

Autor: Prof. Dr. Stephan Rixen
Dokumenttyp: Aufsatz
Quelle: 
Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG, Berlin
Fundstelle: SGb 2025, 433-438
Zitiervorschlag: Rixen, SGb 2025, 433-438

Hokuspokus oder Medizin?

Zur neueren Debatte über die Wissenschaftlichkeit besonderer Therapierichtungen (Homöopathie, anthroposophische Medizin)

Prof. Dr. Stephan Rixen



Prof. Dr. Stephan Rixen, Universität zu Köln

In jüngerer Zeit werden wieder einmal gesundheitspolitische Debatten über die Wissenschaftlichkeit besonderer Therapierichtungen (Homöopathie, anthroposophische Medizin) geführt. Deshalb ist es sinnvoll, sich die maßgeblichen gesundheitssozial- sowie verfassungsrechtlichen Parameter in Erinnerung zu rufen, die auch in den politischen Debatten beachtet werden sollten. Entscheidend ist: Den Gesetzgeber insbesondere des SGB V trifft eine Pflicht zur Ausgestaltung der Verfahren zur Feststellung der Wissenschaftlichkeit, die der Pluralität der Wissenschaft, die im Zentrum der Garantie der Wissenschaftsfreiheit steht, gerecht wird.

I. Und täglich grüßt das Murmeltier - Merkwürdigkeiten einer Debatte ohne Fortschritt

Im deutschen Sprachraum ist eine Hollywood-Komödie, die Anfang der 1990er Jahre auf die Kinoleinwand kam, unter dem Titel „Und täglich grüßt das Murmeltier“¹ bekannt. Es geht um einen Wetteransager, der vom Tag des Murmeltiers in der Kleinstadt Punxsutawney in Pennsylvania berichten soll und sich plötzlich in einer Zeitschleife wiederfindet, also jedes Mal neu diesen Tag des Murmeltiers erlebt.² In der Umgangssprache ist dieser Filmtitel, zumindest für diejenigen, die den Film kennen, zu einer Metapher für monotone Situationen geworden, die sich ständig ohne jeden Fortschritt wiederholen.

Die Metapher passt auch zu der Diskussion über besondere Therapierichtungen (insbesondere Homöopathie und anthroposophische Medizin)³, die in jüngerer Zeit wieder aufgeflackert ist⁴, aber - zumindest vorerst - beendet zu sein scheint.⁵ Nicht zuletzt eine Petition zum Deutschen Bundestag hat insofern für eine größere Wahrnehmung der Problematik gesorgt.⁶ An diese Debatte soll zunächst er-

innert werden (nachfolgend II.). Da jederzeit damit zu rechnen ist, dass sie erneut beginnt, ist es sinnvoll, die Rechtslage insbesondere die verfassungsrechtlichen Grundlagen insbesondere des SGB V in Erinnerung zu rufen (nachfolgend III.). Ein Resümee beschließt die Überlegungen (nachfolgend IV.).

II. Aktuelle Diskussion über die Wissenschaftlichkeit besonderer Therapierichtungen

1. Referentenentwurf zum GVSG

a) Fehlende Abstimmung mit den Regelungen des SGB V zu den besonderen Therapierichtungen

Der im Dezember 2023 vorgelegte Referentenentwurf⁷ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum späteren Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)⁸ enthielt eine Vorschrift, die zwar schlussendlich nicht Gesetz geworden ist, die aber die jüngere Debatte über die Wissenschaftlichkeit besonderer Therapierichtungen angefacht hat. § 11 Abs. 6 SGB V sollte folgender Satz hinzugefügt werden: „Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische Leistungen sind als zusätzliche Satzungsleistungen im Sinne dieses Absatzes ausgeschlossen.“ Diese Möglichkeit wird auch für die sog. besondere Versorgung (§ 140a SGB V) ausgeschlossen.⁹ Die Option, solche Satzungsleistungen vorzusehen, solle gestrichen werden, so die Begründung des Referentenentwurfs, „da für die Wirksamkeit entsprechender Arzneimittel und Leistungen keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz vorliegt.“¹⁰

Wieso das so ist, wird nicht erläutert oder belegt. Aus Sicht der Verfasser des Referentenentwurfs scheint sich das als offensichtlich aufzudrängen und keiner Begründung zu bedürfen, obgleich § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V statuiert: „Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen.“ In § 34 Abs. 3 Satz 2 SGB V heißt es: „Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierich

- 433 -

Rixen, SGB 2025, 433-438

- 434 -

tungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.“ Schließlich ist in § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zu lesen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB Empfehlungen abzugeben hat über „die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse *in der jeweiligen Therapierichtung*“ (kursive Hervorhebungen hinzugefügt).

Zu den besonderen Therapierichtungen zählen anerkanntermaßen die Homöopathie und die anthroposophische Medizin;¹¹ die Formulierung „jeweilige Therapierichtung“ greift dies auf.¹² Wenn das Gesetz aber deren besondere Wirkungsweise hervorhebt, dann liegt es nahe, dass begründet wird, wieso den entsprechenden Leistungen vorgeblich jede Wirkungsweise fehlt, und zwar unter Berücksichtigung der etwaigen Besonderheit der Wirkungsweise. Dieses Desiderat verstärkt sich, wenn bedacht wird, dass § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der für deutsche Normtexte üblichen Redeweise des normativ gemeinten Indikativs („sind nicht ausgeschlossen“) sagt, dass besondere Therapierichtungen nicht

ausgeschlossen werden *dürfen*. Umso mehr ist dann aber ihr Ausschluss, den der Referentenentwurf zumindest mit Blick auf Satzungsleistungen vorsieht, begründungsbedürftig.

b) Förderung der Eigenverantwortlichkeit durch Selbstzahlung?

