

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
**106. Sitzung**

**Berlin, den 17.04.2013, 16:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus**  
**Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1**  
**10557 Berlin**  
**Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101**

**Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung zum**

Antrag der Abgeordneten Dr. Edgar Franke, Christine Lambrecht, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD

Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen unter Strafe stellen

BT-Drucksache 17/12213

Korruption

und dem

Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidungen sichern - Korruptives Verhalten effektiv bekämpfen

BT-Drucksache 17/12451

sowie dem

Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Birgitt Bender, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Korruption im Gesundheitswesen strafbar machen

BT-Drucksache 17/12693

**Anwesenheitsliste\***

**Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses  
**CDU/CSU**

Henke, Rudolf  
Henrich, Michael  
Koschorrek, Rolf, Dr.  
Maag, Karin  
Michalk, Maria  
Monstadt, Dietrich  
Riebsamen, Lothar  
Rüddel, Erwin  
Spahn, Jens  
Stracke, Stephan  
Straubinger, Max  
Vogelsang, Stefanie  
Zöller, Wolfgang  
Zylajew, Willi

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee  
Bilger, Steffen  
Brehmer, Heike  
Gerig, Alois  
Heinrich, Frank  
Hüppe, Hubert  
Ludwig, Daniela  
Luther, Michael, Dr.  
Middelberg, Mathias, Dr.  
Philipp, Beatrix  
Selle, Johannes  
Singhammer, Johannes  
Tauber, Peter, Dr.  
Zimmer, Matthias, Dr.

**SPD**

Bas, Bärbel  
Franke, Edgar, Dr.  
Graf, Angelika  
Lauterbach, Karl, Dr.  
Lemme, Steffen-Claudio  
Mattheis, Hilde  
Rawert, Mechthild  
Reimann, Carola, Dr.  
Volkmer, Marlies, Dr.

Ferner, Elke  
Gerdes, Michael  
Gleicke, Iris  
Hellmich, Wolfgang  
Kramme, Anette  
Meßmer, Ullrich  
Schmidt, Silvia  
Schurer, Ewald  
Tack, Kerstin

**FDP**

Ackermann, Jens  
Aschenberg-Dugnus, Christine  
Lanfermann, Heinz  
Lindemann, Lars  
Lotter, Erwin, Dr.  
Molitor, Gabriele

Dyckmans, Mechthild  
Kauch, Michael  
Knopek, Lutz, Dr.  
Kober, Pascal  
Kolb, Heinrich L., Dr.  
Luksic, Oliver

**DIE LINKE.**

Bunge, Martina, Dr.  
Senger-Schäfer, Kathrin  
Vogler, Kathrin  
Weinberg, Harald

Binder, Karin  
Höger, Inge  
Möhring, Cornelia  
Tempel, Frank

**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Bender, Birgitt  
Klein-Schmeink, Maria  
Scharfenberg, Elisabeth  
Terpe, Harald, Dr.

Göring-Eckardt, Katrin  
Kekeritz, Uwe  
Kieckbusch, Susanne  
Kurth, Markus

---

\*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

Beginn der Sitzung: 16.00 Uhr

Die **Vorsitzende, Dr. Carola Reimann (SPD)**: Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, ich darf Sie willkommen heißen. Für die Bundesregierung begrüße ich Staatssekretärin Flach ganz herzlich. Vorab einige Erläuterungen zum Ablauf: Wir haben insgesamt 90 Minuten. Diese Zeit ist in Kontingente für die einzelnen Fraktionen unterteilt, entsprechend ihrer Stärke im Parlament. Ich möchte Sie alle bitten, ihre Telefone nicht nur leise, sondern ganz auszustellen, um uns Resonanzen zu ersparen. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen, und das schriftliche Protokoll werden Sie auf der Seite des Ausschuss für Gesundheit veröffentlicht finden. Gegenstand der heutigen Beratung sind der Antrag der Fraktion der SPD „Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen unter Strafe stellen“ auf BT.-Drs. 17/12213, der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung sichern – Korruptives Verhalten effektiv bekämpfen“ auf BT.-Drs. 17/12451 sowie ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Korruption im Gesundheitswesen strafbar machen“ auf BT.-Drs. 17/12693. Die Fraktion der CDU/CSU beginnt und hat 18 Minuten Fragerecht.

Abg. **Dietrich Monstadt (CDU/CSU)**: Ich möchte eine Frage an die Einzelsachverständigen, Herrn Prof. Spoerr und Herrn Kleinke sowie an die Bundesärztekammer (BÄK) und die DKG richten. Wie beurteilen Sie grundsätzlich die Notwendigkeit einer rechtlichen Regelung zur Korruptionsbekämpfung? Wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang die von den Oppositionsfraktionen vorgelegten Anträge und den in den Regierungsfractionen diskutierten Vorschlag, eine klare Grundnorm im SGB V zu schaffen?

ESV **Sören Kleinke**: Der große Senat für Strafsachen des Bundesgerichtshofes hat im vergangenen Jahr entschieden, dass Vertragsärzte weder Amtsträger im Sinne der §§ 331 ff Strafgesetzbuch noch Beauftragte der Krankenkassen im Sinne des § 299 sind. Der Gesetzgeber hatte zwar zu Beginn des vergangenen Jahres durch die Einführung des § 73 Abs. 7 SGB V, wonach Vertragsärzten die Annahme von Entgelt für die Zuweisung von Patienten, neben der allerdings schon länger bestehenden berufsrechtlichen Regelung, auch vertragsarztrechtlich untersagt, und durch die Regelung in § 128 SGB V, durch die Zuwendungen im Verhältnis zwischen den Vertragsärzten einerseits und den Heil- und Hilfsmittelbringern andererseits untersagt werden, einige Gesetzeslücken im Sozialversicherungsrecht geschlossen. Es bestehen aber immer noch entscheidende Regelungslücken. So fehlt z. B. ein auch an die Krankenhäuser gerichtetes Verbot, für die Zuweisung von Patienten eine Prämie zu zahlen. Das ist bislang nur in einigen Landeskrankenhausgesetzen, wie beispielsweise in Nordrhein-Westfalen und Bremen, geregelt. Darüber hinaus bestehen noch keine ausdrücklichen Korruptionsvorschriften für das Rechtsverhältnis zwischen mehreren nicht ärztlichen Leistungserbringern. Insofern halte ich rechtliche Regelungen zur Korruptionsbekämpfung für sinnvoll und begrüße den Vorschlag der Regierungsfractionen, zunächst eine klare Grundnorm im SGB V, zu schaffen. In dieser Grundnorm wird definiert, was als korruptives Verhalten anzusehen ist und dass sich das Verbot ausdrücklich an alle Leistungserbringer, also sowohl an die ärztlichen als auch an nicht ärztliche, richtet. Die Anträge der Opposition richten meiner Auffassung nach den Fokus zu unrecht und zu stark, teilweise fast ausschließlich, auf den Vertragsarzt. Das spiegelt sich in der Bezeichnung des Antrags „Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung sichern – Korruptives Verhalten effektiv bekämpfen“ wider und wird den tatsächlichen Gegebenheiten nicht gerecht. Weiter führt es zu einer ungerechtfertigten Pönalisierung des

Arztberufes, die sich negativ auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und damit letztendlich auf die Qualität der medizinischen Versorgung der Versicherten auswirken kann.

Die **Vorsitzende:** Ich darf darauf hinweisen, dass heute die drei Anträge der Oppositionsfractionen Gegenstand der Beratung sind. Vorschläge der Koalitionsfractionen liegen nicht vor und können deshalb hier auch nicht erörtert werden. Ich bitte darauf Rücksicht zu nehmen. Ich bitte Herrn Kollegen Monstadt, die Frage an Prof. Spoerr, der jetzt eingetroffen ist, so zu formulieren, dass sie sich auf die vorliegenden Anträge bezieht.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Gestatten Sie mir Frau Vorsitzende, die Frage in der eben gestellten Fassung zu wiederholen, denn sie zielte nicht auf mögliche Regierungsentwürfe, sondern nur auf weitergehende Diskussionsansätze ab. Nun meine Frage an Herrn Prof. Spoerr: Wie beurteilen Sie grundsätzlich die Notwendigkeit rechtlicher Regelungen zur Korruptionsbekämpfung? Wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang die von den Oppositionsfractionen vorgelegten Anträge und den in den Regierungsfractionen diskutierten Vorschlag, eine klare Grundnorm im SGB V zu schaffen?

