Abs. 1, Abs. 5 GWB zu bestimmen. Hier wird insbesondere die Qualität der Versorgung als Prüfmaßstab herangezogen, da aufgrund der Regulierungen kein kartellrechtlich relevanter Preiswettbewerb entsteht.<sup>13</sup> Dabei ist der Maßstab, dass den Patienten vor Ort hinreichende Auswahlmöglichkeiten im gleichen medizinischen Fachbereich zur Verfügung stehen. Bei dieser Bewertung werden aus Sicht der Patienten vergleichbare Leistungen bewertet, die in räumlicher Hinsicht auch tatsächlich als Alternative aufgesucht werden können.<sup>14</sup>

Darüber hinaus können die Maßnahmen nach einer Sektoruntersuchung, insbesondere solche nach § 32 f. Abs. 3–5 GWB, durchgeführt werden. MVZ können hier uneingeschränkt Adressaten der Maßnahmen sein, sofern in dem jeweiligen Sektor in dem das MVZ tätig ist, eine Sektoruntersuchung durchgeführt wurde.

### 4. Zusammenfassung

Durch die Einführung des § 32 f. GWB eröffnet das Kartellrecht neue, niederschwellige Eingriffsmöglichkeiten, die insbesondere auch im Bereich der MVZ an Bedeutung gewinnen könnten. Bisher haben sich die kartellrechtlichen Maßnahmen aufgrund der hohen Schwellenwerte bei der Kontrolle von MVZ als wenig wirksam erwiesen.

9 Bundeskartellamt, Leitfaden zur Marktbeherrschung in der Fusionskontrolle, Rdn. 12, abrufbar unter: Leitfaden\_29032012\_Endfassung.

10 Wessely, in: Münchner Kommentar zum Wettbewerbsrecht, 4. Auflage 2022, GWB, § 35 Rdn. 7.

11 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2024, abrufbar unter Bundesgesetzblatt - Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen.

12 Jahresbericht des Bundeskartellamts 2022/2023, S. 32, abrufbar unter: Das Bundeskartellamt Jahresbericht 2022/23.

13 Jahresbericht des Bundeskartellamts 2023/2024, S. 31, abrufbar unter: Das Bundeskartellamt Jahresbericht 2023/24.

14 Jahresbericht des Bundeskartellamts 2023/2024, S. 31, abrufbar unter: Das Bundeskartellamt Jahresbericht 2023/24.



Foto: © MQ-Illustrations - stock.adobe.com

## Gefahren von Cannabis im Straßenverkehr

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Knuth Meyer-Soltau, Tobias Matthias Peterka, Ulrich von Zons, Dr. Christoph Birghan, Stefan Möller, Peter Bohnhof, Sascha Lensing, Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, Claudia Weiss, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis Leonard Giersch, Martina Kempf, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch und der Fraktion der AfD

### Vorbemerkung der Fragesteller

Das in der vergangenen Legislaturperiode durch Mehrheit im Deutschen Bundestag beschlossene und davor von der damaligen Bundesregierung auf den Weg gebrachte Cannabisgesetz (CanG) und seine Umsetzung weisen nach Ansicht vieler verschiedener und nach Auffassung der Fragesteller wesentlicher Fachleute und Organisationen zahlreiche Mängel auf, besonders hinsichtlich der Verkehrssicherheit. Automobilclubs, der Deutsche

Verkehrsgerichtstag (<https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/cannabisstrassenverkehr-mischkonsum-schaerfereregulungen>), die Deutsche Polizeigewerkschaft ([www.gdp.de/Bundesvorstand/Dokumente/Positionspapiere/250313%20Positionspapier%20Cannabis\\_WEB.pdf](http://www.gdp.de/Bundesvorstand/Dokumente/Positionspapiere/250313%20Positionspapier%20Cannabis_WEB.pdf)) sowie Verkehrssicherheitsfachleute und Mediziner ([www.presseportal.de/pm/58964/6002971](http://www.presseportal.de/pm/58964/6002971)) bemängeln, dass etwa die Grenzwerte unzureichend seien und die Gefahr von Fahrtüchtigkeitseinbußen unterschätzt werde. Sie fordern eine strengere Regulierung, da die aktuelle Gesetzeslage die Unfallprävention und den Schutz aller Verkehrsteilnehmer gefährde. Auch im Bereich Genauigkeit von Kontrollen und Mess-

technik sowie der statistischen Auswertung werden Verbesserungen gefordert.

Des Weiteren äußern Mediziner und Psychologen Bedenken hinsichtlich des steigenden Konsums und der daraus resultierenden Gefahren, gerade bei Kindern und Jugendlichen, Gewohnheitsnutzern und psychisch belasteten Menschen ([www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/panorama/psychiater-beobachtet-zunahme-von-cannabis-konsum/#](http://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/panorama/psychiater-beobachtet-zunahme-von-cannabis-konsum/#); [www.n-tv.de/wissen/Psychiater-beobachtet-Zunahme-des-Cannabis-Konsums-article25653691.html](http://www.n-tv.de/wissen/Psychiater-beobachtet-Zunahme-des-Cannabis-Konsums-article25653691.html)).

Die Bundesregierung hat mit dem Cannabisgesetz umfassende bundesgesetzliche Regelungen zur Teillegalisierung geschaffen, die neben dem Betäubungs-

---

Wissenschaftliche Dienste  
Deutscher Bundestag  
– Drucksache 21/1109 –

---

mittelrecht zugleich Auswirkungen auf das Straßenverkehrsrecht, die Erhebung bundeseinheitlicher Unfallstatistiken und die Bußgeldrahmen haben.

Nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 des Grundgesetzes (GG) obliegt dem Bund die ausschließliche Gesetzgebung über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz (BtMG)). Ebenso bestimmt der Bund über das Straßenverkehrsgesetz (StVG) und die Straßenverkehrsordnung (StVO) die Grenzwerte zur Fahreignung, die Sanktionen bei Verstößen sowie die Anforderungen an Mess- und Nachweisttechnologien. Hinzu kommen Evaluations- und Berichtspflichten sowie die Zuständigkeit für bundeseinheitliche Messtechnik und Statistik (Destatis). Damit liegen sowohl die zentralen Regelungsbefugnisse als auch die Rechtsfolgen des CanG eindeutig im Verantwortungsbereich der Bundesregierung.

Darüber hinaus ist die Bundesregierung durch Evaluations- und Berichtspflichten unmittelbar gebunden: Die im CanG verankerten Evaluationsklauseln verpflichten das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Verkehr (BMV) zur regelmäßigen Analyse und Vorlage umfassender Berichte zu Konsum, Gesundheitsfolgen und Verkehrssicherheit. Das Statistische Bundesamt (Destatis) erstellt bundeseinheitliche Methodenvorgaben für die Verkehrsunfallstatistik und sammelt die Ländererhebungen, um belastbare Vergleichsdaten zu gewährleisten. Nur der Bund kann so verbindliche Standards vorgeben – von der Probenentnahme über die Auswahl geeigneter Schnelltests (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) bis hin zur Datenaggregation.

Ergänzend steuert die Bundesregierung auf Grundlage des Jugendschutzgesetzes (JuSchG) zum Schutze jugendlicher und vulnerabler Gruppen bundesweite Präventions- und Aufklärungskampagnen (Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMBFSFJ], BMG) und koordiniert im Bundesministerium des Innern (BMI) Maßnahmen gegen den illegalen Drogenhandel. Angesichts dieser ausschließlichen Gesetzgebungskompetenzen, Evaluationsvorgaben und fachbehördlichen Koordinationsaufgaben ist die Bundesregierung unmittelbar für die Verkehrs- und Gesundheitsrisiken des Cannabisgesetzes verantwortlich.

1. Wie gedenkt die Bundesregierung sicherzustellen, dass die geplanten bundesweiten Statistiken ab Juli 2025 tatsächlich zuverlässige und vergleichbare Daten liefern, um die tatsächlichen Auswirkungen des Cannabisgesetzes auf den Straßenverkehr zu bewerten?

6. Gedenkt die Bundesregierung, die Erfassung und Statistik von Unfällen unter Einfluss von explizit der Droge Cannabis, insbesondere bei Mischkonsum, in der offiziellen Verkehrsunfallstatistik zu verbessern, um ein realistisches Bild der Gefahrenlage zu erhalten, und wenn ja, wie?

Die Fragen 1 und 6 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Ab Berichtsmonat Juli 2025 werden Straßenverkehrsunfälle mit Personen- oder schwerwiegendem Sachschaden unter dem Einfluss von Cannabis erstmals bundesweit in der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik gesondert erfasst. Zusätzlich beginnen die Polizeibehörden der Länder ab diesem Zeitpunkt flächendeckend damit, den Grad des Cannabiskonsums – gemessen am THC-Wert – bei entsprechenden Verkehrsunfällen zu dokumentieren. Damit diese erweiterten Informationen künftig auch in die amtliche Unfallstatistik einfließen können, befindet sich eine Änderung des Straßenverkehrsunfallstatistikgesetzes derzeit in Vorbereitung.

2. Plant die Bundesregierung konkrete Maßnahmen, um die steigenden Unfallzahlen unter Drogeneinfluss, insbesondere durch Cannabis, wirksam zu reduzieren, und wenn ja, welche (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

3. Was unternimmt die Bundesregierung ggf., um den bestehenden Grenzwert von 3,5 ng Tetrahydrocannabinol (THC)/ml im Blutserum zu überprüfen und gegebenenfalls auf eine Nulltoleranzgrenze für alle Fahrer, inklusive Fahranfänger und Berufskraftfahrer, umzusteigen?

Die Fragen 2 und 3 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Bundesministerium für Verkehr (BMV) hat die Bundesanstalt für Straßen- und Verkehrswesen (BASt) mit der Evaluation des Sechsten Gesetzes zur Änderung des Straßenverkehrsgesetzes und weiterer straßenverkehrsrechtlicher Vor-

schriften beauftragt. Die Evaluation erstreckt sich auch auf die Auswirkungen der Gesetzesänderung auf das Unfallgeschehen im Straßenverkehr. Die Ergebnisse der Evaluation sind abzuwarten. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 4 und 7 verwiesen.