Weiter heißt es im Referentenentwurf: „Die Nutzung von Homöopathika und Anthroposophika sowie homöopathischer Leistungen sollte daher ausschließlich auf der eigenverantwortlichen Entscheidung der Versicherten zur Finanzierung dieser Leistungen beruhen und nicht vom Versichertenkollektiv der Krankenkasse(n) getragen werden.“¹³ Das BMG scheint stillschweigend auf § 1 Satz 2 SGB V und § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu verweisen, die von der „Eigenverantwortung der Versicherten“ sprechen. Das wird zumindest bezogen auf § 2 Abs. 1 Satz 1 auch als finanzielle Eigenverantwortung verstanden.¹⁴ Wenn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aber die Eigenverantwortung der Versicherten fördert (so heißt es in § 1 Satz 2 SGB V), wie kann sie dann deren finanziell folgenreiche Eigenverantwortung fördern (die jedenfalls § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V adressiert), wenn es um Leistungen geht, denen wissenschaftliche Evidenzbasierung abgesprochen wird? Die Verwendung des Begriffs „Eigenverantwortung“ im Referentenentwurf lässt sich mit den unterschiedlichen Begriffsdimensionen des § 1 Satz 2 und § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V jedenfalls nicht ganz bruchlos in Einklang bringen.

c) Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge?

Der Referentenentwurf meint schließlich:¹⁵ „Den Krankenkassen bleibt es jedoch unbenommen, nach § 194 Absatz 1a in der Satzung die Möglichkeit zur Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge über diese Leistungen vorzusehen.“ D. h., das BMG hält es für unproblematisch, dass Krankenkassen, die solche Leistungen selbst nicht erbringen dürfen, ihren Versicherten, die ohnehin schon durch hohe, immer weiter steigende Sozialversicherungsbeiträge belastet werden¹⁶, private Versicherungsverträge vermitteln, obgleich es sich in der Logik des BMG um nach (vorgeblich) wissenschaftlicher Betrachtung wirkungslose Leistungen handelt. D. h., die Krankenkassen dürfen ihr Personal, das aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert wird, für die Vermittlung von privaten Versicherungsverträgen einsetzen, die den Versicherten nach der Logik des BMG für völlig sinnlose Leistungen Geld abverlangen. (Die Krankenkassen erhalten keine Provisionen).¹⁷

Es fällt schwer zu erkennen, wie das vom gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen gedeckt sein soll, die gesundheitliche Eigenkompetenz der Versicherten zu fördern (§ 1 Satz 2 SGB V). Die Kompetenz der Versicherten würde ersichtlich dadurch gefördert, den Versicherten zu sagen, dass die Krankenkassen diese Leistungen für unwissenschaftlichen Hokusfokus halten. § 194 Abs. 1a Satz 1 SGB V besagt ausdrücklich, dass Gegenstand dieser Verträge alle Leistungen sein können - aber auch nur diese -, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz *ergänzen*. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu: „Eine Vermittlung von Versicherungsverträgen, die keinen Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung aufweisen, ist daher nicht zulässig.“¹⁸ Ob es hierfür ausreicht, dass überhaupt ein Gesundheitsbezug besteht, ist umstritten. Eine strenge Betrachtung schließt den Ergänzungscharakter aus, wenn es um Leistungen geht, die nach dem SGB V ausgeschlossen sind.¹⁹ Das BMG sieht das ersichtlich anders.

Die Lage verschärft sich unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit.²⁰ Der Kreis der Pflichtversicherten wird durch die ständige Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze schleichend einer „Bürgerversicherung“ angeglichen.²¹ Außerdem steigen die Beiträge, wie schon erwähnt, deutlich und nehmen „Normalverdienern“ zunehmend das durch Kostensteigerungen bei der allgemeinen Lebenshaltung ohnehin reduzierte Realeinkommen. Für den Großteil der Versicherten wird es nach ihrer Einkommenslage daher kaum möglich sein, private Zusatzversicherungsverträge zu schließen. Das dürfte,

jedenfalls bei typisierender Betrachtung, in aller Regel nur für die Personen mit vergleichsweise hohem Einkommen in Frage kommen, die sich zunehmend mittels der Anhebung der Jahresbeitragsentgeltgrenze in der GKV wiederfinden und die möglicherweise nach ihrem Persönlichkeitsprofil, das sich in bestimmten (häufig auf akademischer Ausbildung beruhenden) Berufen niederschlägt, Präferenzen für besondere Therapierichtungen haben. Aber auch andere Versicherte, die trotz geringeren Einkommens etwa aufgrund subjektiv guter Erfahrungen besondere Therapierichtungen schätzen, werden geneigt sein, die Aufwendungen für private Krankenversicherungsverträge zu tätigen. D. h., die Krankenkasse vermittelt private Kran

- 434 -

Rixen, SGB 2025, 433-438

- 435 -

kenversicherungsverträge, die aus Sicht des BMG nichts als herausgeworfenes Geld sind, was gerade Versicherte mit geringerem Einkommen regelmäßig stärker belastet als Versicherte mit höherem Einkommen, das selbst dann noch höher ist, wenn man die sie treffende höhere Beitragslast berücksichtigt.

Zusammengefasst: Der Referentenentwurf berücksichtigt die spezifischen Wirkungscharakteristika besonderer Therapierichtungen, die das SGB V anerkennt, nicht, und verweist in fragwürdiger Weise auf die Möglichkeit, private Zusatzversicherungsverträge für Homöopathie oder anthroposophische Medizin abzuschließen, was nach den Wirkungsannahmen des BMG bezüglich der besonderen Therapierichtungen sinnlos ist und somit, zumal unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit, zur unnötigen finanziellen Belastung von GKV-Versicherten führt.

2. Beschluss des Deutschen Ärztetages 2024

a) Wesentliche Aspekte des Beschlusses

Im Mai 2025 hat der Deutsche Ärztetag unter der Überschrift „Fehlende Evidenz für Homöopathie-Anwendung und Beendigung der Sonderstellung in Abrechnungssystemen“ beschlossen:²²

„1. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 stellt fest, dass die Anwendung von Homöopathie in Diagnostik und Therapie in der Regel keine mit rationaler Medizin, dem Gebot der bestmöglichen Behandlung sowie einem angemessenen Verständnis medizinischer Verantwortung und ärztlicher Ethik vereinbare Option darstellt.

2. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Maßnahmen dahingehend zu ergreifen, dass Homöopathie weder als Kassenleistung zur Abrechnung kommen kann noch als Entität mit Sonderstatus in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Erwähnung findet.