ESV **Prof. Dr. Wolfgang Spoerr:** Ich sehe die Notwendigkeit ebenfalls und stimme insofern mit den vorliegenden Anträgen überein, als dass es einer ergänzenden gesetzlichen Regelung bedarf. Allerdings meine ich, dass das Strafrecht allein, da stimme ich meinem Kollegen Kleinke ausdrücklich zu, viel zu kurz springt. Ich darf das kurz ausführen. Erstens geht es in der Praxis neben Abgrenzung um die erwünschte Vernetzung und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, die in einer Marktwirtschaft mit Geld funktioniert. Jede praktische

Zusammenarbeit, die über einen kollegialen Austausch hinausgeht, ist ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und spiegelt ein Leistungs- bzw. Gegenleistungsverhältnis wider, in dem monetäre Aspekte eine Rolle spielen. Diese Zusammenarbeit ist erwünscht und wurde über mehrere Legislaturperioden, ich würde sagen, farbenübergreifend verstärkt. Auf der anderen Seite müssen Sie die Spreu vom Weizen trennen und korruptive Praktiken abgrenzen. Für diese oft schwierige Aufgabe ist das Strafrecht nicht geeignet, weil es repressiv wirkt und keinerlei Mechanismen hat, Abgrenzungen vorzunehmen. Das heißt, der Verhaltenssteuerungsansatz des Strafrechts ist hier ungeeignet. Erforderlich ist eine behördenorientierte Vollzugsflankierung, so möchte ich es nennen, die eine Vollzugeignung als Basis bringt. In einem nächsten Schritt kann man dann darüber nachdenken, wie das Strafrecht einzubringen ist. Die Aussagen über katastrophale Zustände, die dem Gesundheitswesen von Stakeholdern zugeschrieben werden, sind in sich, meine Damen und Herren Abgeordnete, unschlüssig. Bis zur Entscheidung des Großen Strafsenats gingen alle davon aus, dass das Verhalten, das hier im Mittelpunkt der Debatte steht, umfassend strafbewehrt ist. Und wenn es wirklich so ist, dass die verbreiteten Horrorzahlen, die Rede ist von Missständen im Bereich von mehreren Milliarden Euro, dann ist damit belegt, dass das Strafrecht als Steuerungsansatz unzureichend ist. Anmerken möchte ich auch, dass Korruption und korruptives Verhalten in weiten Teilen des Gesundheitswesens strafbar ist. Es ist nicht so, dass die Tatbestände nach §299 StGB, die Vorteilsgewährung, nicht gelten. Im Bereich der öffentlichen Krankenhäuser gilt der Bereich der Beamtenbestechung und Vorteilsgewährung. Und es gibt keinen empirischen Beleg dafür, dass es dort, auch seit der Entscheidung des Großen Strafsenats, besser zugeht als da, wo derzeit vielleicht eine Strafbarkeitslücke besteht.

**SVe Dr. Marlis Hübner** (Bundesärztekammer (BÄK)): Sie haben nach der Notwendigkeit einer strafrechtlichen Regelung gefragt. Ich gehe davon aus, dass alle den Grundsatz kennen, Strafrecht ist Ultima Ratio, mit anderen Worten das letzte Mittel und es sollte nur zur Anwendung kommen, um den Rechtsfrieden zu erzwingen, wenn die anderen Sanktionsmöglichkeiten im Zivil-, im Verwaltungs- oder auch im Berufsrecht nicht mehr ausreichend sind. Deshalb dürfen mit einem Straftatbestand nur besonders sozial schädliche, korruptive Verhaltensweisen unter Strafe gestellt werden. Hier kann man sich bei der Formulierung sicher an die Regelung § 298 ff StGB anlehnen, sowohl im Hinblick auf den Tatbestand als auch auf den Strafraum. Es muss eine bestimmte Schwelle erreicht sein, um strafrechtlich zu sanktionieren, also keine geringfügige Vorteilsnahme. Der Adressatenkreis sollte berufsneutral sein und zwar unabhängig von Branche oder konkreter beruflicher Tätigkeit. Besonders schwierig ist die Abgrenzung zu bestimmten erwünschten Formen der Kooperation. Diese Abgrenzung sollte klar getroffen und es sollten nur Formen unlauterer Zusammenarbeit erfasst werden. Grundsätzlich ist, wie in anderem Recht auch, aber im Strafrecht ist das aus verfassungsrechtlichen Gründen besonders bedeutsam, das Bestimmtheitsgebot zu beachten. Deshalb ist bei Formulierungen darauf zu achten, nicht zu verweisen und wieder zu verweisen. Dadurch wird es für den Adressaten der Norm schwer verständlich oder die Norm zu auslegungsbedürftig für eine Strafnorm. Eine Regelung im SGB V hätte zudem den Nachteil, dass sie nur einen bestimmten Adressatenkreis treffen würde, nämlich den kassenärztlichen Bereich, nicht aber die Privatärzte. Ich verweise noch einmal auf unsere Stellungnahme, wo wir einen Vorschlag unterbreitet haben zur Änderung der MiStra, der Mitteilung in Strafsachen.

**SV Andreas Wagner** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): In der Tat muss Strafrecht immer Ultima Ratio sein, aber wenn Strafrecht in einem Bereich gilt, dann sollte es gleichmäßig für alle Bereiche gelten. Wir wissen seit dem Herzklappenskandal Anfang der 90er Jahre, wie auch Herr Prof. Spoerr ausgeführt hat, dass für den Bereich der Krankenhausärzte Bestechlichkeits- und Vorteilsnahme-Tatbestände gelten. Insofern ist es unseres Erachtens systemgerecht, wenn man das auf alle Leistungserbringer, und das dürften dann in der Tat nicht nur die Ärzte sein, überträgt, d. h. alle selbstständigen Leistungserbringer, die bisher nicht von der strafrechtlichen Norm erfasst wurden, mit einbezieht. Insofern ist das ein Schritt in die richtige Richtung. Über die Ausgestaltung lässt sich streiten, aber vom Grundsatz her muss stets für alle der gleiche Strafraum gelten und hier sind sich, so meine Eindruck, alle Koalitionen einig.

**Abg. Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine zweite Frage richtet sich wieder an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Spoerr, an den GKV-Spitzenverband und die Bundesärztekammer. Von den bestehenden berufs- und sozialrechtlichen Regelungen, die bis zum Zulassungszug gehen können, wird bisher kaum Gebrauch gemacht. Teilen Sie die Einschätzung, dass dies auch an den fehlenden Ermittlungsbefugnissen und an den entsprechenden Organen liegt? Was schlagen Sie an konkreten Maßnahmen vor, um über diesen Weg eine bessere Korruptionsbekämpfung zu erreichen?

**ESV Prof. Dr. Wolfgang Spoerr**: Wir müssen hier zwischen der berufsrechtlichen und der sozialrechtlichen Seite unterscheiden. Aus meiner Sicht, die Vertreter der Ärztekammer mögen es mir nachsehen, ist von sozialrechtlicher Seite höhere Durchschlagskraft auf der Vollzugsebene zu erwarten. Dort gab es bisher überhaupt

keine Regelung, die es zu vollziehen galt, sondern es war einfach so, dass jemandem, der wegen korruptiven Verhaltens entlarvt wurde, die Zulassung entzogen wurde, aber die kassenärztlichen Vereinigungen hatten keine primäre Verantwortung und Zuständigkeit für die Frage, ob es korruptive Verhaltensweisen gibt. Das war berufsrechtlich Sache der Ärztekammern. Hier aber gehen die Meinungen über die Effektivität auseinander. Vielleicht ist die Selbstverwaltung mit der hier zu leistenden Aufgabe ein Stück weit überfordert. Das mag auch institutionelle Gründe haben. Deshalb ist der Gesetzgeber auf dem richtigen Weg, seit er die Änderungen in §73 und §128 SGB V vorgenommen hat. Gesetzgebungstechnisch geht durch die Ergänzung die Verdeutlichungsfunktion in der Praxis etwas verloren. Wenn das Ganze jetzt auf eine systematischere Grundlage gestellt wird, verspreche ich mir vom systematischen Vollzug durch kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen, Bereiche, an denen auch andere Stakeholder mitbeteiligt sind und wo über den Abrechnungsbezug Vollzugsmöglichkeiten bestehen, eine deutliche Verbesserung.