4. Wie will die Bundesregierung ggf. den Umgang mit Mischkonsum von Cannabis und Alkohol regeln, insbesondere in Bezug auf die Verkehrssicherheit, um Unfälle durch gleichzeitigen Konsum wirksam zu verhindern?

Seit Inkrafttreten des Sechsten Gesetzes zur Änderung des Straßenverkehrsgesetzes und weiterer straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften zum 22. August 2024 führt der Mischkonsum von Cannabis und Alkohol im Straßenverkehr nach § 24a Abs. 2a i. V. m. Abs. 3 StVG zu einer erhöhten Sanktionierung. Die Ergebnisse der genannten Evaluation durch BASt sind abzuwarten.

5. Unternimmt die Bundesregierung Vorstöße, und wenn ja, welche, um den in der Kritik stehenden zweistufigen Verfahrensweg bei Drogenverstößen (erstes Vergehen mit symbolischer Strafe, zweiter Verstoß mit Führerscheinentzug) zu reformieren, damit Menschen mit Missbrauchsproblemen beim ersten Verstoß konsequent aus dem Verkehr gezogen werden?

Das Verfahren ist in der Fragestellung unzutreffend beschrieben. Bei Einnahme von Betäubungsmitteln bzw. missbräuchlicher Einnahme von psychoaktiv wirkenden Arzneimitteln oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen – auch außerhalb des Straßenverkehrs – ist die Fahrerlaubnis nach § 46 Abs. i. V. m. Ziffer 9.1 bzw. 9.4 der Anlage 4 FeV sofort zu entziehen.

Bei Cannabis ist die Fahrerlaubnis nach § 46 Abs. 1 i. V. m. Ziffer 9.2 der Anlage 4 FeV sofort zu entziehen, wenn der Betroffene von Cannabis abhängig ist oder Cannabis missbräuchlich einnimmt. Bei Anhaltspunkten für Cannabismissbrauch, also etwa bei wiederholten Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr unter Cannabisbeeinflussung oder wenn die Fahrerlaubnis wegen einer Cannabisproblematik entzogen wurde, ist die Beibringung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens zur Abklärung der Eignungszweifel anzuordnen. Sowohl die Regelung als auch

die Gefährdungslage entsprechen der Situation im Umgang mit Alkohol.

7. Sind seitens der Bundesregierung Aufklärungskampagnen und Schulungsmaßnahmen geplant, um insbesondere Fahranfänger und Berufskraftfahrer über die Risiken des Cannabiskonsums im Straßenverkehr umfassend zu informieren (wenn ja, bitte ausführen)?

Mit dem Inkrafttreten der Teillegalisierung von Cannabis zum 1. April 2024 hat das BMV im Rahmen seiner Verkehrssicherheitsinitiative #mehr Achtung mit der bundesweiten Kampagne „Don't drive high“ über die Auswirkungen des Cannabiskonsums im Hinblick auf die Berechtigung zur Teilnahme am Straßenverkehr informiert und sensibilisiert. Die Fortführung der Aufklärungsmaßnahmen steht im Lichte der Ergebnisse der begleitenden wissenschaftliche Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (KCanG).

8. Verfolgt die Bundesregierung Strategien, um die Entwicklung und den Einsatz zuverlässiger Schnelltests zu fördern, die den genauen THC-Gehalt im Blut bestimmen, anstatt nur den Nachweis des Stoffs zu ermöglichen, und wenn ja, welche?

Das BMV hat die BASt damit beauftragt, den Einsatz von Vortests zum THC-Nachweis im Rahmen des § 24a und § 24c StVG zu klären. Seitens BMV ist beabsichtigt, den Untersuchungsumfang zu erweitern und die Untersuchung auch auf den Einsatz von Kapillarbluttests zu erstrecken. Die Ergebnisse sind zunächst abzuwarten.

9. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die gesetzlichen Regelungen für den Straßenverkehr auch für Fahrradfahrer, Flug-, Bahn- und Schiffsverkehr klar geregelt werden, um Lücken im Rechtssystem zu schließen und die Verkehrssicherheit umfassend zu gewährleisten?

Die Ordnungswidrigkeitentatbestände des § 24a StVG (0,5-Promille-Grenze, THC-Grenzwert) und des § 24c StVG (absolutes Alkohol- und Cannabisverbot im Straßenverkehr für Fahranfänger und junge Fahrer vor Vollendung des Lebensjahres) richten sich an Kraftfahrzeugführer. Eine Ausweitung der Regelungen auch auf Fahrradfahrer ist derzeit nicht geplant. Die von einem Fahrrad für andere Verkehrsteilnehmer ausgehende Betriebsgefahr ist mit der eines Kraftfahr-

zeugs regelmäßig nicht vergleichbar. Eine Strafbarkeit auch von Fahrradfahrern unter den Voraussetzungen der § 315c, 316 des Strafgesetzbuchs bleibt hiervon unberührt.

Für den Schiffsverkehr gelten die Regelungen der §§ 1.02 Nummer 7 Buchstabe b und § 1.03 Nummer 4 Buchstabe b und Nummer 5 Buchstabe b Binnenschiffahrtsstraßen-Ordnung sowie des § 3 Absatz 4 Seeschiffahrtsstraßen-Ordnung. Diese Regelungen sehen vor, dass der THC-Grenzwert, der im Straßenverkehrsgesetz bestimmt ist, auch für das Führen eines Schiffes gilt.

Für die internationalen Wasserstraßen Rhein und Mosel findet sich eine entsprechende Regelung in § 1.02 bzw. § 1.03 der Rheinschiffahrts- bzw. der Moselschiffahrtspolizeiverordnung, dass die Fähigkeiten des Schiffsführers, der Besatzung und sonstige Personen an Bord, nicht durch Drogen beeinträchtigt sein dürfen.

Die erforderlichen luftfahrtrechtlichen Vorgaben werden durch das Luftverkehrsgesetz (LuftVG) sowie durch die relevanten europäischen Bestimmungen, wie die Verordnung (EU) 2018/1139, gewährleistet. So untersagt etwa § 4a Abs. 1 LuftVG den Einfluss von Alkohol sowie anderen psychoaktiven Substanzen und Medikamenten, die eine vergleichbare Wirkung haben, während des Bedienens oder Führen eines Luftfahrzeugs. Die Basisverordnung (EU) 2018/1139 verbietet den Dienstantritt eines Besatzungsmitglieds, wenn es unter Einwirkung von psychoaktiven Substanzen oder Alkohol steht, oder wenn es aufgrund einer Verletzung, Ermüdung, der Wirkung von Medikamenten, einer Erkrankung oder ähnlicher Ursachen dienstuntauglich ist.

Im Eisenbahnbereich greift unter anderem die Durchführungsverordnung (EU) 2019/773 der Kommission vom 16. Mai 2019 über die technische Spezifikation für die Interoperabilität des Teilsystems „Verkehrsbetrieb und Verkehrssteuerung“ des Eisenbahnsystems in der Europäischen Union und zur Aufhebung des Beschlusses 2012/757/EU. Demnach darf das entsprechende Personal keine sicherheitsrelevante Tätigkeit ausüben, wenn seine Wachsamkeit durch Substanzen wie Alkohol, Drogen oder psychotrope Medikamente beeinträchtigt ist. Eisenbahnunternehmen müssen in ihrem Sicherheitsmanagementsystem entsprechende Verfahren etablieren, mit denen

das Risiko beherrscht wird, dass das Personal unter dem Einfluss solcher Substanzen die Arbeit aufnimmt oder diese bei der Arbeit einnimmt.

10. Welche spezifischen Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen plant die Bundesregierung ggf., um den erleichterten Zugang und erhöhten Konsum von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu verhindern, insbesondere vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Hinweise auf negative Auswirkungen auf das sich noch entwickelnde Gehirn?

11. Welche Schlussfolgerungen für ihr eigenes Handeln zieht die Bundesregierung aus der u. a. von der Charité ([www.tagesspiegel.de/berlin/ein-jahr-cannabisgesetz-ein-jahr-legal-kiffen-was-hat-sich-in-berlin-getan-13453999.html](http://www.tagesspiegel.de/berlin/ein-jahr-cannabisgesetz-ein-jahr-legal-kiffen-was-hat-sich-in-berlin-getan-13453999.html)) festgestellten Zunahme des Cannabiskonsums durch Gewohnheitsnutzer und Menschen mit psychischer Belastung?

12. Wie bewertet die Bundesregierung die Auswirkung der Teillegalisierung von Cannabis auf die erhoffte Reduzierung des illegalen Drogenhandels, besonders angesichts gestiegener sichergestellter Mengen an Schwarzmarktcannabis?

Die Fragen 10 bis 12 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Koalitionsvertrag sieht eine ergebnisoffene Evaluierung des Gesetzes zur Legalisierung von Cannabis im Herbst 2025 vor. Zu diesem Zweck wurde das laufende, gemäß § 43 KCanG durch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragte, den Vollzug des Gesetzes begleitende Evaluierungsprojekt eines unabhängigen wissenschaftlichen Verbundes um zusätzliche Kriterien u. a. in den Bereichen Gesundheits- sowie Kinder- und Jugendschutz ergänzt. Darunter befindet sich z. B. die Ermittlung und Untersuchung möglicher Auswirkungen des KCanG auf Prävalenzen psychischer Erkrankungen und akuter Krankheitsbilder. Spätestens bis zum 1. April 2026 soll ein Zwischenbericht vorgelegt werden, der auch die Auswirkungen des CanG auf die cannabisbezogene organisierte Kriminalität umfasst.

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Bundestagsdrucksache 21/983 verwiesen.