3. Die rechtliche Bewertung von Homöopathika als Arzneimittel, einhergehend mit einer Apothekenpflicht, soll beendet werden. Eine Revision der Arzneimitteleigenschaft von Homöopathika und der Binnen-Konsens-Regelung im Arzneimittelgesetz (AMG) ist erforderlich.“

In einer längeren Begründung wird auf einen vorgeblichen wissenschaftlichen Konsens verwiesen, der die Unwissenschaftlichkeit der besonderen Therapierichtungen belege. Eine gegenteilige „Fehl-wahrnehmung“ insbesondere hinsichtlich der Homöopathie sei insbesondere durch die (vermeintliche) Bevorzugung entsprechender Arzneimittel im Arzneimittelrecht befördert worden, wonach die Wirk-

samkeit auf der „Grundlage des sogenannten Binnenkonsenses“, also immer aus der Binnenperspektive der jeweiligen Therapierichtung erfolgen müsse.²³ „Homöopathie-Anwendung ist nicht mit den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin bzw. der Notwendigkeit, ärztliche Entscheidungen auf dem größtmöglichen Wissensstand beruhen zu lassen, vereinbar und kann keine erstattungsfähige ärztliche Leistung sein. Ihr fehlt eine belastbare Gesamtevidenz, sie ist als pseudomedizinische Methode zu betrachten.“ „Homöopathiewirkungen beruhen auf Kontexteffekten, z. B. auch dem Placebo-Effekt.“ „Pseudomedizinische Methoden wie die Homöopathie gehören nicht in ärztliche Hände.“ „Durch ihre Anwendung durch Ärztinnen und Ärzte wird das notwendige Vertrauen in die Medizin als Fachgebiet sowie die Wissenschaft allgemein untergraben. Allgemeine Wissenschafts-Skepsis stellt ein Problem für die vielfältigen Herausforderungen dar, vor denen unsere Gesellschaft heutzutage steht.“

b) Bewertung

Konkrete Literaturhinweise zur (vorgeblich) fehlenden wissenschaftliche „Gesamtevidenz“ oder zu (vermeintlichen) Kontexteffekten fehlen. Die fehlende Unwissenschaftlichkeit wird behauptet, nicht belegt. Was eigentlich genau und wieso mit Wissenschaftlichkeit gemeint ist, bleibt offen.

Die Kritik an der Homöopathie wird mit allgemeinen gesellschaftlichen Problemen verbunden, vor allem einer vorgeblich vorherrschenden Wissenschaftsskepsis, die sich auch gegen die Medizin richtet. Das Vertrauen in sie werde, so die Logik der Beschlussbegründung, durch die Befürwortung der Homöopathie, untergraben und habe Folgen für „unsere Gesellschaft“. Die ganzen Ausführungen sind ebenso deutungssoffen wie andeutungsreich.

Die insinuierte Gefährdung des Vertrauens in die medizinische Wissenschaft, das mit Folgen für die gesamte Gesellschaft „untergraben“ werde, gibt der Befürwortung der Homöopathie fast etwas Gemeingefährliches, Assoziationen zu Querdenken, Alu-Hüten und „Corona-Leugnern“²⁴ liegen nicht fern. Der Beschluss richtet sich nur gegen die Homöopathie, nicht gegen die anthroposophische Medizin. Wo es Übergänge geben sollte, wäre allerdings auch sie betroffen.

III. Verfassungsrechtliche Pflicht zur Gewährleistung wissenschaftlicher Pluralität in der Gesundheitsversorgung

1. Wissenschaftsfreiheit

a) Wissenschaftsfreiheit durch Selbstbeobachtung des Wissenschaftsbetriebs

Ausgangspunkt der Betrachtung muss die Wissenschaftsfreiheit (Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG) sein.²⁵ Nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG erschöpft sich das Grundrecht nicht

„in einer auf wissenschaftliche Institutionen und Berufe bezogenen Gewährleistung der Funktionsbedingungen professionell betriebener Wissenschaft. Als Abwehrrecht sichert es vielmehr jedem, der sich wissenschaftlich betätigt, Freiheit von staatlicher Beschränkung zu [...]. Gegenstand dieser Freiheit sind vor allem die auf wissenschaftlicher Eigengesetzlichkeit beruhenden Prozesse, Verhaltensweisen und Entscheidungen bei der Suche nach Erkenntnissen, ihrer Deutung [...] und Weitergabe. Damit sich die Wissenschaft ungehindert an dem für sie kennzeichnenden Bemühen um Wahrheit ausrichten kann, ist sie zu einem von staatlicher Fremdbestimmung freien Bereich autonomer Verantwortung erklärt worden [...]. Jeder, der wissenschaftlich tätig ist, genießt daher Schutz vor staatlichen Einwirkungen auf den Prozeß der Gewinnung und Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse.“²⁶

Das klingt teilweise nach einer unergiebigem, tautologischen Definition - Wissenschaft ist, was Wissenschaftler/innen tun -, die

aber gleichwohl den Weg weist: Was als wissenschaftliche Forschung praktiziert wird - alle auf „wissenschaftlicher Eigengesetzlichkeit beruhenden Prozesse, Verhaltensweisen und Entscheidungen“ -, ist Wissenschaft, was voraussetzt, die Personen und organisatorischen Zusammenhänge in den Blick zu nehmen, die einem bestimmten Konzept von wissenschaftlichem Arbeiten folgen und es umsetzen.

b) Wissenschaft als strukturierter, aber offener Prozess der Wissensgewinnung

Hierbei ist zu beachten, so das BVerfG, dass Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG „nicht eine bestimmte Auffassung von Wissenschaft oder eine *bestimmte* Wissenschaftstheorie“²⁷ schützt; das

„wäre mit der prinzipiellen Unvollständigkeit und Unabgeschlossenheit unvereinbar, die der Wissenschaft trotz des für sie *konstitutiven Wahrheitsbezugs* eignet [...]. Der Schutz dieses Grundrechts hängt weder von der Richtigkeit der Methoden und Ergebnisse ab noch von der Stichhaltigkeit der Argumentation und Beweisführung oder der Vollständigkeit der Gesichtspunkte und Belege, die einem wissenschaftlichen Werk zugrunde liegen. Über gute und schlechte Wissenschaft, Wahrheit oder Unwahrheit von Ergebnissen kann nur wissenschaftlich geurteilt werden [...]; Auffassungen, die sich in der *wissenschaftlichen Diskussion* durchgesetzt haben, bleiben der Revision und dem Wandel unterworfen. Die Wissenschaftsfreiheit schützt daher auch *Mindermeinungen* sowie Forschungsansätze und -Ergebnisse, die sich als irrig oder fehlerhaft erweisen. Ebenso genießt *unorthodoxes* oder intuitives *Vorgehen* den Schutz des Grundrechts. Voraussetzung ist nur, daß es sich dabei um Wissenschaft handelt; darunter fällt alles, was *nach Inhalt und Form als ernsthafter Versuch zur Ermittlung von Wahrheit* anzusehen ist [...].“²⁸