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich kann unmittelbar an die Ausführungen meines Vorgängers anschließen. Wir müssen feststellen, dass die existierenden Regeln sowohl im Berufsrecht als auch im Sozialrecht dazu führen, dass es weitgehend unmöglich ist, entsprechende Sanktionen durchzusetzen. Ich glaube, es geht hier nicht um ein Vollzugsdefizit, sondern wir müssen in allen Situationen, in denen entweder nach der Musterberufsordnung gehandelt wird oder wo über Zulassungsentzug gesprochen wird, entsprechende Nachweise für korruptives Verhalten erbringen. Das setzt Ermittlungsbefugnisse voraus. Solange die Möglichkeit, wirksame Ermittlungen in Gang zu setzen und damit gegebenenfalls einen Straftatbestand für freiberufliche Ärztinnen und Ärzte, aber auch für andere Gruppen im Gesundheitswesen

nachzuweisen, nicht besteht, laufen die Regelungen ins Leere. Deshalb ist es richtig, dass zwar mit unterschiedlichen Ansätzen, aber doch offensichtlich alle Fraktionen in diesem Parlament die rechtlichen Regelungslücken schließen wollen.

**Sve Dr. Marlis Hübner** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich möchte erst einmal widersprechen, dass es eine Überforderung der ärztlichen Selbstverwaltung sei, korruptives Verhalten auf einer bestimmten Ebene wirksam zu bekämpfen. Die berufsrechtlichen Verfahren sind Disziplinarverfahren sui generis und haben natürlich einen anderen Zweck als Strafverfahren. Deshalb erfordern sie schon unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit andere Ermittlungsbefugnisse und auch andere gesetzlich vorgegebene Maßnahmen als nach SGB V, wo ich dann, und das ist tatsächlich eine harte Maßnahme, eine Zulassung entziehen kann. Es gibt nach den Heilberufe- und Kammergesetzen die Möglichkeit, bei den berufsgerichtlichen Maßnahmen die Tätigkeit einzuschränken. Davon machen die Berufsgerichte aus verfassungsrechtlichen Gründen tatsächlich sehr wenig Gebrauch. Gut ist es, wenn diese Verfahren alle ineinandergreifen. Sie haben einen unterschiedlichen Zweck und man kann das Ganze verbessern durch mehr und rechtzeitige Information der Kammern, insbesondere über die zuständigen staatlichen Ermittlungsbehörden, sprich Staatsanwaltschaften. Hier haben wir auch in unserer schriftlichen Stellungnahme Defizite aufgezeigt. Die Landesärztekammern sehen den Umfang der prozessualen Ermittlungsmöglichkeiten und die Beschränkung der Ermittlungsmöglichkeiten unterschiedlich. Man muss auch unterscheiden zwischen den Ermittlungsmöglichkeiten, die die Kammern haben, die in solchen Verfahren teilweise unabhängig

Untersuchungsführer einsetzen. Hier gibt es eher positive Erfahrungen, insbesondere in Thüringen und in Schleswig-Holstein, wo unabhängige Untersuchungsführer tätig werden und bestimmte, konkret ausgestaltete Befugnisse nach den Heilberufe- und Kammergesetzen haben.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Michels und an Herrn Engelhard. Wir fordern, einen Straftatbestand zu schaffen und sagen, dass dies nicht allein über das Sozialgesetzbuch zu regeln ist. Macht es aus Ihrer Sicht einen Unterschied, wenn man korruptives Verhalten als Straftatbestand bewertet, im Gegensatz zu einer reinen berufsrechtlichen Vorschrift oder einer SGB V-Vorschrift. Unterstützen Sie die Position, dass man es als Straftatbestand aufnehmen sollte?

ESVe **Dina Michels**: Ich habe die Fahrt in der Bahn hierher genutzt, alle Stellungnahmen gründlich zu lesen und durfte feststellen und darüber habe ich mich sehr gefreut, dass es einen mehr oder weniger überschaubaren Konsens dahingehend gibt, dass fast alle anwesenden Institutionen eine strafrechtliche Ahndung von Korruption durch Ärzte oder Leistungserbringer fordern. Es gibt in der Tat einen großen Unterschied zwischen berufsrechtlicher und strafrechtlicher Ahndung. Das Berufsrecht kann hier nichts bewirken, weil die Ermittlungen, die dafür erforderlich sind, von den Kammern nicht durchgeführt werden können, genauso wenig von den Krankenkassen, an die sich insbesondere auch die sozialrechtlichen Regelungen, vor allen Dingen §128 SGB V richten. Wir können nirgendwo hineingehen und wir dürfen nicht durchsuchen, weil das gegen das Rechtsstaatsprinzip verstoßen würde. Das ist Sache der Ermittlungsbehörden. Insofern brauchen wir meines Erachtens einen Straftatbestand, der, weil das Gesundheitswesen marktwirtschaftlich

und damit wettbewerblich ausgerichtet ist, auch im §299a z. B. als Wettbewerbsdelikt ausgestaltet sein sollte.

ESV **Jörg Engelhard**: Ich begrüße die Initiativen, eine Regelung im Strafgesetzbuch einzuführen, aus folgenden Gründen: Berufsrechtliche Sanktionsmechanismen haben in der Vergangenheit gezeigt, dass sie nicht wirken. Das Gleiche gilt auch für die sozialrechtliche Seite, das Berufsrecht, denn dabei handelt es sich um nachgeschaltetes Recht. Ich bringe Ihnen einmal ein Beispiel aus dem polizeilichen Bereich. Natürlich können sich Polizeibeamte als Amtsträger der Bestechlichkeit schuldig machen und natürlich greift auch dort das Berufsrecht, aber es wäre vermessen zu glauben, das Berufsrecht alleine könnte solche Fälle aufklären, denn der Betroffene macht in diesem Verfahren keine Angaben. Korruption ermitteln sie dadurch, dass sie durchsuchen, sowie Konten- und E-Mail-Daten auswerten. Es handelt sich um ein Delikt, das im Geheimen blüht und da benötigt man Eingriffsermächtigungen. Wenn es die nicht gibt, werden in den berufsgerichtlichen Verfahren immer zwei Aussagen gegeneinander stehen und das führt in der Konsequenz dazu, dass das Verfahren eingestellt wird. Das hat die Vergangenheit bewiesen und ich glaube nicht, dass sich daran in Zukunft etwas ändern wird. Ich darf darauf hinweisen, dass die Leistungserbringer selbst, das haben kriminologische Studien erwiesen, keine oder nur eine relativ geringe Ahnung davon haben, wie ihre Rechte- und Pflichtenstellungen aussehen. Deshalb plädiere ich dafür, dass sich der politische Wille im Strafrecht ausdrückt, das für alle gleichermaßen und nicht nur für den Kassenarzt gilt. Letzteres wäre der Fall, wenn man es im SGB V regelt. Dieses Signal wäre fatal. Wir wollen zwar keine Korruption, aber wir schaffen Regelungen nur dort, wo der Staat in Form öffentlicher Gelder selbst betroffen ist.

Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Ich habe zunächst eine Frage an den Deutschen Anwaltverein. Sie warnen in Ihrer schriftlichen Stellungnahme aus verfassungsrechtlicher Sicht vor einer Regelung im SGB V. Vielleicht könnten Sie erläutern, was Sie damit meinen oder was Sie da für Probleme sehen. Meine zweite Frage geht noch einmal an Frau Michels und an Herrn Engelhard. CDU-Justizministerin Kuder hat eine Regelung im StGB befürwortet, möchte aber die Regelung auf Ärztinnen und Ärzte beschränkt sehen. Halten Sie es für sinnvoll, sie auf alle Leistungserbringer auszuweiten, d. h. eine umfassende Regelung im Strafgesetzbuch zu schaffen?