# Zum Kinder- und Jugendschutz im öffentlichen Raum bei der Einnahme von Medizinalcannabis

## 1. Ausgangslage

Mit Wirkung zum 1. April 2024<sup>1</sup> wurde der Umgang mit Cannabis aus dem Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz – BtMG)<sup>2</sup> herausgelöst und durch das (Artikel-)Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz)<sup>3</sup> neu geregelt. Der Gesetzgeber hat damit einerseits das Gesetz zum Umgang mit Konsumcannabis (Konsumcannabisgesetz – KCanG)<sup>4</sup>, das insbesondere den privaten und gemeinschaftlichen, nicht-gewerblichen Eigenanbau von Cannabis sowie die kontrollierte

Weitergabe durch Anbauvereinigungen zum nicht-medizinischen Eigenkonsum für Erwachsene regelt, erlassen und andererseits das Gesetz zur Versorgung mit Cannabis zu medizinischen und medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken (Medizinal-Cannabisgesetz – MedCanG)<sup>5</sup>. Die Regelungen im MedCanG orientieren sich dabei an den bisherigen Regelungen im BtMG.<sup>6</sup> Sowohl im KCanG als auch im MedCanG wurden öffentliche Konsumverbote in der Nähe bestimmter Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eingeführt.

Der vorliegende Sachstand befasst sich – ausgehend vom Konsumverbot im Rahmen des Konsumcannabisgesetzes – auftragsgemäß mit der Frage, ob das öffentliche Konsumverbot von Medizinalcannabis eine Ordnungswidrigkeit darstellt. In diesem Zusammenhang wird auch die Ahndung der Einnahme von Medizinalcannabis nach den Regeln des Bundes- bzw. eines Landesnichtraucher-schutzgesetzes vorgestellt.

1 Zum stufenweisen Inkrafttreten des Gesetzes siehe näher Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Fragen und Antworten zum Cannabisgesetz, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/cannabis/faq-cannabisgesetz.html>: „Das Inkrafttreten des Cannabisgesetzes ist in drei Stufen erfolgt: Das Gesetz ist, mit Ausnahme der Regelungen zu Anbauvereinigungen und zur Tilgung von Einträgen im Bundeszentralregister, am 01.04.2024 in Kraft getreten. Die Regelungen zum Eigenanbau in Anbauvereinigungen sind am 01.07.2024 in Kraft getreten. Am 01.01.2025 sind die Regelungen zur Tilgung von Einträgen im Bundeszentralregister in Kraft getreten.“ Dieser sowie alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 23. Mai 2025.

2 Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 29. November 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 379).

3 BGBl. 1 Nr. 109, S. 1.

4 Konsumcannabisgesetz vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109, S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 207).

5 Medizinal-Cannabisgesetz vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109, S. 28), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 207).

6 Krumm, in: Krumm, Carsten/Ostmeyer, Marco, Betäubungsmittelstrafrecht, 4. Auflage 2024, S. 149; Gesetzesentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG), BT-Drs. 20/8704 vom 9. Oktober 2023, S. 138.

Wissenschaftliche Dienste  
Deutscher Bundestag

## 2. Konsumverbot im Rahmen des Konsumcannabisgesetzes

Um „Konsumanreize für Kinder und Jugendliche weitestgehend zu vermeiden“<sup>7</sup> und diese somit zu schützen, wurde in § 5 KCanG ein öffentliches Konsumverbot für Cannabis zum nicht-medizinischen Eigenkonsum geschaffen. Neben dem Verbot, Cannabis in unmittelbarer Gegenwart von Minderjährigen zu konsumieren (§ 5 Abs. 1 KCanG), ist auch der Konsum von Cannabis in Schulen, auf Kinderspielplätzen, in Kinder- und Jugendeinrichtungen, in öffentlich zugänglichen Sportstätten und in Sichtweite dieser Orte sowie in Fußgängerzonen in der Zeit von sieben bis 20 Uhr verboten (§ 5 Abs. 2 KCanG).<sup>8</sup> Als

7 Gesetzesentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG), BT-Drs. 20/8704 vom 9. Oktober 2023, S. 97.

8 Daneben ist auch der Konsum innerhalb des befriedeten Besitzums von Anbauvereinigungen und in deren Sichtweite verboten. Zur Begründung siehe Gesetzesentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG), BT-Drs. 20/8704 vom 9. Oktober 2023, S. 98: „Zweck der Regelung ist, keine geselligen Orte mit erhöhten Konsumanreizen zu schaffen. Das KCanG soll nicht zu einem steigenden Konsum von Cannabis beitragen.“

Sichtweite definiert § 5 Abs. 2 S. 2 KCanG einen Bereich von bis zu 100 Metern um den Eingangsbereich der genannten Einrichtungen. Die Gesetzesbegründung weist darauf hin, dass Voraussetzung für eine Sichtweite ist, dass Einrichtungen mit dem bloßen Auge gesehen werden können.<sup>9</sup>

Verstöße gegen dieses öffentliche Konsumverbot ordnet das Gesetz gem. § 36 Abs. 1 Nr. 4 KCanG als Ordnungswidrigkeit ein, die nach § 36 Abs. 2 KCanG mit einer Geldbuße bis zu 30.000 Euro geahndet werden kann.

### 3. Konsumverbot im Rahmen des Medizinalcannabisgesetzes

Auch die Einnahme von Medizinalcannabis unterliegt einem öffentlichen Verbot innerhalb von 100 Metern Sichtweite zu Schulen, Kinderspielplätzen und weiteren Orten, an denen sich regelmäßig Minderjährige aufhalten. In dem Zusammenhang findet § 5 Abs. 2 KCanG ausdrücklich entsprechende Anwendung „für den öffentlichen Konsum von Cannabis zu medizinischen Zwecken mittels Inhalation“ (§ 24 MedCanG). Die Begründung des Gesetzgebers lautet hierzu: „Im Sinne des Kinder- und Jugendschutzes sind Konsumanreize für Kinder und Jugendliche weitestgehend zu vermeiden. Das gilt auch für die Inhalation, das heißt das Rauchen oder Verdampfen von Cannabis zu medizinischen Zwecken, da hierbei in der Außenwirkung auf Kinder und Jugendliche nicht vom Konsum von Cannabis zu nicht-medizinischen Zwecken unterschieden werden kann.“<sup>10</sup> Die Begründung stellt klar, dass das Konsumverbot sowohl für das Rauchen als auch für das Inhalieren von Medizinalcannabis Anwendung findet und weist auf eine Verwechslungsgefahr hin. Eine Umsetzung des in § 24 MedCanG enthaltenen Konsumverbotes kann poli-

zei- und ordnungsrechtlich<sup>11</sup> z. B. mit einem Platzverweis durchgesetzt werden.

Der Verstoß gegen dieses Verbot ist weder in § 27 MedCanG, der die Bußgeldvorschriften für das MedCanG auführt, als Ordnungswidrigkeit<sup>12</sup> aufgenommen worden, noch wird § 36 Abs. 1 Nr. 4 KCanG für entsprechend anwendbar erklärt. Damit liegt kein Bußgeldtatbestand i. S. d. MedCanG vor.<sup>13</sup>

Nach einer Auffassung besteht diesbezüglich eine ungewollte Regelungslücke.<sup>14</sup> Möglichen Überlegungen – ausgehend von dem in § 24 MedCanG enthaltenen Verweis auf § 5 Abs. 2 KCanG –, eine angenommene Regelungslücke durch die analoge Anwendung des § 36 Abs. 1 Nr. 4 KCanG auch für Medizinalcannabis schließen zu wollen, dürfte schon die Gesetzesystematik entgegenstehen. Beide Gesetze – KCanG und MedCanG – regeln eigene Ordnungswidrigkeitentatbestände.<sup>15</sup>

Daneben wird teils das auf Medizinalcannabis bezogene Konsumverbot an sich schon als problematisch eingestuft. Die medizinisch indizierte Einnahme von Cannabis müsse grundsätzlich ortsunabhängig in der Öffentlichkeit erfolgen dürfen, wie dies auch bei anderen Arzneien wie Schmerztabletten oder dem Setzen von Insulinspritzen der Fall sei. Zudem sei das Argument der Verwechslungsgefahr mit dem nicht-medizinischen Eigenkonsum fragwürdig, da dieser Eigenkonsum normalerweise nicht mit einem Inha-

lationsgerät erfolge.<sup>16</sup> Dem Argument der nicht vorhandenen Verwechslungsgefahr kann entgegengehalten werden, dass auch nicht-medizinisches Cannabis durchaus mit Hilfe eines Vaporisators konsumiert wird<sup>17</sup> und Medizinalcannabis wiederum teils geraucht wird, auch wenn vom Rauchen abgeraten wird.<sup>18</sup>

### 4. Ahndung nach dem Bundesnicht-raucherschutzgesetz und nach den Nichtraucherschutzgesetzen der Länder

Mit Erlass des Cannabisgesetzes wurde auch das Gesetz zur Einführung eines Rauchverbots in Einrichtungen des Bundes und in öffentlichen Verkehrsmitteln (Bundesnichtraucherschutzgesetz – BNichtSchG)<sup>19</sup> geändert. Nach § 1 BNichtSchG ist nunmehr auch das Rauchen von Cannabisprodukten, einschließlich der Benutzung von elektronischen Zigaretten und erhitzten Tabakerzeugnissen sowie von Geräten zur Verdampfung von Cannabisprodukten in Einrichtungen des Bundes sowie der Verfassungsorgane des Bundes, in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenverkehrs sowie in Personenbahnhöfen der öffentlichen Eisenbahnen verboten. Ein Verstoß gegen das Verbot stellt gem. § 5 BNichtSchG eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit einer Geldbuße geahndet werden kann. Diese kann bis zu 1.000 Euro betragen (§ 17 Abs. 1 Gesetz über Ordnungswidrigkeiten – OWiG<sup>20</sup>). Begründet wird

9 Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zum Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften [Cannabisgesetz – CanG] sowie zu weiteren Anträgen, BT-Drs. 20/10426 vom 21. Februar 2024, S. 126. In dem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass keine Sichtweite vorliegt, wenn eine der genannten Einrichtungen trotz unmittelbarer Nähe z. B. wegen einer Ummauerung nicht einsehbar ist. So Patzak, Jörn/Bohnen, Wolfgang, Betäubungsmittelrecht und Umgang mit Cannabis, 6. Auflage 2025, S. 128.