Diese Ausführungen sind ein Votum für die Pluralität der Wissenschaft. Es mag herrschende, „orthodoxe“ Ansichten geben, aber diese können zu Mindermeinungen werden, also von vormals „unorthodoxen“ Auffassungen abgelöst werden, sie können irgendwann sogar als abwegig gelten, weil dies die wissenschaftliche Diskussion ergibt, die sich im Laufe der Zeit verändert kann, denn die Gewinnung von Wissen vollzieht sich in einem konstitutiv offenen Prozess. Entscheidend kommt es auf den Wahrheitsbezug an, der nicht *allein* auf die Intention der Personen abstellt²⁹, sondern vor allem nach „Inhalt und Form“ als seriöser Versuch der Ermittlung von Wahrheit gelten kann. „Inhalt und Form“ spielt auf die Kommunikationsgegenstände und -modalitäten an, die mit Blick auf einen bestimmten Forschungsgegenstand nach der „Selbstdefinition wissenschaftlicher Standards durch die Wissenschaft“³⁰ als angemessene, nämlich wissenschaftsadäquate Thematisierung gelten kann. Hierbei spielt insbesondere die Überprüfbarkeit von empirisch-experimentellen Tests eine Rolle oder die Nachvollziehbarkeit von Aussagen anhand denkerischer Strukturierungsleistungen, die die notwendige Distanz zu bloßen Meinungsäußerungen sicherstellen (bspw. Logik, argumentative Kohärenz, Schlüssigkeit einer Theorie), wobei nicht übermäßig strenge, sondern Mindeststandards rationaler Argumentation zugrunde zu legen sind.³¹

Auch Fehler nehmen einem Werk nicht die Wissenschaftsqualität. Das liegt in der Struktur von Wissenschaft als eines fortschreitenden Kommunikationsprozesses, der sich dem kritischen Urteil anderer aussetzt, die ggf. Ungenauigkeiten, „Einseitigkeiten und Lücken“³² benennen oder darauf hinweisen,

dass „gegenteilige Auffassungen unzureichend berücksichtigt“³³ worden seien. Dem Bereich der Wissenschaft ist ein Werk

„erst dann entzogen, wenn es den Anspruch von Wissenschaftlichkeit nicht nur im einzelnen oder nach der Definition bestimmter Schulen, sondern *systematisch* verfehlt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es nicht auf Wahrheitserkenntnis gerichtet ist, sondern vorgefaßten Meinungen oder Ergebnissen lediglich den Anschein wissenschaftlicher Gewinnung oder Nachweisbarkeit verleiht. Dafür kann die *systematische Ausblendung von Fakten, Quellen, Ansichten und Ergebnissen, die die Auffassung des Autors in Frage stellen, ein Indiz sein*. Dagegen genügt es nicht, daß einem Werk in innerwissenschaftlichen Kontroversen zwischen verschiedenen inhaltlichen oder methodischen Richtungen die *Wissenschaftlichkeit bestritten* wird.“³⁴

c) Folgerungen für die Debatte über die besonderen Therapierichtungen

Bezogen auf die Debatte über die vorgebliche Unwissenschaftlichkeit der besonderen Therapierichtungen bedeutet dies: Solange sich insbesondere, aber nicht nur an Hochschulen, Universitätskliniken, außerhochschulischen Forschungseinrichtungen oder anderen (etwa projektartig betriebenen) Forschungsstätten Personen mit wissenschaftlicher Ausbildung und in Auseinandersetzung mit den aktuellen Debatten bestimmten Gegenständen (Homöopathie, anthroposophische Medizin) mithilfe bestimmter Forschungsansätze (einschließlich bestimmter wissenschafts- und erkenntnistheoretischer Vorannahmen) und Methoden widmen, betreiben sie im verfassungsrechtlichen Sinne Wissenschaft.

Ein Staat, der solchen Personen oder Organisationen die Wissenschaftlichkeit ihrer Erkenntnisse abspricht, greift in die Wissenschaftsfreiheit ein. „Eingriff“ ist jede dem Staat zuzurechnende Maßnahme, die die Ausübung einer im Schutzbereich eines Grundrechts liegenden Verhaltensweise verunmöglicht oder erschwert.³⁵ Ein Eingriff kann darin liegen, dass kraft einer Rechtsnorm, durch tatsächliche Verhältnisse oder durch ein Zusammenwirken rechtlicher und tatsächlicher Effekte bestimmte wissenschaftliche Positionen Nachteilen ausgesetzt werden, etwa derart, dass wissenschaftliche Ansichten, z. B. aufgrund eines staatlich-rechtlichen Regelungskontextes, unterschiedlichen Wirkungschancen ausgesetzt sind. Das kann bspw. in der Weise geschehen, dass der Zugang zu Bereichen staatlicher Leistungen erschwert wird³⁶, deren Gewährung nicht auf eine bestimmte wissenschaftliche Position gestützt werden darf, während sie gewährt werden dürfen, wenn die in Rede stehenden staatlichen

- 436 -

Rixen, SGB 2025, 433-438

- 437 -

Leistungen (etwa Sozialleistungen nach dem SGB V)³⁷ auf eine andere wissenschaftliche Position gestützt werden dürfen, diese also für die Gewährung staatlicher Leistungen präjudizierend wirkt. Insofern hat Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG auch eine (vom Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG zu unterscheidende, als *lex specialis* vorrangige) Teilhabedimension³⁸, weil sie die faire Teilhabe unterschiedlicher wissenschaftlicher Positionen an einer staatlich-rechtlich Infrastruktur der Gesundheitsgewährleistung, der GKV, gewährleistet.