SV **Dr. Margarete von Galen** (Deutscher Anwaltverein e. V. (DAV)): Sie möchten wissen, ob strafrechtliche Maßnahmen über das SGB V oder das StGB ausgestaltet werden sollten? Meine Bedenken gegen das SGB V beruhen darauf, dass dort nur das Verhalten der kassenärztlich tätigen Ärzte geregelt werden kann, so dass Sie das Problem hätten, dass sich Ärzte, die sowohl kassenärztlich als auch privat tätig sind, nur in einem Teilbereich strafbar machen würden, in dem anderem, dem privaten Teil ihrer Tätigkeit, aber nicht. Es würde sehr schwierig nachzuweisen, dass bestimmte Vorteile im Hinblick auf Kassenpatienten und nicht im Hinblick auf Privatpatienten erfolgt sind. Darüber hinaus würde generell ein Ungleichgewicht zwischen Privat- und Kassenärzten geschaffen. Das würde meines Erachtens der Sicht des Bundesverfassungsgerichts widersprechen. Dies hat sich in einem Fall, wo es um das Recht der privaten Krankenversicherungen ging, mit dem möglicherweise unterschiedlichen Schutz von Kassen- und Privatpatienten befasst und dabei ganz deutlich gemacht, dass Privatpatienten den gleichen Schutz brauchen wie Kassenpatienten und das muss auch dann gelten, wenn es darum geht, Patienten mit Hilfe einer solchen Korruptionsregelung zu schützen.

ESVe **Dina Michels**: Völlig unabhängig von dem Vorschlag aus Mecklenburg-Vorpommern würde ich in jedem Fall einen Straftatbestand bevorzugen, der alle Leistungserbringer, zu denen letztlich auch Ärzte und Zahnärzte gehören sowie alle anderen Akteure, die nicht in unmittelbarer Beziehung z. B. zu den Krankenkassen oder kassenärztlichen Vereinigungen stehen, mit einbezieht. Deshalb muss er ins Strafgesetzbuch, weil darüber auch Privatärzte und gegebenenfalls sogar, falls der Tatbestand dadurch nicht überfrachtet würde, auch weitere Freiberufler einbezogen würden, denn auch dort bestehen seit jeher Regelungslücken. Das wird schon lange und meines Erachtens zu recht kritisiert.

ESV **Jörg Engelhard**: Eine Regelung im SGB V hat, wie bereits erwähnt, den Nachteil, dass sie nicht alle trifft, d. h. man müsste auch an anderen Stellen nachregeln, damit dem Grundsatz der Gleichheit vor dem Gesetz im Verhalten Rechnung getragen wird. Meiner Meinung nach drückt eine Regelung im Strafgesetzbuch am ehesten aus, dass Korruption im medizinischen Bereich oder im Gesundheitswesen pönalisiert wird, dass man sie nicht will. Eine Regelung im SGB V, angelehnt an § 299 StGB hat für mich den Beigeschmack, dass die Regelung als Wettbewerbsregelung gesehen würde. Ich sehe hier ein ganz anderes Rechtsgut, das es zu schützen gilt, nämlich im Sinne des Patienten die strenge medizinische Indikationsstellung, unbeeinflusst durch monetäre Aspekte, die auf den Arzt oder auf gegebenenfalls den Leistungserbringer, einwirken könnten.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Meine erste Frage geht an den GKV-Spitzenverband, an die KBV, an die KZBV, die DKG, den Bundesverband Pharmazeutische Industrie und den BVMed. Welche Besonderheiten sollten aus Ihrer Sicht berücksichtigt werden, wenn man einen

Straftatbestand, Bestechung für Leistungsbringer im Gesundheitswesen schafft?

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben im Gesundheitswesen aus guten Gründen, und das wurde in einigen Beiträgen auch schon erwähnt, das Zusammenarbeitsgebot zwischen verschiedenen Leistungserbringern und das möchten wir erhalten. Das heißt, wir brauchen eine klare Definition und eine klare Rechtsnorm. Es gibt eine Diskussion, die sich in hoher Geschwindigkeit entwickelt. Vor wenigen Wochen konnte man den Eindruck haben, dass die Frage, ob man überhaupt auf die BGH-Entscheidung reagieren sollte, hochgradig umstritten war. Ich bin sehr froh, dass wir jetzt sehr differenziert über die Frage diskutieren, welche Vor- und Nachteile sich aus einer Regelung entweder im SGB V oder im klassischen Strafrecht ergeben. Je nachdem wo man eine solche Regelung verortet, hat sie unterschiedliche Konsequenzen. Ich will einen Hinweis geben, der vielleicht bisher nicht bedacht worden ist. Eine Strafregelung außerhalb des StGB ist kein völliges Novum. Wir haben auch heute schon für bestimmte Regelungen, die sich nicht im Strafgesetzbuch befinden, ein Nebenstrafrecht, im SGB V oder in angrenzenden Rechtsnormen. Das heißt, diese Debatte ist nicht grundsätzlich, sondern von der Frage her zu führen, wie man letztendlich wirken will. Es ist ganz wichtig, keine Regelungen zu schaffen, die diffuse und die Norm ins Leere laufende Ausnahmetatbestände vorsieht. Ich meine damit, dass nicht nur wesentliche korruptive Handlungen unter Strafe gestellt werden sollten. Diese Diskussion verstehe ich gerade mit Blick auf das Gesundheitswesen nicht. Wir alle haben mitbekommen, dass die Staatsanwaltschaft Hannover den ehemaligen Bundespräsidenten in der vergangenen Woche wegen des Vorwurfs der Vorteilsnahme von 760 Euro angeklagt hat. Die übliche Definition von großem oder nennenswertem Ausmaß liegt

zwischen 10 000 Euro und 20.000 Euro. Das heißt, eine Vielzahl von Fällen wäre, wenn man das so regeln würde, gar nicht strafbewehrt. Das kann nicht das Ziel des Gesetzgebers sein.

**SV Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Regelung im Rahmen eines Straftatbestandes ist vom Schutzzweck her zu definieren, d. h. das Arzt-Patienten-Verhältnis muss geschützt werden, um das Vertrauen der Versicherten und Patienten in die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen der Vertragsärzte zu erhalten. Ob daneben der Wettbewerb und die Wirtschaftlichkeit geschützt werden, ist für uns nicht bedeutsam. Es geht um das Schutzgut und den Schutzzweck. Deshalb sollte ein solcher Straftatbestand auch nicht in die Nähe von Straftatbeständen, von miteinander im Wettbewerb agierenden Unternehmen gerückt werden, und zwar insbesondere nicht in die Nähe von § 299 oder § 300 StGB. Zweitens ist die Frage der Abgrenzung zu beachten und zwar einmal im Hinblick auf tatsächlich erwünschte Kooperationen sowie nicht erwünschtes Zusammenwirken. Wir haben Praxisnetze und integrierte Versorgung, auch über Sektorengrenzen hinweg. Es gibt §16b SGB V, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die Absprachen über die Aufteilung von Vergütungen in Zusammenhang mit den Zuweisungen an verschiedene Ärzte, Institutionen usw., unbedingt erforderlich macht. An Kooperationen, die immer mehr erwünscht und insbesondere sektorenübergreifend sinnvoll sind, führt kein Weg vorbei. Hier müssen Grenzen gezogen werden, natürlich auch im Hinblick auf den Unrechtsgehalt, im Hinblick auf die Schwere der Norm und darauf, was tatsächlich strafrechtlich erfasst oder was durch das Berufs- oder Disziplinarrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen erfasst werden soll. Der Vergleich mit dem ehemaligen Bundespräsidenten, entschuldigen Sie, hinkt ein wenig. Für den Beruf des

Bundespräsidenten gibt es kein ärztliches Berufs- oder Disziplinarrecht. Letzteres kann sehr einschneidend sein und der Entzug einer Zulassung ist möglicherweise einschneidender als eine Verurteilung zu einer Geldstrafe, in welcher Höhe auch immer, nach dem Strafgesetzbuch. Das muss man sich immer vergegenwärtigen. Und diese Möglichkeit haben wir.