10 Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften [Cannabisgesetz – CanG], BT-Drs. 20/8704 vom 9. Oktober 2023, S. 147.

11 Kraatz, Erik, Kiffen auf Rezept 2.0 – Ein Überblick über das neue Medizinal-Cannabisgesetz, in: Zeitschrift für Medizinstrafrecht (medstra) 2024, S. 343–351 [349].

12 Ordnungswidrig handelt nach § 27 Abs. 1 Nr. 1 MedCanG, wer mehr als die dort angegebenen Mengen an Medizinalcannabis besitzt. § 27 Abs. 1 Nr. 2 bis 10 sanktioniert Verstöße gegen das Verfahren der Erlaubnis und Genehmigung.

13 Kraatz, Erik, Kiffen auf Rezept 2.0 – Ein Überblick über das neue Medizinal-Cannabisgesetz, in: Zeitschrift für Medizinstrafrecht (medstra) 2024, S. 343–351 [349]; Oğlakcioğlu, Mustafa Temmuz/Welke, Patrick, Ganz seltsame Blüten... Das neue Cannabisgesetz im Überblick und der Versuch einer ersten Konsolidierung, in: Kriminalpolitische Zeitschrift (KriPoZ) 2024, S. 198–206 [205], abrufbar unter <https://kripoz.de/2024/05/31/ganz-seltsame-blueten-das-neue-cannabisgesetz-im-ueberblick-und-der-versuch-einer-ersten-konsolidierung/>; Patzak, in: Patzak/Fabricius, Betäubungsmittelgesetz, 11. Auflage 2024, § 24 MedCanG, § 24 Rn. 1. 14 Patzak, in: Patzak/Fabricius, Betäubungsmittelgesetz, 11. Auflage 2024, § 24 MedCanG, § 24 Rn. 1. Siehe auch Kraatz, Erik, Kiffen auf Rezept 2.0 – Ein Überblick über das neue Medizinal-Cannabisgesetz, in: Zeitschrift für Medizinstrafrecht (medstra) 2024, S. 343–351 [349]: „Mangels Verweises auch auf den Bußgeldtatbestand des §–36 Abs.–1 Nr.–4 KCanG anhand ist dies aber erstaunlicherweise nicht [...]“

15 Vgl. Krumm, in: Krumm, Carsten/Ostmeyer, Marco, Betäubungsmittelstrafrecht, 4. Auflage 2024, S.–133.

16 Oğlakcioğlu, Mustafa Temmuz/Welke, Patrick, Ganz seltsame Blüten... Das neue Cannabisgesetz im Überblick und der Versuch einer ersten Konsolidierung, in: Kriminalpolitische Zeitschrift (KriPoZ) 2024, S. 198–206 [204 f.], abrufbar unter <https://kripoz.de/2024/05/31/ganz-seltsame-blueten-das-neue-cannabisgesetz-im-ueberblick-und-der-versuch-einer-ersten-konsolidierung/>.

17 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, drugcom.de, Vaporisator, vaper, vaporisieren – Drogenlexikon, abrufbar unter <https://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-v/vaporisator-vaper-vaporisieren/>.

18 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Medizinisches Cannabis, Hinweise für Patientinnen und Patienten, abrufbar unter [https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Medizinisches-Cannabis/Hinweise-fuer-Patienten/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Medizinisches-Cannabis/Hinweise-fuer-Patienten/_node.html); Barmer Krankenkasse, Medizinisches Cannabis vaporisieren: So funktioniert ein Vaporisator, abrufbar unter <https://www.barmer.de/gesundheits-verstehen/medizin/cannabis/cannabis-vaporisieren-1132206#:~:text=F%C3%BCr%20die%20Verwendung%20von%20medizinischem,Rahmen%20eines%20Therapieplans%20empfehlenswerter%20ist.>

19 Bundesnichtraucherschutzgesetz vom 20. Juli 2007 [BGBl. I S. 1595], zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 27. März 2024 [BGBl. 2024 I Nr. 109]. 20 Gesetz über Ordnungswidrigkeiten in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 1987 [BGBl. I S. 602], zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 12. Juli 2024 [BGBl. 2024 I Nr. 234].

die Aufnahme der Cannabiserzeugnisse in das BNichtSchG mit einem vorbeugenden Gesundheitsschutz und wirksamen Kinder- und Jugendschutz. Konkret heißt es in der Gesetzesbegründung: „Das Rauch- und Verdampfverbot für Cannabis erstreckt sich auf den Konsum von Cannabis sowohl zu nichtmedizinischen als auch zu medizinischen Zwecken sowie auf sämtliche dafür in Frage kommenden Geräte.“<sup>21</sup>

Anlässlich des Erlasses des Cannabisgesetzes haben auch Bayern und Hamburg<sup>22</sup> ihre Nichtraucherschutzgesetze<sup>23</sup>

überarbeitet. So regelt Bayern beispielsweise, dass das Rauchen von Tabakwaren und Cannabisprodukten, einschließlich jeglicher mit synthetischen Cannabinoiden versetzten Stoffe, in Innenräumen von Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (z. B. Schulen, Kindertageseinrichtungen, Spielplätze, Jugendherbergen) und auf deren Gelände<sup>24</sup> verboten ist (Art. 3 Abs. 1 i. V. m. Art. 2 Nr. 2 Gesetz zum Schutz der Gesundheit (Gesundheitsschutzgesetz – GSG)<sup>25</sup>. Das Erhitzen und Verdampfen von Cannabisprodukten einschließlich einer Nutzung von zu diesem

Zweck verwendeten E-Zigaretten, Vaporisatoren oder vergleichbaren Produkten steht dem Rauchen von Cannabisprodukten gleich (Art. 3 Abs. 1 S. 5 GSG). Art. 5 Nr. 5 GSG bestimmt, dass dieses Rauchverbot nicht für das Rauchen von Cannabis zu medizinischen Zwecken in dafür bestimmten Räumen von Einrichtungen des Gesundheitswesens gilt. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass das Rauchverbot auch für Medizinalcannabis in allen übrigen Fällen Anwendung findet. Für einen Verstoß gegen ein solches Cannabis-Rauchverbot, das auch das Erhitzen oder Verdampfen umfasst, sieht Art. 10 Abs. 2 GSG eine Geldbuße bis zu 1.500 Euro und im Wiederholungsfall bis zu 5.000 Euro vor.

21 Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG), BT-Drs. 20/8704 vom 9. Oktober 2023, S. 153.

22 Näher zu Hamburg siehe Hamburgisches Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens in der Öffentlichkeit (Hamburgisches Passivraucherschutzgesetz - HmbPSchG) vom 11. Juli 2007, zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Januar 2025 (HmbGVBl. S. 191).

23 Die Bundesländer haben die Gesetzgebungskompetenz nach Art. 70 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG), während der Bund seine Gesetzgebungskompetenz für das BNichtSchG u. a. auf Art. 73 Abs. 1 Nr. 6 (Luftverkehr), Nr. 6a (Eisenbahnen des Bundes) und Art. 74 Abs. 1 Nr. 23 GG (Schienenbahnen, die nicht im Eigentum des Bundes stehen) stützt. 24 Nicht enthalten ist ein Verbot im Umkreis der Einrichtungen für Kinder und Jugendliche.

25 Gesundheitsschutzgesetz (GSG) vom 23. Juli 2010 (GVBl. S. 314, BayRS 2126-3-G), zuletzt geändert durch § 1 des Gesetzes vom 23. Juli 2024 (GVBl. S. 254).

## Baugewerbe besonders betroffen

# Absturzunfälle bei der Arbeit

Männliche Beschäftigte mittleren Alters, die in Kleinbetrieben arbeiten und lange Jahre im Betrieb sind, sind besonders gefährdet, bei einem Absturzunfall tödlich zu verunglücken. 60 Prozent der tödlichen Absturzunfälle ereigneten sich auf Baustellen. Dies zeigen Auswertungen von rund 800 tödlichen Absturzunfällen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Ihre Auswertungen hat die BAuA in einem Kompaktbericht veröffentlicht. Als Grundlage dienen Meldungen der Arbeitsschutzbehörden aus den Jahren 2009 bis 2025.

**B**esonders häufig treten tödliche Absturzunfälle bei den Beschäftigtengruppen der Fach- und Hilfsarbeiter sowie bei Bau- und Montagearbeiten auf. Organisatorische Mängel, unvollständige Gefährdungsbeurteilungen oder ungeeignete Arbeitsmittel tragen oft zum Unfallgeschehen bei. In einigen Fällen spielen zudem routinierte, aber riskante Arbeitsweisen eine Rolle, etwa wenn Sicherheitsregeln bewusst nicht eingehalten werden. Dies zeigt sich insbesondere bei erfahrenen Be-

schäftigten, die so gefährliche Routinen entwickelt haben. Über 70 Prozent der gemeldeten tödlichen Absturzunfälle ereigneten sich in Kleinst- bzw. Kleinunternehmen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass wirksame Prävention an der Grundlage beginnen muss: mit einer sorgfältigen, umfassenden Gefährdungsbeurteilung, der Auswahl geeigneter Arbeitsmittel und einer sicheren Arbeitsorganisation. Bei mehr als einem Drittel der gemeldeten Absturzunfälle (263 Unfälle) lag zum Unfallzeitpunkt keine Gefährdungsbeurteilung vor. Nach einem Unfall nahmen 534 von 811 beteiligten Betriebe eine Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung vor.

Insgesamt wurden der Bundesanstalt 2.635 tödliche Arbeitsunfälle gemeldet; bei 811 davon handelt es sich um Absturzereignisse. Allerdings besteht gegenüber der BAuA – anders als gegenüber den Berufsgenossenschaften – keine gesetzliche Meldepflicht, so dass nicht alle tödlichen Unfälle vorliegen. So kann es zu Abweichungen zwischen den Statistiken der Berufsgenossenschaften und der BAuA kommen.