2. Pflicht zur gesundheitssystembezogenen Ausgestaltung der Wissenschaftsfreiheit

Eingriffe können vermieden werden bzw. bedürfen der Rechtfertigung. Dem Staat ist ebenso wie bei der Kunst ein „Wissenschaftsrichtertum“³⁹ verwehrt, ihn trifft eine Neutralitätspflicht⁴⁰, er darf also nicht die Güte oder Relevanz von Wissenschaft selbst bestimmen. Demgemäß können unverhältnismäßige, also verfassungswidrige Eingriffe nur dann vermieden werden, wenn der Staat in dem Bereich staatlicher Leistungen, um den es geht, einen fairen Wettbewerb der wissenschaftlichen Ansichten organisiert. Insoweit geht es - als objektivrechtlicher Aspekt des Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG - um die Sicherung der Funktionsfähigkeit der Wissenschaft.⁴¹ Wegen des sog. „Wissenschaftsgebot[s]“⁴², das insbesondere für die GKV wesentlich ist (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V), ist die Funktionsfähigkeit der Wissenschaft zugleich eine Funktionsbedingung des Gesundheitswesens, namentlich der GKV.

Das folgt aus der Bedeutung von Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG, der nicht nur ein subjektives Freiheitsrecht gewährt, sondern zugleich eine „objektive Grundsatznorm für den Bereich der Wissenschaft“⁴³ ist. Sie hält auch dazu, dass die Pluralität der Wissenschaft effektiv gewährleistet wird, indem in einer staatlich-rechtlich geschaffenen Infrastruktur wie der GKV die faire Teilhabe wissenschaftlicher Auffassungen an der Leistungsgewährung durch organisatorische sowie verfahrensmäßige Vorkehrungen⁴⁴ mit effektiv pluralitätssicherndem Effekt sichergestellt wird.

Wo der Staat die Zuteilung staatlicher Leistungen von deren wissenschaftlicher Qualität abhängig macht, muss er folglich dafür sorgen, dass die Pluralität der für den in Rede stehenden Gegenstandsbereich relevanten wissenschaftlichen Aussagen gewährleistet wird. Die unterschiedlichen, im Wissenschaftsbetrieb anzutreffenden wissenschaftlichen Positionen müssen also die gleiche Chance haben, ihre Plausibilität darzutun.

3. Folgen für das Gesundheitswesen, insb. die GKV

a) Einfachgesetzliche Anerkennung der Wissenschaftsfreiheit insb. im SGB V

Gemessen daran ist festzustellen, dass die Normen des SGB V wie § 2 Abs. 1 Satz 2, § 34 Abs. 3 Satz 2 SGB V und § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, die sich auf die besonderen Therapierichtungen beziehen, einfachgesetzliche Konkretisierungen der Wissenschaftsfreiheit (Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG) sind. Sie tragen dem Umstand Rechnung, dass es nicht nur in der Versorgungsrealität des Gesundheitswesens⁴⁵, sondern - vorgelagert - wissenschaftliche Forschungsanstrengungen gibt, die die Eigenheiten der Wirkweise dieser Therapierichtungen eingedenk ihres wissenschafts- bzw. erkenntnistheoretischen Vorverständnisses erforschen.⁴⁶ Indem das SGB V diese besonderen Therapierichtungen anerkennt, schafft es keineswegs eine Sonderwelt, in der die Standards der medizinischen Wissenschaft keine Geltung hätten. Im Gegenteil - dies verkennt insbesondere der Deutsche Ärztetag mit seinem Beschluss - werden dadurch die auch ansonsten geltenden

„Kriterien der Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäß § 12 Abs. 1 SGB V [...] nicht aufgehoben oder relativiert. Das gilt auch für die gesetzliche Vorgabe, daß Qualität und Wirksamkeit der zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben (§ 2 Abs. 1, § 70 Abs. 1 SGB V). Unberührt bleibt ferner die gesetzliche Vorgabe, daß die Bewertung nach dem ‚jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse‘ erfolgen muß (§ 135 Abs. 1 Nr. 1 SGB V [...]). Die zur Beurteilung anstehenden Verfahren sind somit auf der Grundlage nachvollziehbarer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu bewerten. Dabei sind die für die jeweilige Therapierichtung gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse einzubeziehen.“⁴⁷

Freilich, dies ist zu betonen, müssen hierbei Maßstäbe zugrunde gelegt werden, die nicht bestimmte wissenschaftliche Ansätze und Methoden bevorzugen oder benachteiligen. Vielmehr ist möglichst weitgehend ein übergreifender Maßstab (einschließlich übergreifender Leitbegriffe und Leitunterscheidungen) zugrunde zu legen. Er muss allerdings differenziert ausgestaltet sein, damit er den unterschiedlichen Forschungsansätzen und Methoden gerecht wird, also weder verfrüht eine vermeintliche Unvergleichbarkeit statuiert noch bei der Statuierung von Vergleichsparametern unter der Hand doch wieder einen Ansatz oder eine Methode bevorzugt bzw. benachteiligt.

Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass die Normen des SGB V, die den Wissenschafts-, den Wirtschaftlichkeits- und den Qualitätsgrundsatz normieren⁴⁸, von vornherein so offen angelegt sind, dass unterschiedliche Forschungsansätze und -methoden unter einem weiten begrifflichen Dach gleichermaßen Beachtung finden können.

- 437 -

Rixen, SGB 2025, 433-438

- 438 -

b) Grundsätze der evidenzbasierten Medizin (ebM) und besondere Therapierichtungen

Eine besondere Herausforderung ist allerdings die diesen grundrechtliche Vorgaben genügende Konkretisierung durch die sog. Grundsätze der evidenzbasierten Medizin (ebM). Bereits wiederholt ist moniert worden, dass in der Praxis der GKV, namentlich des G-BA, die Grundsätze der ebM nicht korrekt angewandt werden.⁴⁹ Kern der Kritik ist das Monitum, dass nicht alle Evidenzstufen ernst genommen werden, sondern mindestens unter der Hand, aber durchaus auch offen die höheren Evidenzstufen, namentlich die Evidenzstufe I, zur ausschließlich relevanten Evidenzstufe erklärt werden, also die übrigen Evidenzstufen, namentlich die Evidenzstufen IV und V⁵⁰, faktisch als irrelevant gelten, mögen sie auch pro forma nicht abgeschafft sein. Eine den besonderen Therapierichtungen gerecht werdende Handhabung der ebM-Grundsätze muss folglich alle Evidenzstufen beachten, was freilich misslingt, wenn „Erfahrungswissen“ pauschal als unerheblich abgetan wird. Zur Erinnerung: Evidenzstufe V betrifft „Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen“, Evidenzstufe IV erfasst „Fallserien und andere nicht vergleichende Studien“. Es geht hierbei ersichtlich (auch) um fallorientiert gewonnenes Erfahrungswissen, das den Ausgangspunkt für weitere Forschungen und Erkenntnisse bildet. Wer die Aussagekraft dieser grundlegenden Evidenzstufen in Frage stellt, verkennt das rechtlich ausgeformte System der ebM-Grundsätze, handelt also rechtswidrig.