**SV Thomas Muschalik** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Zunächst sehen wir grundsätzlich keine Notwendigkeit für einen separaten neuen Straftatbestand, da in unserem Bereich alle relevanten Sachverhalte sowohl berufs- als auch sozial- und auch strafrechtlich unter Betrugs- und Untreuegesichtspunkten erfasst werden können. Wenn aus sozialhygienischen Gründen darüber hinaus ein weiterer Spezialtatbestand geschaffen werden soll, sprechen wir uns zunächst für eine allgemeine Regelung aus, die nicht nur für den Gesundheitsbereich, sondern für alle freien Berufe gelten sollte. Wenn darüber hinaus an Spezialregelungen für einzelne Berufsgruppen oder sogar für Berufsausübungsformen gedacht werden wird, müsste den Besonderheiten der einzelnen Leistungsbereiche Rechnung getragen werden. Die Verhältnisse im Krankenhaus sind sicherlich andere als in der ambulanten Versorgung und die jüngst erfolgte Orientierung an den ärztlichen Gegebenheiten bei der Neufassung von §73 Abs. 7, 128 2 SGB V hat verdeutlicht, dass es Abgrenzungsschwierigkeiten gibt, weil die Norm auf bestimmte Erscheinungsformen, die man treffen will, abstellt. Aber es gibt auch andere Erscheinungsformen, ich spreche hier z. B. davon, dass zahntechnische Leistungen nicht zugewiesen werden, sondern vom Zahnarzt direkt, aber für den Patienten bezogen werden. Das wirft die Frage auf, ob das darunter subsumiert wird. Wenn man so detailliert in die Regelungen geht, müsste auch Sondertatbeständen Rechnung getragen werden. Das spricht

aus unserer Sicht wiederum für einen allgemeinen Straftatbestand.

**SV Andreas Wagner** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Ich kann mich Herrn Gräf anschließen. Ich denke, dass ein sehr präziser Straftatbestand geschaffen werden muss, um die „unerwünschte Kooperation“ von der erwünschten trennen zu können. Nicht jeder, der mit einem Krankenhaus oder einem anderen Vertragspartner kooperiert, sollte Angst haben müssen, straffällig zu werden. An einem Ort, wo Geld und Waren fließen, steht immer die Frage oder der Verdacht im Raum. Es gibt natürlich so etwas wie Zwangskooperationen, etwa bei einem Belegarzt oder bei Kooperationen nach §116b SGB V. Aber dort, wo freiwillige Kooperation stattfindet, wird das Misstrauen groß sein. Es ist uns ein großes Anliegen, das zu begrenzen.

**SV Ulf Zumdick** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI)): Aus unserer Sicht sollten vor allem die gesetzlichen Inkonsistenzen und Wertungswidersprüche, die es gibt, unzweifelhaft beseitigt werden. Ein Hauptproblem besteht darin, dass § 299 StGB eingegrenzt ist auf Angestellte und Beauftragte eines geschäftlichen Betriebes. Der Geschäftsherr, also in unserem Fall der niedergelassene Vertragsarzt, kann nicht strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden. Diesen Wertungswiderspruch müsste man beseitigen. Aus unserer Sicht ist es nicht sinnvoll, ein Sonderstrafrecht für Ärzte oder für bestimmte Berufsgruppen einzuführen, auch nicht im SGB V, denn das würde diese Wertungswidersprüche und Inkonsistenzen nicht beseitigen, sondern im Gegenteil, erhöhen. Ich gebe ein Beispiel: Man hätte, wenn man ein Sonderstrafrecht für bestimmte Berufsgruppen im SGB V schaffen würde, ein strafrechtliches Gefälle par excellence. Dies lässt sich mit vier Stufen beschreiben. Man hätte zunächst die Amtsträger, also die Amtsärzte, die sich strafbar machen

könnten nach § 331 ff. StGB. Für die angestellten Krankenhausärzte fände § 299 StGB Anwendung. Eine Sonderregelung im SGB V betreffe dann die niedergelassenen Vertragsärzte. Die Ärzte aber, die im privatrechtlichen Umfeld tätig sind, wären außen vor. Eine solche Reform würde die Wertungswidersprüche unseres Erachtens nicht beseitigen.

**SV Joachim M. Schmitt** (Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)): Ich stimme den Ausführungen des BPI zu. Wir sind ebenfalls für eine Gleichstellung und Gleichbehandlung aller am Gesundheitsmarkt beteiligten und damit für eine Gesetzgebung, die es erlaubt, klare, einheitliche und leicht verständliche Verfahrensregeln für den Umgang mit entgeltlichen und unentgeltlichen Zuwendungen ableiten zu können.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe noch eine Frage zu den sogenannten Einweiserpauschalen oder Fangprämien. Vorhin wurde erwähnt, dass das Länderrecht, was die Verbote angehe, unterschiedlich sei. Von der DKG und vielleicht vom GKV-Spitzenverband hätte ich gerne eine kurze Stellungnahme, welcher Bedarf an dieser Stelle gesehen wird, was zu tun ist? Wenn Sie es in der vorgesehenen Zeit nicht mehr schaffen, können Sie die Antwort auch schriftlich nachreichen.

**SV Andreas Wagner** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Das Thema ist etwas untergegangen. Wir hatten vor einigen Jahren den Hochpunkt dieser Zuweisungsproblematik. Im Zuge dessen haben wir Clearing-Stellen gegründet, die auch wahrgenommen werden. Die DKG informiert, warnt und bietet über die Landeskrankengesellschaften Unterstützung an. Die Ärztekammern und die KBV haben weitergehende Ermittlungs- und Sanktionsbefugnisse.

Nach unserer Auffassung hat sich das Thema entspannt. In einigen Bundesländern gibt es, wie bereits erwähnt, zwischenzeitlich auch Spezialtatbestände in den Landeskrankengesetzen. Ob das notwendig ist, ist eine andere Frage, da es neben strafrechtlichen auch sozialrechtliche Sanktionen gibt. Und mit reinen Zuweisungsprämien, so plump und schlicht, agiert heute niemand mehr.

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben nicht den Eindruck, dass sich das Thema entspannt hat. Aus unserer Sicht ist es auch nicht nachvollziehbar, dass die Länder uneinheitliche Regelungen schaffen. Das beschriebene Vorgehen, angesichts besonders dreister und auffälliger Vorkommnisse die Methoden zu verfeinern und zu hoffen, dass sich die Situation auf diese Weise entspannt, scheint mir fast sarkastisch, aber möglicherweise habe ich Herrn Wagner auch falsch verstanden. Ich finde, die Länder sollten den Beispielen aus Nordrhein-Westfalen und Thüringen, das jetzt nachzieht, folgen und die Zügel etwas enger anziehen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): In der Diskussion ging es auch um das Ausmaß von Korruption im Gesundheitswesen. Deswegen meine erste Frage an den VdPP, MEZIS, die Hörgeräteakustiker und die Physiotherapeuten. Ist Korruption im Gesundheitswesen nach Ihrer Erfahrung alltägliche Praxis oder etwas, das sich auf schwarze Schafe begrenzt?

**Sve Dr. Ulrike Faber** (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)): Der VdPP ist ein Verband von Apothekerinnen und Apothekern, die sich der patientenorientierten Pharmazie verpflichtet sieht. Wir haben aufgrund dieser Anhörung eine Umfrage zu Verstößen bei unseren Mitgliedern

gemacht und einige konkrete Beispiele zusammengetragen. Die Spanne geht von Gesetzesverstößen bis an die Grenze der Korruption und von der Korruption zum guten Geschmack. Die nachfolgenden Beispiele betreffen nicht alle Apotheken, nicht alle Akteure im Gesundheitswesen aber es geht ganz sicherlich auch nicht um Einzelfälle, die wir vernachlässigen können. Ich möchte einige Einzelfälle nennen. Bei der Praxismiete kommt es häufig vor, das Arztpraxen für Miete oder Umbau Geld von Apotheken verlangen. Dabei kann es sich um hohe Beiträge handeln, d. h. die Apotheken finanzieren aus ihrem Privatvermögen Praxismieten mit. Weiter gibt es Ärzte, die fordern, beim Bezug von Impfstoffen am Profit der Apotheke beteiligt zu werden. Wenn wir an Impfstoffe bei Kinderärzten denken oder auch an Grippeimpfstoffe in Allgemeinpraxen, können Sie sich vorstellen, dass es sich um größere Beträge handeln kann.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Entschuldigen Sie bitte, mit Blick auf unsere knapp bemessene Fragezeit, bitte ich darum, die Anzahl der Beispiele einzuschränken. Mir ging es darum zu erfahren, ob solche Geschichten selten oder häufig vorkommen.

Sve **Dr. Ulrike Faber** (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)): Es ist eine Geschichte, die häufig vorkommt, aber nicht alle betrifft.

SV **Dr. Christiane Fischer** (Mein Essen zahle ich selbst e. V.; Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte (MEZIS)): Es handelt sich um eine Minderheit, aber das Ausmaß ist beachtlich. Die Kollegen von Transparency International schätzen die Summe auf ca. 15 Millionen Euro im Jahr.