Der baua: Bericht kompakt „Absturzunfälle – Übersichtsauswertungen“ kann als PDF von der Internetseite der BAuA unter [www.baua.de/publikationen](http://www.baua.de/publikationen) heruntergeladen werden.

BAuA



# Grundzüge der Systematik der Prüfung der Fahreignung im Hinblick auf den Konsum von Alkohol unter besonderer Berücksichtigung des Nachweises von Alkohol durch Phosphatidylethanol (PEth)

## 1. Einleitung

Auftragsgemäß werden bestimmte Aspekte des Entzugs der Fahrerlaubnis nach einem Verdacht auf fehlende Fahreignung aufgrund der Messung von Phosphatidylethanol (PEth) im Blut dargestellt.

## 2. Grundsatz

Wenn die Fahrerlaubnisbehörde Kenntnis von Tatsachen erlangt, die Bedenken gegen die Fahreignung aufgrund von Alkoholkonsums begründen, muss sie zur Aufklärung der Umstände ein ärztliches oder medizinisch-psychologisches Gutachten anordnen. Dabei können auch PEth-Marker verwandt werden.

Wissenschaftliche Dienste  
Fachbereich WD 7  
Deutscher Bundestag

Ein Zusammenhang mit einem Fehlverhalten im Straßenverkehr ist für die Erlangung der Kenntnis durch die Fahrerlaubnisbehörde nicht zwangsläufig erforderlich.

Wenn das geforderte Gutachten nicht oder nicht fristgerecht beigebracht wurde, darf die Behörde auf eine fehlende Fahreignung schließen und den Führerschein entziehen.

## 3. Ablauf

### 3.1. Fahreignung als Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen

Ausgangspunkt ist § 3 Abs. 1 des Straßenverkehrsgesetzes (StVG), der festlegt, dass die Fahrerlaubnisbehörde jemandem, der ungeeignet oder nicht befähigt zum Führen von Kraftfahrzeugen ist, die Fahrerlaubnis entziehen muss.

### 3.2. Kenntniserlangung von Tatsachen, die Bedenken gegen die Fahreignung begründen

§ 11 Abs. 2 S. 1 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) bestimmt ganz generell, dass die Fahrerlaubnisbehörde zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens durch den Bewerber anordnen kann, wenn Tatsachen bekannt werden, die Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Fahrerlaubnisbewerbers begründen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Tatsachen bekannt werden, die auf eine in Anlage 4 oder 5 der Fahrerlaubnisverordnung genannte Erkrankung oder einen Mangel hinweisen. Dazu gehören auch der Missbrauch oder die Abhängigkeit von Alkohol.

### 3.3. Umstände der Kenntniserlangung

Dabei reicht der Umstand, dass entsprechende Tatsachen bekannt werden – ein konkreter Zusammenhang der Kenntniserlangung mit Verfehlungen wie Trunkenheitsfahrten im Straßenverkehr muss nicht gegeben sein. So hat es beispielsweise genügt, dass ein Mensch hilflos in seiner Wohnung mit 1000 Bierflaschen gefunden wurde.

Die Rechtsprechung setzt bei der Berücksichtigung nicht unmittelbar straßenverkehrsbezogener Alkoholauffälligkeiten voraus:

- normabweichendes Trinkverhalten und eine weit überdurchschnittliche Gewöhnung an Alkohol,
- Vorliegen tatsächlicher Umstände dafür, dass das Führen von Fahrzeugen und der die fahrsicherheitsbeeinträchtigende Alkoholkonsum an der Person nicht getrennt werden können oder
- ein allgemeiner Kontrollverlust unter Alkohol.

### 3.4. Kenntniserlangung durch ärztliche Meldung nur in Ausnahmefällen

Grundsätzlich gilt, dass der Arzt auch in Fällen, in denen er aufgrund einer Untersuchung zu dem Ergebnis kommt, dass sein Patient am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er wegen seiner Erkrankung eigentlich nicht mehr dazu fähig ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, ohne sich und andere zu gefährden.

Nach sorgfältiger Abwägung widerstreitender Pflichten oder Interessen kann ein Arzt aber trotz seiner grundsätzlichen Schweigepflicht wegen eines rechtfertigenden Notstandes gem. § 34 StGB berechtigt sein, die Verkehrsbehörde zu benachrichtigen, wenn sein Patient mit einem Kraftwagen am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er wegen seiner Erkrankung nicht mehr fähig ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, ohne sich oder andere zu gefährden.

Voraussetzung dafür ist jedoch, dass der Arzt den Patienten vorher auf seinen Gesundheitszustand und auf die davon ausgehenden Gefahren für sich und andere Verkehrsteilnehmer aufmerksam gemacht hat.

Dies ist entbehrlich, wenn ein entsprechender Vorhalt wegen der Art der Erkrankung oder wegen der Uneinsichtigkeit des Patienten von vornherein zwecklos ist.

Bei einer gerechtfertigten Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht

muss sich die Mitteilung des Arztes inhaltlich auf das unbedingt Notwendige beschränken. Sie sollte allein die Diagnose beinhalten sowie die Mitteilung, dass ärztliche Zweifel an der Fahreignung bestehen. Die Übermittlung weiterer Informationen – beispielsweise einer ausführlichen Diagnose – ist nicht mehr gerechtfertigt.

### 3.5. Vorgehen nach Kenntniserlangung

Gemäß § 13 FeV ordnet die Fahrerlaubnisbehörde – die in diesen Fällen keinen Ermessensspielraum hat – zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen an, dass

1. ein ärztliches Gutachten beizubringen ist, wenn Tatsachen die Annahme von Alkoholabhängigkeit begründen, oder
2. ein medizinisch-psychologisches Gutachten beizubringen ist, wenn
  - a) nach dem ärztlichen Gutachten zwar keine Alkoholabhängigkeit, jedoch Anzeichen für Alkoholmissbrauch vorliegen oder sonst Tatsachen die Annahme von Alkoholmissbrauch begründen,
  - b) wiederholt Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss begangen wurden,
  - c) ein Fahrzeug im Straßenverkehr bei einer Blutalkoholkonzentration von 1,6 Promille oder mehr oder einer Atemalkoholkonzentration von 0,8 mg/l oder mehr geführt wurde,
  - d) die Fahrerlaubnis aus einem der unter den Buchstaben a bis c genannten Gründe entzogen war oder
  - e) sonst zu klären ist, ob Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit nicht mehr besteht.

Derjenige, an dessen Eignung zur Führung eines Kraftfahrzeugs Zweifel bestehen, muss der Straßenverkehrsbehörde also entweder im Fall der vermuteten Alkoholabhängigkeit ein ärztliches Gutachten oder bei bloßem Alkoholmissbrauch ein medizinisch-psychologisches Gutachten vorlegen.

Dies gilt auch, wenn wegen Abstinenz die Fahreignung wiederhergestellt ist und die Neu- oder Wiedererteilung der Fahrerlaubnis angestrebt wird.

In der Anordnung legt die Fahrerlaubnisbehörde unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls fest, welche

Fragen hinsichtlich der Eignung zu klären sind (§ 11 Abs. 6 Satz 1 FeV).

Wird das Gutachten nicht fristgerecht beigebracht, darf die Fahrerlaubnisbehörde in ihrer Entscheidung auf die Nichteignung des Betroffenen schließen (§ 11 Abs. 8 Satz 1 FeV). Dies setzt indes voraus, dass die Anordnung der Untersuchung rechtmäßig, anlassbezogen und verhältnismäßig war.

### 3.6. Ersteller der Gutachten

Das ärztliche Gutachten muss regelmäßig von einem für die Problematik kompetenten Facharzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation erstellt werden. Nach § 11 Abs. 3 S. 1 FeV muss das medizinisch-psychologische Gutachten von einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung erstellt werden.

Die Einzelheiten für die amtliche Anerkennung werden in Anlage 14 zur FeV und in der Richtlinie über die Anforderungen an Träger von Begutachtungsstellen für Fahreignung (§ 66 FeV) festgelegt. Die allgemeinen Anforderungen an Prüf- und Kalibrierlaboratorien werden in der DIN EN ISO/IEC 17025 aufgestellt.

### 3.7. Begutachtungsleitlinien

Grundlage für die Begutachtung sind die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung der Bundesanstalt für Straßenwesen und die Beurteilungskriterien für die Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung von der Ständigen Arbeitsgruppe Beurteilungskriterien der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie und der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin.

## 4. Alkoholmarker

### 4.1. Marker beim Aufgriff bei Trunkenheitsfahrt

In der Regel wird bei einem Fahrer eines Kraftfahrzeugs im Verdachtsfall ein Atemalkoholtest vorgenommen. In einem Ordnungswidrigkeitenverfahren ist er als Beweis ausreichend.

Ab einer Blutalkoholkonzentration von 0,3 Promille besteht grundsätzlich eine Strafbarkeit wegen Trunkenheit im Verkehr gem. § 316 des Strafgesetzbuches (StGB). In diesen Fällen wird die Blutalkoholkonzentration durch eine Blutentnahme festgestellt.

In diesen Fällen, in denen der Alkoholkonsum erst kurze Zeit zurücklag, ist Ethanol der geeignete Alkoholmarker.

Einen Rückschluss auf einen länger dauernden Alkoholmissbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit lässt Ethanol nicht zu.

#### 4.2. Marker für den Nachweis von länger dauerndem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder Abstinenz

Besondere Bedeutung hat der Nachweis der Abstinenz als wichtiger Baustein für die Wiedererlangung der Fahreignung.