Allerdings muss das Modell der Evidenzstufen mit Blick auf die besonderen Therapierichtungen differenziert weiterentwickelt werden.⁵¹ Das setzt Operationalisierungen voraus, die den spezifischen Forschungsansätzen und den etwaigen besonderen Methoden - und damit dem spezifischen wissenschaftlichen Profil der Wirkungsmessung und -bewertung - Rechnung tragen. Wie schon erwähnt, sind die Wirkungsmodelle, soweit möglich, so zu operationalisieren, dass möglichst alle Forschungsansätze und -methoden vergleichbar werden, wobei ein stillschweigender Bias zulasten der besonderen Forschungsrichtungen vermieden werden muss.

Den Gesetzgeber des SGB V und ggf. ergänzend auch des AMG trifft insoweit kraft Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG eine *Pflicht zur therapierichtungsdifferenzierten und diskriminierungsfreien Ausgestaltung und*

Handhabung der ebM-Grundsätze. Das der SGB V-Gesetzgeber dieser Pflicht bislang schon hinreichend nachgekommen ist, ist nicht erkennbar. Das gilt auch mit Blick auf Institute (wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG), in denen sich gesundheitsökonomische Modelle von ebM, die mit dem gesetzlich festgelegten Modell womöglich nicht in jeder Hinsicht übereinstimmen, verselbstständigt zu haben scheinen.⁵²

Das AMG kennt zwar ebenfalls Vorkehrungen, die der Eigenart spezifischer Therapierichtungen Rechnung tragen sollen, aber auch insoweit sollte der Gesetzgeber prüfen, ob das Normprogramm des AMG⁵³ präzisiert werden muss, um die pluralitätsgewährleistende Handhabung der Normen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu optimieren.

c) Pluralitätssicherung durch Verfahren und Organisation

Aus Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG als Pflicht zur Pluralitätsgewährleistung gehört auch eine Gremienbesetzung, insbesondere im Rahmen des G-BA, die sicherstellt, dass Personen an der Bewertung der Wissenschaftlichkeit beteiligt sind, bei denen einerseits der Anschein der Befangenheit ausgeschlossen werden kann, andererseits aber eine hinreichende Vertrautheit mit den Forschungsansätzen und -methoden besteht, die im Kontext der besonderen Therapierichtungen wie der Homöopathie oder der anthroposophischen Medizin zugrunde gelegt bzw. angewandt werden. Insofern folgt aus der verfahrensrechtlichen Dimension der Wissenschaftsfreiheit⁵⁴, dass Bewertungsverfahren in einer Weise - auch durch die personelle Besetzung von Beratungs- oder (Vor-)Entscheidungsgremien - ausgestaltet werden müssen, dass der Pluralität der medizinischen Wissenschaft effektiv Rechnung getragen ist.

IV. Resümee und Ausblick

Den Gesetzgeber des SGB V (und auch des AMG) trifft ein zentraler Auftrag, der zwei miteinander verbundene Dimensionen hat: Einerseits muss der Gesetzgeber für einen verlässlichen Regelungsrahmen sorgen, der die Pluralität medizinwissenschaftlicher Konzepte und Methoden in der Gesundheitsversorgung sichert. Andererseits muss der Gesetzgeber durch Regeln, die einen fairen wissenschaftlichen Austausch sichern, der Hermeneutik des Verdachts entgegentreten, der bestimmte wissenschaftliche Konzepte und Methoden in gesetzes- und verfassungswidriger Weise als unwissenschaftlich brandmarkt. Sie verschafft den Kräften, die diese antiplurale Abwertung betreiben, in wissenschaftlichen Diskursen - und nicht zuletzt auch ökonomisch - Vorteile. Da die Pluralität der Wissenschaft im Zentrum der Garantie der Wissenschaftsfreiheit steht, schwächen Stimmen, die diese Pluralität in Abrede stellen, letztlich die Wissenschaft(sfreiheit) und tragen genau zu jener Wissenschaftskepsis bei, die von ihnen beklagt wird.

Der Gesetzgeber sollte auf Basis der im SGB V (und auch im AMG) zu Recht erfolgten - weil wissenschaftsfreiheitssensiblen - Anerkennung der besonderen Therapierichtungen die bestehenden Normprogramme und prozedural-organisatorischen Rahmenbedingungen, unter denen die Wissenschaftlichkeit überprüft wird, prüfen und die Gewährleistung der Pluralität der Wissenschaft weiter verbessern, insbesondere durch die differenzierte Weiterentwicklung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin. Wenn dies gelingt, dann ist zu hoffen, dass der eingangs erwähnte Effekt („Und täglich grüßt das Murmeltier“), also die permanente Wiederholung unergiebigere Debatten über die Wissenschaftlichkeit der besonderen Therapierichtungen, ein Ende findet.

Fußnoten

- 1) Englischer Originaltitel: Groundhog Day.