SV **Marianne Frickel** (Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha)): Wir stellen fest, dass sich aufgrund des § 128 SGB V einige, ich möchte sagen, „legale Bezahlmodelle“ in unserem Bereich etabliert haben. Nach wie vor gibt es die sogenannten Beteiligungsgesellschaften, d. h. die Beteiligung von Ärzten an Hörgeräteakustiker-Geschäften. Das findet, um es nicht kenntlich zu machen, über Treuhänder, Ehefrauen usw. statt.

SV **Heinz Christian Esser** (Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK)): Wir haben darauf gedrängt, dass der § 128 SGB V auch für die Heilmittelberufe gilt, da wir zunehmend beobachten, dass Provisionszahlungen eingefordert werden. Dies geschieht in unterschiedlichster Form. Das kann prozentual geregelt sein, oder über einen Vortrag einmal im Quartal, aber auch durch die Übernahme der Kosten eines Weihnachtsessens für 15 Personen. Da gibt es die unterschiedlichsten Erscheinungsformen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Ich will das Themenspektrum erweitern. DIE LINKE. fordert in ihrem Antrag eine Erweiterung und Konkretisierung der Berichtspflichten nach § 81a und § 197a SGB V, damit wir eine valide Grundlage über Art und Umfang von Korruption im Gesundheitswesen bekommen. Wie bewerten Sie die Wirksamkeit der jetzigen Berichtspflichten und vor diesem Hintergrund unsere Forderung?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): In der Tat ist es so, wenn man sich die Normen im Sozialgesetzbuch anschaut, dann war es bei der Einführung der jetzigen Formulierung nicht die Intention des Gesetzgebers, sich über die Berichte, sowohl aus der Perspektive der

gesetzlichen Kassen als auch aus der Perspektive der Ärzte ein Gesamtbild zu der Frage, welche Verbreitung und welche Form hat Korruption im Gesundheitswesen, zu machen. Das hat die Bundesregierung in der Kommentierung der verschiedenen Stellungnahmen auch immer wieder deutlich gemacht. Wir würden das insgesamt begrüßen, denn als GKV-Spitzenverband führen wir mit unseren Mitglieds-kassen auf freiwilliger Ebene die Berichte nach einem bestimmten Standard zusammen. Das ist ein stückweit problematisch, weil das Maß der Standardisierung für eine vernünftige Aggregation noch nicht ausreicht. Sinnvoll wäre es, wenn die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigung erstens regelmäßig erstellt und dann auch regelmäßig publiziert würden. Darüber hinaus wäre es wünschenswert, wenn sie dann als Gesamtauswertung für den Erkenntnisstand der Kassenärztlichen Vereinigung in Deutschland dargestellt würden. Das würde helfen, denn dann hätten wir regelmäßig alle zwei Jahre ein Lagebild des tatsächlichen Zustands und der Muster von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Das würde auch die Diskussion weiter versachlichen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an MEZIS. Mehrere Sachverständige haben gesagt, dass sie die Einbeziehung weiterer Freiberufler in ein Antikorruptionsgesetz und in eine umfassendere Gesetzgebung befürworten. Wir wissen, dass das so schnell nicht möglich sein wird, weil eine solche umfassende Gesetzgebung schwierig ist. Wie weit halten Sie als Organisation von Ärztinnen und Ärzten, eine Sonderregelung für Ärztinnen und Ärzte bzw. für das Gesundheitswesen für gerechtfertigt?

SV **Dr. Christiane Fischer** (Mein Essen zahle ich selbst e. V.; Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte (MEZIS)): Die Situation

Arzt/Ärztin-Patient/Patientin ist eine besondere. Es ist eine schützenswerte Vertrauenssituation, in der jede Art von Korruption und nicht nur die schwerwiegenden Fälle, von denen Herr Kiefer gesprochen hat, sanktioniert werden muss. In diese einmalige Situation dürfen möglichst wenig fremde Interessen hineinspielen. Darauf haben Patient und Patientin ein Recht. Da das Arzt-Patienten-Verhältnis eine besondere Pflicht beinhaltet und somit einen besonderen Schutz verdient, sollte diese außergewöhnliche Situation auch strafrechtlich besonders gefasst werden. Korruption von Architekten ist bestimmt auch schlimm, aber momentan nicht Gegenstand der Debatte. Daher spricht für uns nichts gegen ein Sonderrecht als ersten Schritt. Als zweiten Schritt könnten wir uns eine umfassende Regelung vorstellen, aber wir glauben nicht, dass die verbleibende Zeit in dieser Legislaturperiode dafür ausreicht.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Prof. Bussmann, bitte beschreiben Sie uns doch kurz den Unterschied zwischen Vorteilsnahme bzw. Vorteilsgewährung auf der einen und Bestechlichkeit bzw. Bestechung auf der anderen Seite. Welche Konsequenz hätte es, wenn man nur Bestechlichkeit und Bestechung strafbar macht und was ist der Unterschied, wenn man auch Vorteilsannahme und Vorteilsgewährung berücksichtigt.

ESV **Prof. Dr. Kai-D. Bussmann**: Dem Staat, dieser Gesellschaft ist der Schutz der Demokratie besonders wichtig. Und deswegen gibt es eine vorverlagerte Strafbarkeit. Wir nennen das die Vorteilsannahme, d. h. das bloße Annehmen von Zuwendungen, von Geschenken usw. ist weitgehend untersagt, es gibt eine Schwelle der Sozialadäquanz, mit der die Behörden und Amtsträger eigentlich ganz gut umgehen. Vorteilsannahme als solche ist strafbar, einfach um ein Problem zu vermeiden, das wir beim § 92 StGB in der privaten

Wirtschaft haben, nämlich eine Unrechtsvereinbarung immer nachweisen zu müssen. Das ist in vielen Fällen schwierig, weil es ein sehr heimliches Delikt ist. Im Grunde genommen müssten wir es ausdehnen auf den Schutz, ähnlich wie bei Amtsträgern in unserem Staat. Heute wurde immer wieder argumentiert, dass ein Sondertatbestand geschaffen würde, den es so bei anderen Berufsgruppen nicht gebe. Wir kennen Straftatbestände im Korruptionsstrafrecht. Wenn uns in diesem Land der Schutz der Gesundheit und des Vertrauens vom Patienten zum Arzt wichtig ist, dann kann man die schützen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Nachdem wir viele der rechtlichen Fragen schon erörtert haben, möchte ich auf andere Punkte unseres Antrags eingehen. Meine erste Frage geht an MEZIS: Wir haben eine Transparenzregelung analog zum amerikanischen Physician Payments Sunshine Act vorgeschlagen. Wie bewerten Sie das? Halten Sie das für einen probaten Weg in Deutschland?

SV **Dr. Christiane Fischer** (Mein Essen zahle ich selbst e. V.; Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte (MEZIS)): Wir halten das für einen probaten Weg und eine exzellente Ergänzung der Verankerung im Strafrecht. Das Ziel des Physician Payment Sunshine Act ist es, Regelungen zu schaffen, die die ökonomischen Verflechtungen aller Beteiligten transparent offenlegen. Er enthält bei Nichtbeachtung wirksame, also auch empfindliche Sanktionen. Er verpflichtet Geber und Nehmer, also Leistungserbringer, Ärzte sowie Hersteller von Medikamenten zur regelmäßigen Veröffentlichung standardisierter Berichte an eine zentrale Stelle. In Deutschland könnte eine solche Position das DIMDI, das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation oder das BfArM einnehmen. Diese zentralen Daten müssten auch für Patientinnen und

Patienten öffentlich zugänglich sein, denn sie müssen wissen, welcher Arzt und welche Ärztin, sei es gesetzlich oder privat, sich an welchen Studien und Anwendungsbeobachtungen beteiligt haben und wie viel Gelder sie dafür beziehen. Wir erachten den Physician Payment Sunshine Act als sinnvolles Äquivalent und Ergänzung der strafrechtlichen Regelungen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an die Bundesärztekammer. Auch Sie haben sich grundsätzlich für eine Transparenzregelung ausgesprochen und nennen verschiedene Beispiele aus dem Ausland. Welche Regelung konkret finden Sie nachahmenswert?