Hierzu werden verwendet:

- Ethylglucuronid (EtG) – im Urin
  - Nachweiszeitraum: ca. 3–5 Tage nach Alkoholkonsum
  - Vorteil: hohe Sensitivität – zeigt auch geringe Mengen Alkohol an
  - Verwendung: Typische wiederholte Urinkontrollen im Rahmen eines Abstinenzprogramms
  - Programm – Beispiel: 4 oder 6 Urinproben über 6 Monate oder 6–12 Proben über 12 Monate ohne vorherige Ankündigung
- Ethylglucuronid (EtG) – in Haaren
  - Nachweiszeitraum: ca. 1 Monat pro Zentimeter Haarlänge (max. 3 cm entspr. 3 Monate)
  - Vorteil: langfristiger Überblick über die Alkoholkarenz
  - Nachteil: Haare dürfen nicht chemisch behandelt sein (z. B. Bleichung)
- Phosphatidylethanol (PEth) – im Blut

- Nachweiszeitraum: 2–3 Wochen, eventuell auch 4 Wochen
- Vorteil: sehr spezifisch für Alkohol, besser als Leberwerte.

#### 4.2.1. Nachweisdauer von PEth im Blut

PEth wird bereits kurz nach der Alkoholaufnahme im Blut gebildet und ist selbst bei einmaligem Konsum einige Tage lang nachweisbar. Die Halbwertszeit von PEth beträgt 3–10 Tage. PEth ist nach einer Entzugsbehandlung zum Teil länger als zwei Monate nachweisbar.

#### 4.3. PEth-Werte

PEth-Wert	Bedeutung
< 20 ng/mL	Abstinenz
20–210 ng/mL	gelegentlicher/mäßiger Konsum
> 210 ng/mL	regelmäßiger oder hoher Konsum

#### Quellen und Literatur

Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 7. November 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 351) geändert worden ist. Abrufbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/englisch\\_stgb/](https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/). Wie alle URL in dieser Arbeit zuletzt am 16. Juni 2025 abgerufen.

Straßenverkehrsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. März 2003 (BGBl. I S. 310, 919), das zuletzt durch Artikel 70 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist. Abrufbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/stvg/BJNR004370909.html>.

Fahrerlaubnis-Verordnung vom 13. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1980), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 2. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 299) geändert worden ist. Abrufbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/fev\\_2010/](https://www.gesetze-im-internet.de/fev_2010/).

Bundesgerichtshof: Urteil vom 8. Oktober 1968 – Az. VI ZR 168/67 – Rechtfertigender Notstand und ärztliche Schweigepflicht. Abrufbar unter: [https://www.prinz.law/urteile/bgh/VI\\_ZR\\_168-67-ok](https://www.prinz.law/urteile/bgh/VI_ZR_168-67-ok).

Oberlandesgericht Düsseldorf: Beschluss vom 2. April 2015 – Az. III-2 Ws 101/15 – Grenzen der Übermittlung an die Fahrerlaubnisbehörde. Abrufbar unter: [https://nrwe.justiz.nrw.de/olgs/duesseldorf/j2015/III\\_2\\_Ws\\_101\\_15\\_Beschluss\\_20150402.html](https://nrwe.justiz.nrw.de/olgs/duesseldorf/j2015/III_2_Ws_101_15_Beschluss_20150402.html).

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Abrufbar unter: <https://icd.who.int/en/>.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Abrufbar unter: <https://www.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>.

Brenner-Hartmann, Jürgen (Federführender der Ständigen Arbeitsgruppe Beurteilungskriterien bei den Fachgesellschaften); Fastenmeier, Wolfgang (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie.); Graw, Matthias (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin) (Hrsg.): Urteilsbildung in der Fahreignung Begutachtung – Beurteilungskriterien. Überarbeitete und erweiterte 4. Auflage, Bonn 2022.

Bundesanstalt für Straßenwesen: Richtlinie über die Anforderungen an Träger von Begutachtungsstellen für Fahreignung (§ 66) und deren Begutachtung durch die Bundesanstalt für Straßenwesen vom 27. Januar 2014, zuletzt geändert am 11. März 2020.

Gräcmann, Nicole; Albrecht, Martina: Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit Heft M 115. Stand 1. Juni 2022

Siegmund, Manfred: § 13 FeV – Klärung von Eignungszweifeln bei Alkoholproblematik. In: juris PraxisKommentar Straßenverkehrsrecht. 2. Auflage 2022.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Kurzinformation: Die Anordnung der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung wegen Verstößen gegen das Verkehrsrecht und Strafgesetze. WD 7 – 3000 – 043/23 vom 2. Mai 2023. Abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/952188/WD-7-043-23-pdf.pdf>.



Foto: © Богдан Стеблякно - stockadobe.com



Foto: catalyseur7 - stock.adobe.com

## Aktueller Begriff

# Zum Einsatz von Lachgas als Rauschmittel

**D**istickstoffmonoxid ( $N_2O$ ), umgangssprachlich auch als Lachgas bezeichnet, ist ein farbloses, leicht süßlich riechendes Gas. Nachdem Lachgas 1772 entdeckt worden war, beschrieb der Londoner Chemiker Humphrey Davy bereits im Jahr 1800 die schmerzstillende und betäubende Wirkung des Gases und empfahl den Einsatz als **Betäubungsmittel**. In Deutschland wird Lachgas gegenwärtig im medizinischen Bereich zusammen mit Sauerstoff als Betäubungsmittel und leichtes Narkosemittel in der Zahn- und Geburtsmedizin eingesetzt. Darüber hinaus findet es auch in der Lebensmittelindustrie als **Treibgas**, beispielsweise als Aufschäummittel in Sahnespenderkapseln zur Sahnezubereitung, Anwendung.

Über die schmerzlindernde Wirkung hinaus hat das Gas auch einen berauschenden Effekt und kann Glücksgefühle und sogar Halluzinationen hervorru-

fen. Daher wird Lachgas mittlerweile in Deutschland, insbesondere von Jugendlichen, zunehmend auch als **Partydroge** konsumiert. Der Konsum des Gases erfolgt hierbei durch das Einatmen, beispielsweise über einen Luftballon.

Lachgas unterliegt in Deutschland nicht dem Betäubungsmittelgesetz, sondern ist als weitverbreitetes Treibgas in Spraydosen und Kartuschen in flüssigem Zustand problemlos, preisgünstig und – da weder der Konsum noch der Verkauf gesetzlich verboten sind – auch legal für jedermann erhältlich.

Die Einnahme von Lachgas aktiviert Opioidrezeptoren im Gehirn, was mit einer **Reduzierung von Schmerzreizen** sowie einer erhöhten **Ausschüttung von Endorphinen** einhergeht und euphorisierend wirkt. Des Weiteren trägt das Lachgas dazu bei, dass hemmende Nervensignale verstärkt werden, was eine **Senkung von Ängsten** und ein **Entspannungsgefühl** hervorruft. Die Wirkung setzt innerhalb weniger Atemzüge nach Inhalationsbeginn ein und klingt nach wenigen Minuten wieder ab.

Zu den häufigen **Nebenwirkungen** bei der Einnahme von Lachgas zählen

Taubheits- und Schwindelgefühle, Kopfschmerzen, Halluzinationen, Angstzustände, Atembeschwerden und Koordinationsschwierigkeiten. Außerdem können auch Übelkeit und Ohnmacht auftreten. Darüber hinaus kann es zu einem akuten Sauerstoffmangel mit der Folge einer unzureichenden Sauerstoffversorgung und damit einhergehenden Krämpfen kommen.

Obgleich die meisten benannten Nebenwirkungen oftmals nur kurzfristig anhalten, kann ein regelmäßiger Konsum schwerwiegende und auch chronische **neurologische Störungen** nach sich ziehen, da Lachgas die Verwertung von Vitamin  $B_{12}$  im Körper hemmt. Ein dauerhafter Konsum kann daher zu einer Beschädigung von sensorischen Nerven und damit einhergehenden chronischen Beschwerden wie Lähmungserscheinungen, Taubheitsgefühlen und Problemen des Bewegungsapparates bis hin zum Verlust der Gehfähigkeit führen. Weiterhin besteht bei regelmäßigem Konsum auch die Gefahr einer **psychischen Abhängigkeit**. Ferner drohen **Gefrierverbrennungen** an den Lippen und in der Lunge, wenn das Gas direkt aus der Kartusche konsumiert wird, da die Temperatur von Lachgas bei Austritt bis zu minus

---

RDn Jasmin Müller und Rechtsreferendarin  
Nikola Sediva Sycova – Fachbereich WD 8  
(Gesundheit, Familie, Bildung und Forschung,  
Lebenswissenschaften)

55 Grad Celsius beträgt. Aber auch mittelbar können sich aufgrund der besonderen Wirkweise durch den Konsum von Lachgas Gefahren ergeben; dazu gehören beispielsweise Unfälle und Verletzungen unter Lachgaseinfluss. Wer Lachgas inhaliert hat, sollte nicht am Straßenverkehr teilnehmen oder Maschinen bedienen.

Laut der Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) steigt der Konsum von Lachgas vor allem seit dem Jahr 2017 in Europa stetig an. Dies hänge besonders mit der omnipräsenten **Verfügbarkeit** der Gasflaschen und den **geringen Kosten** im Vergleich zu anderen Rauschmitteln zusammen. Umfassende Daten zum konkreten Konsum von Lachgas in Deutschland liegen nicht vor. Bei Jugendlichen kann allerdings in den vergangenen Jahren ein Anstieg der Beliebtheit als Partydroge verzeichnet werden. So gaben bei einer Umfrage aus dem Jahr 2022, die im Rahmen der seit 2002 jährlich durchgeführten MoSyD (Monitoring-System Drogentrends)-Studie durchgeführt wurde, 17 Prozent der 1.500 befragten Jugendlichen im Alter zwischen 15 bis 18 Jahren an, Lachgas bereits einmal konsumiert zu haben. Im Jahr 2012 waren es lediglich fünf Prozent.

In der Europäischen Union ist Lachgas als Lebensmittelstoff (E 942) grundsätzlich zugelassen. Dennoch haben bereits einzelne EU-Länder wie die Niederlande und Dänemark inzwischen aufgrund des Substanzmissbrauchs ein generelles Verbot für den Besitz von Lachgas erlassen. Eine Ausnahme gilt hier für die Verwendung in der Lebensmittelindustrie oder als Arzneimittel. Ferner gilt in Frankreich ein Verbot des Verkaufs von Lachgas an Minderjährige.