- 2) Informationen unter https://de.wikipedia.org/wiki/Und_taglich_grust_das_Murmeltier (letzter Abruf am 23. 6. 2025).
- 3) Hierzu Benedix, Die besonderen Therapierichtungen und der Neutralitäts- und Objektivitätsanspruch des Staates (2017), S. 99 ff., S. 119 ff.
- 4) S. insb. Moreno, SGB 2024, 210 ff.
- 5) Der Beitrag geht nicht auf einen Gutachtenauftrag zurück, das sei zur Vermeidung von Missverständnissen betont. Grund für den Beitrag ist das Interesse an der Fragestellung, wie wissenschaftliche Pluralität (auch im Gesundheitswesen) organisiert bzw. gewährleistet werden kann, zum Problem schon Kersten/Rixen, Der Verfassungsstaat in der Corona-Krise, 3. Aufl. 2022, S. 398 ff.; außerdem Rixen, AÖR 150 (2025), 63 ff.
- 6) Petition (ID 162857) v. 27. 1. 2024 wendet sich gegen den sogleich näher zu betrachtenden Vorschlag im BMG-Referentenentwurf v. 19. 12. 2023, die Petition ist abrufbar unter https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2024/_01/_27/Petition_162857.nc.htmldazu (letzter Abruf am 23. 6. 2025); zur Beratung im Petitionsausschuss <http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw23-pa-petitionen-homoeopathie-1004130> (letzter Abruf am 23. 6. 2025).
- 7) Referentenentwurf v. 19. 12. 2023, abrufbar unter https://ghsl.de/wp-content/uploads/2024/02/GSVG_Referentenentwurf2024.pdf (letzter Abruf am 23. 6. 2025). Es handelt sich um die private Homepage einer (dem Verf. unbekannt) Arztpraxis. Auf der Homepage des BMG war diese Fassung des Referentenentwurfs, soweit ersichtlich, nicht mehr verfügbar, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gvsg.html> (letzter Abruf am 23. 6. 2025).
- 8) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstarkungsgesetz - GVSG) v. 25. 2. 2025 (BGBl. I 2025, Nr. 64).
- 9) Referentenentwurf v. 19. 12. 2023, S. 45 (§ 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V i. V. m. mit § 11 Abs. 6 i. d. F. des Referentenentwurfs).
- 10) Referentenentwurf v. 19. 12. 2023, S. 30; s. auch S. 45: „Für die Wirksamkeit entsprechender Arzneimittel und Leistungen liegt keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz vor.“
- 11)

- BSG, Urt. v. 22. 3. 2005 - B 1 A 1/03 R, BSGE 94, 221 = SGB 2006, 157 (Kurz wiedergabe), juris Rn. 40; Schumacher, Alternativmedizin - Arzthaftungsrechtliche, arzneimittelrechtliche und sozialrechtliche Grenzen ärztlicher Therapiefreiheit (2017), S. 26 ff., S. 29 ff.; s. ferner statt aller Scholz in Becker/Kingreen, SGB V, Kommentar, 9. Aufl. 2024, § 2 Rn. 11.
- 12) Die Begr. zu § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. d. F. des 2. GKV-NOG v. 23. 6. 1997 (BGBl. I, S. 1520) nennt ausdrücklich die „besonderen Therapierichtungen“, BT-Drucks. 13/7264, S. 69.
- 13) Referentenentwurf v. 19. 12. 2023, S. 45.
- 14) Rixen, Eigenverantwortung im Gesundheitssozialrecht - Zwischen gesundheitspolitischer Forderung und positivrechtlicher Umsetzung, in: Weilert (Hg.), Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat - Interdisziplinäre Zugänge, Nomos Verlagsgesellschaft (2015), S. 331 (332 ff.).
- 15) Referentenentwurf v. 19. 12. 2023, S. 45.
- 16) Informationen für die Zeit zwischen 1995 und 2025 unter https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbll8.pdf (letzter Abruf am 23. 6. 2025).
- 17) Bundesversicherungsamt (heute: Bundesamt für Soziale Sicherung), Schreiben v. 8. 3. 2004 (Az. I 1 - 4982 -3810/2003), S. 4. Nr. 6, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/Rundschreiben/Rundschreiben05.pdf> (letzter Abruf am 23. 6. 2025).
- 18) Begr. zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) v. 14. 11. 2003 (BGBl. I, S. 2190), BT-Drucks. 15/1525, S. 138.
- 19) Rixen, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht am Beispiel des Leistungserbringerrechts der gesetzlichen Krankenversicherung (2005), S. 141 f.
- 20) Zu diesem Thema allg. Rixen, SGB 2023, 137 (142 ff.).
- 21) So die insoweit zutreffende Kritik des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, Stellungnahme v. 3. 9. 2024, <https://www.pkv.de/positionen/referentenentwurf-einer-verordnung-ue->

- ber-massgebende-rechengroessen-der-sozialversicherung-fuer-2025/ (letzter Abruf am 23. 6. 2025).
- 22) Beschlussprotokoll 128. Deutscher Ärztetag 2024, TOP Ic-126, S. 60-62, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/128.DAET/2024-05-10_Beschlussprotokoll_neu.pdf (letzter Abruf am 23. 6. 2025).
- 23) Hierzu - dies wird in dem Beschluss bzw. der Begründung zum Beschluss nicht zitiert - Benedix, Die besonderen Therapierichtungen und der Neutralitäts- und Objektivitätsanspruch des Staates (2017), S. 124 f. m. w. N.
- 24) Zur Problematik dieses Begriffs Kersten/Rixen, Der Verfassungsstaat in der Corona-Krise, 3. Aufl. 2022, S. 400.
- 25) Hierzu auch Benedix, Die besonderen Therapierichtungen und der Neutralitäts- und Objektivitätsanspruch des Staates (2017), S. 73 ff.; ferner Zuck, Homöopathie und Verfassungsrecht (2004), Rn. 86 ff., Rn. 322; Zuck, Das Recht der anthroposophischen Medizin, 2. Aufl. 2012, S. 108; Abgrenzung der ärztlichen Therapiefreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) von der Wissenschaftsfreiheit Schumacher, Alternativmedizin - Arzthaftungsrechtliche, arzneimittelrechtliche und sozialrechtliche Grenzen ärztlicher Therapiefreiheit (2017), S. 47.
- 26) BVerfG, Beschl. v. 11. 1. 1994 - 1 BvR 434/87, BVerfGE 90, 1 (11 f.).
- 27) BVerfG, Beschl. v. 11. 1. 1994 - 1 BvR 434/87, BVerfGE 90, 1 (12) - kursive Hervorhebung hinzugefügt.
- 28) BVerfG, Beschl. v. 11. 1. 1994 - 1 BvR 434/87, BVerfGE 90, 1 (12) - kursive Hervorhebungen hinzugefügt.
- 29) BVerfG, Beschl. v. 11. 1. 1994 - 1 BvR 434/87, BVerfGE 90, 1 (12): „Aus der Offenheit und Wandelbarkeit von Wissenschaft, von der der Wissenschaftsbegriff des Grundgesetzes ausgeht, folgt aber nicht, daß eine Veröffentlichung schon deshalb als wissenschaftlich zu gelten hat, weil ihr Autor sie als wissenschaftlich ansieht oder bezeichnet. Denn die Einordnung unter die Wissenschaftsfreiheit [...], kann nicht allein von der Beurteilung desjenigen abhängen, der das Grundrecht für sich in Anspruch nimmt.“
- 30) BVerfG, Beschl. v. 11. 1. 1994 - 1 BvR 434/87, BVerfGE 90, 1 (13).