SVe **Dr. Marlis Hübner** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir haben uns grundsätzlich für Transparenz im Hinblick auf die ökonomischen Verflechtungen im Gesundheitswesen ausgesprochen. Sie haben als Anknüpfungspunkt den Sunshine Act gewählt. Es gibt aber auch in anderen Ländern, erwähnt haben wir in der Stellungnahme insbesondere Australien, Frankreich und Dänemark, Regelungen dazu. Ich kann Ihnen jetzt nicht sagen, dass ich diese oder jene Regelung für Deutschland befürworten würde. Alle diese Regelungen sind in bestimmte Gesundheitssysteme und Gesundheitsregelungen eingepasst. Es ist im Grunde genommen eine Ideensammlung, über die man diskutieren kann. Wir sind offen, wie solche Datenbanken aussehen könnten. Die Recherche dazu habe ich zusammengestellt und kann sie Ihnen gerne zur Verfügung stellen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir wären sehr dankbar für die Zusammenstellung. Dann habe ich Fragen an den GKV-Spitzenverband. Wir haben in

unserem Antrag eine Whistleblower-Regelung vorgeschlagen. Wie bewerten Sie die Notwendigkeit einer solchen Regelung?

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich kann mich relativ kurz fassen. Ich glaube, es ist ausgesprochen notwendig, dass wir eine solche Regelung bekommen, weil wir aus unseren Erfahrungen wissen, dass wir korruptiven Praktiken nur dann auf die Spur kommen und sie mit entsprechenden Verdachtsmomenten den Ermittlungsbehörden übergeben können, wenn Personen, die in diesem Umfeld tätig, selber aber nicht korrupt sind, die Möglichkeit haben, ihre Informationen weiterzugeben ohne dafür sanktioniert zu werden. Die derzeitige Rechtsprechung ist in dieser Hinsicht extrem unbefriedigend. Insofern wäre eine solche Regelung notwendig, um das Ganze glaubwürdig abzurunden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an den GKV-Spitzenverband. Wir haben in den vergangenen Jahren etliche Regelungen im SGB V zur Ahndung oder zur Unzulässigkeit von Fehlverhalten nachgebessert, u. a. zuletzt in §128 SGB V. Dadurch wird es möglich, bei Heil- und Hilfsmittelerbringern die Abrechnung in besonders schweren Fällen zeitlich befristet auszuschließen. Wie oft ist das in der Vergangenheit vorgekommen? Sehen Sie so etwas wie ein Vollzugsdefizit, d. h. gibt es Schwierigkeiten, diese Regelung durchzusetzen?

**SV Dr. Stephan Meseke** (GKV-Spitzenverband): Wir sehen hier kein Vollzugsdefizit und haben darauf in unserer Stellungnahme hingewiesen. Es gibt Defizite, die sich an der gesetzlichen Regelung festmachen lassen. Die Krankenkassen können Vertragsstrafen gegenüber nicht ärztlichen Leistungserbringern verhängen. Sie

können auch, wie Sie schon erwähnt haben, einen Leistungserbringer von der Versorgung von Versicherten ausschließen. Dazu muss es aber Beweise für korruptives Verhalten geben und an diese Beweise kommen wir nur mit Hilfe der Ermittlungsbehörden. Nur wenn uns diese vorliegen, können die Krankenkassen Strafanzeige stellen. Und deshalb erfolgten, und dazu wir haben unsere Mitgliedskassen befragt, bislang keine Sanktionen für Vergehen nach § 128 SGB V. Es ist nicht so, dass die Krankenkassen nicht sanktionieren wollen, sondern dass sie es zurzeit nicht können. Mit Hilfe dieses neuen Straftatbestandes könnten wir auch die Ermittlungsmöglichkeiten verschärfen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an Frau Michels. Sie haben gefordert, unseren Vorschlag, die Anwendungsbeobachtungen im AMG zu modifizieren, zu streichen. Worauf kommt es Ihnen dabei an?

**ESVe Dina Michels:** Mir ist in keinem Fall bekannt geworden, dass Anwendungsbeobachtungen zu irgendeinem praktischen Vorteil für die Patientinnen und Patienten geführt haben. Die Auffassung, dass dieser Paragraph überflüssig und ein Einfallstor für Korruption ist, wird auch von Ärzteseite und Institutionen im Gesundheitswesen, immer wieder geäußert.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Würden wir dem, wenn wir im AMG ein klares Studiendesign und auch die Veröffentlichung der Ergebnisse und eine Ergebnissicherung vorsehen würden, einen Riegel verschieben können?

**ESVe Dina Michels:** Wenn man hier eine geschickte Regelung finden würde, wäre es vielleicht möglich, daraus Vorteile zu

ziehen, aber ich bin mir nicht sicher, ob das wirklich praxistauglich ist.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den BVMed. Würden Sie eine Regelung wie den Physician Payments Sunshine Act für Deutschland passend finden?

SV **Joachim M. Schmitt** (Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)): Die Tatsache, dass es diese Regelung in den USA gibt, sagt noch nichts darüber aus, wie gut sie ist. Eine Bewertung steht noch aus. Wir würden es gerne sehen, dass man mit einem positiven Approach an die Situation herangeht. Das heißt, hier geht es um Präventionskampagnen, um Aufklärung, wer, wie und in welchem Maß zusammen arbeiten kann, um dann eine korruptionsfreie Kooperation zu installieren.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Was passiert da auf Ihrer Seite?

SV **Joachim M. Schmitt** (Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)): Wir haben seit 15 Jahren einen Kodex Medizinprodukte, der nach den Prinzipien Trennung, Dokumentation, Transparenz und Äquivalenz funktioniert. Wir haben, wenn Sie sich die Entwicklung über diesen Zeitraum ansehen, viel Erfolg gehabt, aber trotzdem feststellen müssen, dass es im Gesundheitsmarkt nach wie vor Unkenntnis und Unwissenheit gibt. Deshalb ist Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich absolut notwendig.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich möchte von der Bundesärztekammer und dem BVMed wissen, ob Sie es für sachgerecht halten, nicht nur die bestechlichen Leistungserbringer, sondern auch die Bestechenden zu bestrafen?

Sve **Dr. Marlis Hübner** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wenn Sie Korruption bekämpfen wollen, dann gibt es das Problem, dass Sie die Geber- und die Nehmerseite einbeziehen müssen, also den Bestechlichen und den Bestechenden. Auf Seite 3 ff unserer Stellungnahme weisen wir darauf hin, dass der zu erfassende Kreis der Adressaten alle Beteiligten im Gesundheitswesen erfassen sollte.

SV **Joachim M. Schmitt** (Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)): Bestechung und Bestechlichkeit sind zwei Seiten desselben Delikts und ich verweise wiederum auf den Kodex, der keinen Unterschied zwischen Industrieunternehmen, öffentlich-rechtlichen, kirchlichen und privaten Krankenhäusern oder den dort angestellten Ärzten sowie deren Mitarbeitern in niedergelassenen oder im stationären Bereich macht. Wir sind für eine Gleichstellung und Gleichbehandlung aller am Gesundheitsmarkt Beteiligten und dazu gehört auch die Industrie.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): In der Diskussion über die Korruptionsverhütung spielt immer wieder auch die Frage eine Rolle, warum nicht auch die Mitarbeiter der Krankenkassen in derartige Bemühungen einbezogen werden. Ich antworte dann in aller Regel, dass die Mitarbeiter von Krankenkassen, als Beschäftigte von Körperschaften des öffentlichen Rechts, Amtsträger sind, eine Eigenschaft, die niedergelassene Ärzte nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs nicht aufweisen, auch nicht als Vertragsärzte. Bei den Ärzten und auch bei den Krankenkassenmitarbeitern finde ich das gut. Teilen Sie diese Interpretation Herr Kiefer, oder sehen Sie dort weiteren Handlungsbedarf?

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich teile diese Rechtsauffassung. Danach gibt keine Regelungslücke im Hinblick auf korruptives Handeln von Amtsträgern im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen, weder bei den Vorständen noch bei den Mitarbeitern. Ich füge hinzu, wenn es eine solche gäbe, wäre es mit den gleichen Argumenten notwendig und legitim, diese Lücke zu schließen, um volle Klarheit zu haben. Wir haben uns darüber im Vorfeld, weil es in letzter Zeit immer wieder angesprochen worden ist, informiert. Im Medizinrecht 2009 gibt es entsprechende Aufsätze und publizierte Rechtsauffassungen. Krankenkassenmitarbeiter und Vorstände sind Amtsträger und unterliegen dem Korruptionsstrafrecht.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständigen Herrn Prof. Spoerr und Herrn Kleinke. Inwieweit ist die rechtliche Stellung niedergelassener Ärzte mit anderen Freiberuflern, ich nenne hier als Beispiel Rechtsanwälte und Architekten, vergleichbar. Und halten Sie eine einheitliche Regelung für ausreichend oder bedarf es einer besonderen Regelung für Ärzte?