In Deutschland billigte das Bundeskabinett am 13. November 2024 eine Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag zum bereits in der ersten Lesung im Deutschen Bundestag beratenen Gesundheits-Herz-Gesetz, der ein **Abgabe-, Erwerbs- und Besitzverbot von Lachgas für Minderjährige** sowie ein generelles Abgabeverbot über Automaten und Versandhandel für den Endverbraucher vorsah. Die Verwendung von Lachgas zu gewerblichen, industriellen, wissenschaftlichen Zwecken und als Arzneimittel sollte weiterhin erlaubt bleiben. Aufgrund der vorgezogenen Bundestagswahl kam es allerdings in der 20. Legislaturperiode nicht zu einer Verabschiedung im Deutschen Bundestag. Da es somit bisher an

einer bundesweiten Regelung fehlt, haben einzelne Bundesländer, Städte und Landkreise, wie Hamburg, die Stadt Dortmund oder der Landkreis Helmstedt den Verkauf von Lachgas an Minderjährige verboten. Auch in den Bundesländern Niedersachsen und Schleswig-Holstein ist ein Verkaufsverbot an Minderjährige auf Länderebene geplant. Die Berichterstatterin für Drogen und Sucht der CDU/CSU-Bundestagsfraktion hatte sich bereits öffentlich geäußert, dass das Thema Lachgas alsbald auch auf Bundesebene geregelt werden solle.

#### Quellen

Ziegenfuß, Thomas/Zander, Rolf, Partydroge Lachgas, in: Die Anaesthesiologie, 25. Juni 2024, S. 482-487, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-024-01427-z>.

Deutsches Ärzteblatt, Lauterbach will noch zügig Verbot von Lachgas durchsetzen, 12. November 2024, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/news/lauterbach-will-noch-zuegiges-verbot-von-lachgas-durchset-zen-779d63fa-7b1b-4e88-a781-86144ed02959>.

Deutsches Ärzteblatt, Ärzte warnen vor Nervenschäden durch Lachgas, 25. März 2024, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/news/aerzte-warnen-vor-nervenschaeden-durch-lachgas-4ac389d7-95fc-49fa-a79c-10f053206820>.

### Impfakzeptanz in Deutschland:

## Erste Ergebnisse des Forschungsprojekts IMPRESS veröffentlicht

Die Mehrheit der Befragten schätzt die Risiken von Infektionskrankheiten als hoch ein, sieht für eine Impfung nur geringe persönliche Hürden und lässt sich auch aus Verantwortungsgefühl gegenüber anderen Menschen impfen. Gleichzeitig überschätzen viele Menschen das Auftreten von Nebenwirkungen nach Impfungen, was das Vertrauen in die Sicherheit und Wirksamkeit von Impfungen beeinträchtigen kann. Außerdem bestehen Unsicherheiten bei gängigen Impfmythen – insbesondere bei Personen mit geringerer Gesundheitskompetenz.

Robert Koch-Institut (RKI)

Das sind die ersten Ergebnisse des Forschungsprojekts IMPRESS (Impfverhalten verstehen, PReparednESS steigern). Das Robert Koch-Institut untersucht darin die Hintergründe von Impfentscheidungen im Rahmen eines regelmäßigen Impfakzeptanz-Monitorings für Deutschland. Die Datenerhebung erfolgt über das RKI-Panel „Gesundheit in Deutschland“, das wiederholt die deutschsprachige Bevölkerung in Privathaushalten befragt und so Entwicklungen im Zeitverlauf abbildet. Die Online-Befragung zum Impfen findet jährlich im Herbst statt und berücksichtigt drei Personengruppen: die Allgemeinbevölkerung, Personen mit Impfpflicht für Grippe und Eltern von Kindern unter sieben Jahren. Jetzt

wurden erstmals umfassende Ergebnisse zur Impfakzeptanz in der Allgemeinbevölkerung veröffentlicht.

Obwohl Impfungen weltweit Millionen Menschenleben retten, bleibt auch in Deutschland ein Teil der Bevölkerung gegen einzelne oder mehrere impfpräventable Erkrankungen ungeimpft. Dies erhöht das Risiko für schwere Krankheitsverläufe und vermeidbare Todesfälle. Ziel von IMPRESS ist, Gründe des (Nicht-)Impfens systematisch zu erfassen und so Aussagen darüber zu treffen, welche Barrieren und Treiber Impfungen erschweren oder erleichtern. Mit Hilfe der Daten können zudem Ansatzpunkte identifiziert werden, mit denen sich die Inanspruchnahme von Impfungen erhöhen lässt.

## Fortbildungen

### Kursweiterbildung Arbeitsmedizin in der Nordrheinischen Akademie

#### Kursort: Düsseldorf

**Modul II:** 15.04.2026 – 24.04.2026

**Modul III:** 29.07.2026 – 07.08.2026

**Modul IV:** 26.08.2026 – 04.09.2026

**Modul V:** 23.09.2026 – 02.10.2026

**Modul VI:** 28.10.2026 – 06.11.2026

#### Wissenschaftliche Leitung:

Peter Angerer

Silvester Siegmann

#### Kontakt:

Anna.Holefleisch@aekno.de

#### Tauchmedizin und Hyperbarmedizin

In regelmäßigen Abständen führen wir tauchmedizinische Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte durch. Wir bieten Grundlagenkurse zu Untersuchungen nach E31/G31 und Kurse zum GTÜM 1 Diplom, sowie E31/G31/GTÜM Refresher Kurse an. Für Arbeitsmediziner erfüllt das Kursangebot die Anforderungen der DGUV und der Behörden, welche nach der Druckluftverordnung zu Untersuchungen nach G31 (E31) ermächtigte n (§13 DruckL V) .

Die Kurse finden in Abstimmung mit der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) statt und werden als Grundlage für das Diplom 1 anerkannt.

#### GTÜM Diplom 1: Tauchtauglichkeitsuntersuchungen

Alle weiteren Infos: <https://www.gtuem.org/5>  
www.gtuem.org

Die Ärztekammer Nordrhein honoriert die erfolgreiche Teilnahme üblicherweise mit 24 CME-Punkten. Unsere Refresherkurse eignen sich für Arbeitsmediziner (G31 bzw. E31) wie auch als Refresher nach GTÜM. Sie erhalten für die Teilnahme 16 CME-Punkte.

#### Die nächsten Kursangebote

GTÜM Diplome 1, G31/E31

06. Nov. – 08. Nov. 2026 Präsenz

GTÜM Diplome 1-, G31/E31-Refresher

09. Jan. – 10. Jan. 2027 Online

GTÜM Diplome 1, G31/E31

26. Feb. – 28. Feb. 2027 Präsenz

GTÜM Diplome 1, G31/E31

12. Nov. – 14. Nov. 2027 Präsenz

#### Alle weiteren Infos und Anmeldung:

Silvester Siegmann

0211 81 06480, siegmann@uni-duesseldorf.de

oder Thomas Muth

0211 81 06419, thomas.muth@uni-duesseldorf.de

## Fortbildungsveranstaltungen des VAF e. V.

### VAF e.V. / Fortbildungslehrgänge 2026

für das arbeitsmedizinische nichtärztliche Assistenzpersonal

#### 15.06. bis 19.06.26

##### Dresden / DGUV

- Auge und Optik in der Arbeitsmedizin
- Lungenfunktion / EKG / Ergometrie :  
ein Lehrgang für in der Praxis Stehende
- Ergonomische Arbeitsgestaltung

#### 20.07. bis 22.07.26

##### Freiburg / Mercure-Hotel

- Infektionsschutz in der Arbeitswelt und auf Reisen

#### 19.10. bis 23.10.26

##### Düsseldorf / djh-Rheinland

- Grundlagenlehrgang/Rahmenplan – Woche 1
- Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge
- Lungenfunktion / EKG / Ergometrie:  
ein Lehrgang für in der Praxis Stehende

#### 02.11. bis 06.11.26

##### Saarbrücken / HWK

- Grundlagenlehrgang/Rahmenplan – Woche 3
- Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge
- Auge und Optik in der Arbeitsmedizin

#### Hinweis:

Die aufgeführten Themen sind eigenständige Lehrgänge, die in der jeweiligen Woche parallel durchgeführt werden. Programm-Anforderungen gerne beim Veranstalter.

Belegt wird nach Eingang nur schriftlicher Anmeldung an unsere Geschäftsstelle in Düsseldorf; Hotelzimmer-Reservierungen erfolgen durch die Teilnehmenden selbst, u.a. mit den beiliegenden Informationen unserer schriftlichen Bestätigung:

#### Veranstalter:

Verband Arbeitsmedizinisches Fachpersonal-VAF e.V.

Kamper Weg 228, 40627 Düsseldorf

Tel. +49 (0)211 2700833 / Fax: +49 (0)211 2700834

Email: VAF-SC@T-Online.de, www.vaf-assistenzpersonal.de



**Jetzt bestellen!**



[www.gentner.de/  
buchshop](http://www.gentner.de/buchshop)

# Gesundes Tauchen mit Gentner

Kompaktes Wissen im Buch – oder E-Paper-Format

- **Checkliste Tauchtauglichkeit**
- **Moderne Tauchmedizin im Kindes- und Jugendalter\***

\*auch als E-Book

Solange der Vorrat reicht.