- 31) Gärditz in Dürig/Herzog/Scholz, GG, Kommentar (Stand: Oktober 2024), Art. 5 Abs. 3 Rn. 77 f.
- 32) BVerfG, Beschl. v. 11. 1. 1994 - 1 BvR 434/87, BVerfGE 90, 1 (13).
- 33) BVerfG, Beschl. v. 11. 1. 1994 - 1 BvR 434/87, BVerfGE 90, 1 (13).
- 34) BVerfG, Beschl. v. 11. 1. 1994 - 1 BvR 434/87, BVerfGE 90, 1 (13) - kursive Hervorhebungen hinzugefügt.
- 35) Zum sog. modernen Eingriffsbegriff s. nur Kingreen/Poscher, Grundrechte - Staatsrecht II, 40. Aufl. 2024, Rn. 338 ff.
- 36) Allg. hierzu Gärditz in Dürig/Herzog/Scholz, GG, Kommentar (Stand: Oktober 2024), Art. 5 Abs. 3 Rn. 145 ff.
- 37) Auch sie sind in einem grundrechtlich relevanten Sinne (Art. 1 Abs. 3 GG) staatliche Leistungen, denn die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 4 Abs. 1 SGB V) sind gleichsam ein Stück Staat.
- 38) Allg. zur Teilhabedimension Gärditz in Dürig/Herzog/Scholz, GG, Kommentar (Stand: Oktober 2024), Art. 5 Abs. 3 Rn. 259 ff.
- 39) In Anlehnung an den insb. in der älteren Rspr. verwendeten Begriff des (verbotenen) „Kunst-richtertums“, s. etwa BAG, Urt. v. 18. 4. 1984 - 4 AZR 212/83, BAGE 45, 340 = NJW 1985, 2154 (2155), auch im Original in Anführungszeichen; s. aber auch LG Köln, Urt. v. 2. 3. 2016 - 28 O 373/15, juris Rn. 33.
- 40) BSG, Urt. v. 16. 9. 1997 - 1 RK 28/95, BSGE 81, 54 = SGB 1999, 31, juris Rn. 42: „Das Verbot des Ausschlusses von Methoden der besonderen Therapierichtungen ist Ausdruck der Neutralität des Staates gegenüber unterschiedlichen wissenschaftlichen Ansätzen, die in der Bevölkerung - auch aufgrund ihrer weltanschaulichen Prägung - breite Resonanz gefunden haben.“
- 41) Hierzu allg. Gärditz in Dürig/Herzog/Scholz, GG, Kommentar (Stand: Oktober 2024), Art. 5 Abs. 3 Rn. 152.
- 42)

- BSG, Urt. v. 15. 3. 2012 - B 3 KR 2/11 R, NZS 2012, 740 (743 [Rn. 22]) = SGB 2012, 272 (Kurz-wiedergabe).
- 43) BVerfG, Beschl. v. 11. 1. 1994 - 1 BvR 434/87, BVerfGE 90, 1 (11).
- 44) Zu Organisation und Verfahren als Schutzdimensionen der Wissenschaftsfreiheit näher Gärditz in Dürig/Herzog/Scholz, GG, Kommentar (Stand: Oktober 2024), Art. 5 Abs. 3 Rn. 199 ff.; s. auch Bethge in Sachs, GG, Kommentar, 10. Aufl. 2024, Art. 5 Rn. 202, 229 m. w. N.
- 45) Die GKV ist Teil des Gesundheitswesens, wie sich (auch) aus § 4 Abs. 3 SGB V ergibt: „Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeiten die Krankenkassen und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen.“
- 46) S. nur beispielhaft das Klaus-Bahlsen-Zentrum für Integrative Onkologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), den Lehrstuhl für Medizintheorie, Integrative und Anthroposophische Medizin an der Universität Witten/Herdecke oder das Institut für Komplementäre und Integrative Medizin an der Universität Bern.
- 47) So schon die Bundesregierung, BT-Drucks. 13/8280 v. 23. 7. 1997, S. 2 (Antwort auch die Kleine Anfrage, BT-Drucks. 13/8113).
- 48) Rixen, SGB 2018, 253 (255 ff.).
- 49) Rixen, SGB 2018, 253 (257, 260).
- 50) 2. Kap. § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Verfahrensordnung G-BA, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3830/VerfO_2024-10-17_iK_2025-05-29.pdf (letzter Abruf am 23. 6. 2025).
- 51) Zur stärkeren Differenzierung s. auch Moreno, SGB 2024, 201 (214).
- 52) Rixen, SGB 2018, 253 (257); s. auch Rixen, SGB 2013, 140 (144).
- 53) S. insb. § 25 Abs. 6, 7 AMG und die Informationen des BfArM, <https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Zulassung/Zulassungsarten/Besondere-Therapierichtungen-und-traditionelle-Arzneimit->

tel/Homoeopathische-und-anthroposophische-Arzneimittel/_node.html (letzter Abruf am 23. 6. 2025), s. ferner Kügel in Kügel/Müller/Hofmann, AMK, Kommentar, 3. Aufl. 2022, § 25 Rn. 181 ff., 198 ff.

54)

Hierzu etwa Gärditz in Dürig/Herzog/Scholz, GG, Kommentar (Stand: Oktober 2024), Art. 5 Abs. 3 Rn. 199 ff.; Bethge in Sachs, GG, Kommentar, 10. Aufl. 2024, Art. 5 Rn. 202, 209 m. w. N.

© Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG, Berlin