**Gentner** ▶

## Impressum

**ErgoMed**  
Praktische Arbeitsmedizin

ZEITSCHRIFT FÜR BETRIEBS SICHERHEIT • BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

50. Jahrgang (2026) Heft 2

**Herausgeber und Verlag:** Alfons W. Gentner Verlag GmbH & Co. KG  
Postfach 10 17 42, 70015 Stuttgart  
Forststraße 131, 70193 Stuttgart

**Verleger:** Robert Reisch

**Hauptschriftleiter:**

Dr. rer. medic. Dipl.-Min. Silvester Siegmann, M. Sc. Betriebsicherheitsmanagement, Sicherheitsingenieur, Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Universitätsstr. 1, D-40225 Düsseldorf, Telefon +49 (0) 211 81 15393, Fax +49 (0) 211 81 15334, siegmann@uni-duesseldorf.de

**Schriftleiter:**

em. apl. Prof. Dr. med. habil. Andreas Meyer-Falcke, Beigeordneter für Gesundheit der Landeshauptstadt Düsseldorf a. D., a.meyer-falcke@t-online.de  
Univ.-Prof. Dr. med. Dirk-Matthias Rose, Wissenschaftliche Leitung Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz Institut für Lehrgesundheit am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Kupferbergterrasse 17 – 19, 55116 Mainz, Telefon +49 (0) 6131 88 448 55, Fax +49 (0) 6131 88 448 70, dirk-matthias.rose@unimedizin-mainz.de

**Redaktionsbeirat:**

Prof. Dr. med. Henning Allmers, M. P. H. (Harvard Univ.), Leiter des Betriebsärztlichen Dienstes der Universität Osnabrück, Facharzt für Arbeitsmedizin, Allergologie und Umweltmedizin • Dr. Beate Beermann, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin • Dipl.-Biologe Jörg Feldmann, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin • Prof. Dr. Dr. h.c. mult. David Groneberg, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität • Prof. Dr. med. habil. Tomas Jelinek, Berliner Centrum für Reise- u. Tropenmedizin, Berlin • Dr. Ursula Bach, DLR Projektträger des BMBF Arbeitsschutz und Dienstleistungen, Bonn • Silke Kretzschmar, Vorsitzende des BsAfb e.V., Fachärztin für Arbeitsmedizin, Leitung der Praxis für Arbeitsmedizin Kretzschmar, Gera • Prof. Dr. med. Axel Muttray, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin • Dr. med. Michael Schneider, Leitender Betriebsarzt der Boehringer Ingelheim • Markus Schropp, HOW & WHY, Bad Boll • Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. (FH) Bernd Schubert, Facharzt für Arbeitsmedizin, Facharzt für Allgemeinmedizin, Sozialmedizin, ärztl. Qualitätsmanagement, Bottrop-Kirchhellen • Dr. Kai Seiler, LIA.NRW • Prof. Dr. Udo Weis, Geschäftsführer Ifnek GmbH, Plankstadt • Priv.-Doz. Ing. Andreas Wittmann, Bergische Universität Wuppertal, Fachbereich D, Arbeitsmedizin, Arbeitsphysiologie und Infektionsschutz, Wuppertal • Bruno Zwingmann, Sankt Augustin

**Vermarktungsleitung:** Axel Hollenbach, Telefon: +49 (0)7 11 / 63 67 28 27, Fax: +49 (0)7 11 / 63 67 27 60, E-Mail: hollenbach@gentner.de

**Auftrags-Management:** Melanie Schweigler (Leitung), Telefon: +49 (0)7 11 / 63 67 28 62, E-Mail: schweigler@asu-arbeitsmedizin.com  
Rudolf Beck, Telefon: +49 (0)7 11 / 63 67 28 61, E-Mail: beck@gentner.de

**Leserservice:** Postfach 9161, 97091 Würzburg, Telefon: +49 (0) 711 / 6 36 72-401, Fax: +49 (0) 711 / 6 36 72-414, E-Mail: service@asu-arbeitsmedizin.com

**Erscheinungsweise:** jeden zweiten Monat

**Jahresabonnement:** Inland 91,20 Euro inkl. MwSt. und Versandkosten, Ausland 119,90 Euro inkl. Versandkosten, Einzelheftpreis 15,10 Euro inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten.  
Bei Neubestellungen gelten die zum Zeitpunkt des Bestelleingangs gültigen Bezugspreise.

**Bezugsbedingungen:** Bestellungen sind jederzeit direkt beim Leserservice oder bei Buchhandlungen im In- und Ausland möglich. Abonnements verlängern sich um ein Jahr, wenn sie nicht schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Bezugsjahres beim Leserservice gekündigt werden.

Die Abonnementpreise werden im Voraus in Rechnung gestellt oder bei Teilnahme am Lastschriftverfahren bei den Kreditinstituten abgebucht. Sollte die Zeitschrift aus Gründen nicht geliefert werden können, die nicht vom Verlag zu vertreten sind, besteht kein Anspruch auf Nachlieferung, Ersatz oder Erstattung von im Voraus bezahlten Bezugsgeldern.

Der Gerichtsstand für Vollkaufleute ist Stuttgart, für alle übrigen gilt dieser Gerichtsstand, sofern Ansprüche im Wege des Mahnverfahrens geltend gemacht werden. Bitte teilen Sie Änderungen von Adressen oder Empfängern sechs Wochen vor Gültigkeit dem Leserservice mit.

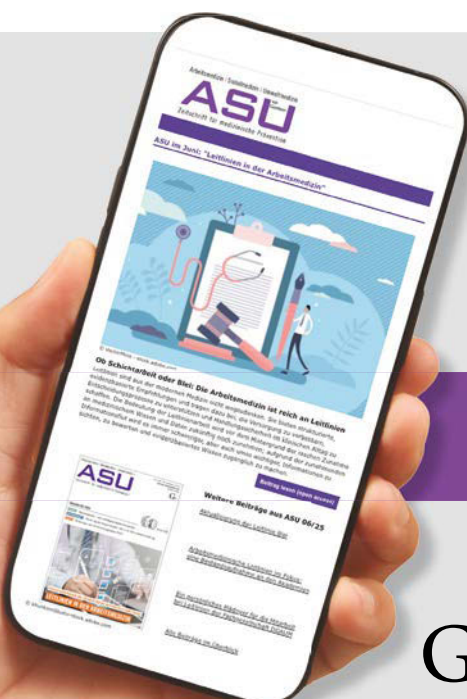
**Urheberrechte:** Die systematische Ordnung der Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit der Annahme eines Beitrages zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor umfassende Nutzungsrechte in inhaltlich unbeschränkter und ausschließlicher Form, insbesondere Rechte zur weiteren Vervielfältigung und Verbreitung zu gewerblichen Zwecken mithilfe mechanischer, digitaler oder anderer Verfahren. Bis auf Widerruf (socialmedia@gentner.de) gilt dies auch für die Verwendung von Bildern, Graphiken sowie audiovisueller Werke in allen Social-Media-Kanälen, insbesondere Facebook, Instagram und YouTube. Kein Teil dieser Zeitschrift darf außerhalb der engen Grenzen urheberrechtlicher Ausnahmebestimmungen ohne schriftliche Einwilligung des Verlages in irgend einer Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen verwendbare Sprache übertragen werden. Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends, Korrelationen gem. § 44b UrhG (Text und Data Mining) zu gewinnen, ist untersagt.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dgl. in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne Weiteres von jedermann benutzt werden dürfen; oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

**Layout:** GreenTomato GmbH, Stuttgart

**Korrektorat:** Feuchter Verlagsservice, Elmstein

**Druck:** DWS Marquart GmbH, Aulendorf



## ASU-NEWSLETTER – IHR UPDATE AUS DER ARBEITSMEDIZIN

Einmal wöchentlich. Kompakt.  
Relevantes Fachwissen direkt in Ihr Postfach.

JETZT ABONNIEREN UND BESSER PLANEN!  
[www.asu-arbeitsmedizin.com/newsletter](http://www.asu-arbeitsmedizin.com/newsletter)



Gentner

Arbeitsmedizin | Sozialmedizin | Umweltmedizin

**ASU**

Zeitschrift für medizinische Prävention

**HWS  
2026**

**Healthy Work Summit**  
Aktuelles aus der Arbeitsmedizin und dem BGM

Mit Empfehlung des  
**VDBW**

**Jetzt anmelden und 15 % sparen!**

Ihr exklusiver Rabatt-Code:  
**HWS-2026-GPK**

## **SAVE THE DATE: Healthy Work Summit 2026**

7. bis 8. Mai in der Stadthalle Oberursel

Zum 4. Mal öffnet der Healthy Work Summit in 2026 seine Türen – erneut eine ideale Gelegenheit, Wissen zu erweitern und Impulse und Inspirationen für die Zukunft der eigenen beruflichen Tätigkeit aufzunehmen! Das innovative Kongress- und Weiterbildungsformat hat sich zur weiteren Entwicklung und Gestaltung der Arbeitsmedizin und des BGM inzwischen fest etabliert. Es richtet sich an Arbeits- und Betriebsmediziner:innen sowie Expert:innen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. An beiden Tagen erwartet Sie wieder ein abwechslungsreiches Programm mit aktuellen praxisrelevanten Themen und konkreten Umsetzungsempfehlungen.

**Wissenschaftliches  
Leitungsteam:**

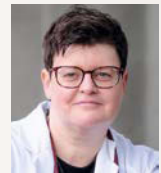


Foto: Tim Wegner

**Dr. med. Natascha Behrens**  
Leitende Betriebsärztin  
Deutsche Bundesbank,  
Frankfurt a. M.



**Dr. med. Lothar Zell**  
Ehem. Leiter Medical Services  
and Health Management  
Lufthansa Group Business  
Services, Frankfurt a. M.

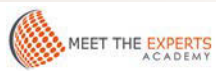


**Das Programm des HWS 2026 steht bereits online.**

Wir freuen uns schon heute auf Ihre Teilnahme und den persönlichen Austausch vor Ort!

**Tipp: Nutzen Sie Ihren exklusiven Rabatt-Code  
HWS-2026-GPK bei Online-Anmeldung!**

Anmeldung und mehr Informationen zur Veranstaltung auf  
**[www.healthy-work-summit.de](http://www.healthy-work-summit.de)**



Veranstaltungsorganisation:  
Meet The Experts Academy UG (haftungsbeschränkt)



**Veranstaltungsort:**  
Stadthalle Oberursel  
Rathausplatz 2  
61440 Oberursel

**Wissen, was wichtig ist. Ein Informationsdienst Ihrer GPK.**



Gesellschaft für medizinische Prävention und Kommunikation mbH



**[www.gpk.de](http://www.gpk.de)**