**ESV Prof. Dr. Wolfgang Spoerr**: Es ist keine besondere Regelung für Ärzte, sondern für Leistungserbringer im Gesundheitswesen insgesamt erforderlich, um die Integrität des medizinischen Behandlungsverhaltens gegenüber dem Patienten zu schützen. Das ist ein deutlich anderes Schutzgut. Es ist nicht Gegenstand der Anhörung, ob Schutzlücken bei Rechtsanwälten oder Architekten bestehen. Rechtsanwälte nehmen Parteiinteressen wahr. Die Integrität ist hier durch das Verbot des Parteiverrats geschützt. Soweit sie Vermögensinteressen wahrnehmen, was bei Rechtsanwälten sehr häufig der Fall ist, ist dies durch den Bereich der Untreue geschützt. Bei Architekten gilt § 299 StGB, der auch bei Privatärzten, nicht aber bei

Vertragsärzten Gültigkeit hat. Deshalb ist die Lücke vielleicht gar nicht so groß. Sie ist entstanden, weil Ärzte, anders als andere Freiberufler, keine Vermögensinteressen wahrnehmen. Und deshalb braucht man an dieser Stelle für Leistungserbringer eine besondere Regelung.

**ESV Sören Kleinke**: Ich stimme den Ausführungen von Herrn Prof. Spoerr zu. Es gibt auf den ersten Blick sicherlich ein paar Gemeinsamkeiten dahingehend, dass es sich um hochqualifizierte Berufe mit hoher Verantwortung gegenüber ihrem Klientel handelt. Es gibt allerdings zwei entscheidende Besonderheiten, die den Vertragsarzt von Vertretern anderer freier Berufe unterscheiden. Das eine ist neben dem Kammerrecht die Einbindung in das komplizierte vertragsarztrechtliche System, aus dem besondere Rechte und Pflichten entstehen und zum anderen, und das ist heute schon mehrfach angesprochen worden, ist ihm das besonders schützenswerte Gut der Gesundheit der Patienten anvertraut. Aufgrund dessen halte ich eine besondere Regelung für sinnvoll.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und die KBV. Halten Sie es für erforderlich, dass die Länder ihre Aufsichtsbefugnisse für den Fall der Zuweisung gegen Entgelt in den jeweiligen Krankenhausgesetzen konkretisieren? Und den GKV-Spitzenverband frage ich, was Sie in diesem Zusammenhang von der Empfehlung der Bundesärztekammer und der KBV zu den sogenannten Clearing-Stellen auf Landesebene halten?

**SV Andreas Wagner** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Die Landeskrankenhausesetze können das Thema, das wir hier heute diskutieren, nur flankieren, weil sie, ähnlich wie bei den Ärzten, keine strafrechtlichen sondern

sozialrechtliche Sanktionen vorsehen. Disziplinarrecht steht neben dem einzelnen Straftatbestand und kann dazu führen, dass die Betroffenen sowohl disziplinarisch belangt als auch strafrechtlich verurteilt werden. Hier wäre die Frage, ob es zulassungsrechtliche Konsequenzen für Krankenhäuser haben könnte, wenn sie in korruptives Verhalten involviert sind. Entsprechende Regelungen gibt es in Nordrhein-Westfalen und in Bremen. Das kann das Ganze flankieren, wird aber nicht dazu führen, dass man auf den Straftatbestand letztlich verzichten könnte. Der Straftatbestand könnte dazu führen, dass eine relativ geringe Geldbuße verhängt wird, während die sozialrechtliche Regelung z. B. in Nordrhein-Westfalen, auch den Entzug der Zulassung nicht ausschließt, d. h. das Krankenhaus vom Netz genommen werden kann. Die Handhabung ist sehr unterschiedlich und auch das Disziplinarrecht kann zu entsprechend hohen Strafen, und bei Ärzten zum Entzug der Approbation führen.

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich hatte schon darauf hingewiesen, dass die Clearing-Stellen eine begrenzte Wirkung haben. Ich unterstreiche das Wort begrenzt, denn das ist aus unserer Sicht das Problem, dass die Aufgaben der Clearing-Stellen, welche konkreten Beratungen sie durchführen und welche Wirkung sie erzielen, für die Öffentlichkeit nicht transparent ist. Sie sind im Wesentlichen ein nicht sehr wirksamer Versuch Ordnung zu schaffen. Mit dieser Auffassung sind wir nicht alleine. In einem Bericht des bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit aus dem Jahr 2011, bringt der damals zuständige Minister Söder gegenüber dem Bayerischen Landtag zum Ausdruck, dass er die Clearing-Stellen, zumindest für das Land Bayern, für wirkungslos hält. Die Wirksamkeit solcher Institutionen muss mit einem kritischen Blick hinterfragt werden. Meines Erachtens gibt es die dringende

Erwartungshaltung an die Länder, in ihren krankenhausrechtlichen Regelungen, beispielsweise den Regelungen von Nordrhein-Westfalen zu folgen und Präzisierungen vorzunehmen.

**SV Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir haben eine Erhebung der Clearing-Stellen und der dort geprüften Verträge eingeholt. Ich bin von der Frage überrascht worden, würde die Ergebnisse der Erhebung aber gerne nachreichen. Wir haben festgestellt, dass die Anfangsphase schleppend gelaufen ist, sich jetzt aber die zu prüfenden Verträge mehren. Deshalb haben wir nicht den Eindruck, dass es sich um ein wirkungsloses Instrument handelt.

**Abg. Mechthild Rawert** (SPD): Meine erste Frage geht an Frau Michels und an den Verbraucherzentrale Bundesverband und die zweite Frage an ver.di. Es wird diskutiert, inwieweit Korruption im Gesundheitswesen nur auf Antrag verfolgt wird. Was wären die Folgen für die Arbeit der Ermittlungsbehörden in der Praxis? Der Antrag der Fraktion der SPD wurde schon 2010 gestellt und ich möchte von ver.di wissen, warum es so lange gedauert haben könnte, sich diesen Regelungslücken im Gesundheitswesen zuzuwenden?

**ESVe Dina Michels**: Wenn man im Strafgesetzbuch guckt, wo Antragsdelikte geregelt sind, wird man sehr schnell feststellen, dass es hier meistens um einen sehr geringen Schuldvorwurf geht und dass dieser hauptsächlich am öffentlichen Interesse festgemacht wird. Dabei handelt es sich um einfachen Diebstahl oder Körperverletzung. Dass am Thema Korruption, auch im Hinblick auf das Gesundheitswesen ein großes öffentliches Interesse besteht, sieht man an den Diskussionen in den vergangenen Jahren und an der mittlerweile zweiten Anhörung zu diesem Thema. Insofern halte ich eine Verfolgung auf Antrag für völlig

unangemessen, aber praktische Auswirkungen sehe ich nicht. Bei diesen Taten wird es immer zu Anträgen kommen, letzten Endes durch die Krankenkassen, aber sicher auch durch andere Institutionen.

**SV Susanne Mauersberg** (Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände (vzbv)): Dem kann ich mich anschließen. Wir denken, dass der Straftatbestand Korruption ein sehr komplexes Zusammenwirken beinhaltet und dass viele Wege aufgemacht werden müssen, um zu Erkenntnissen zu gelangen. Aus diesem Grund halten wir die Clearing-Stellen für eine wichtige Option, da sie auch die Möglichkeit der Anonymität bieten. Ich denke, man muss bei diesem Tatbestand, gerade weil es für die beiden beteiligten Seiten eine strikte Geheimhaltung gibt, viele Wege aufmachen, um zu Erkenntnissen zu gelangen. Sonst wird die Bekämpfung scheitern.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Es ist in der Tat verwunderlich, denn bereits bei der letzten Anhörung gab es eine große Übereinstimmung, korruptives Verhalten zu sanktionieren. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Transparency International von einer enorm hohen Summe im Jahr für Korruption im Gesundheitswesen ausgeht. Damit wären die Investitionslücken in den Krankenhäusern sicherlich leicht zu schließen. Es sind also erhebliche Summen, um die es hier geht. Wir sehen als Hauptgrund dafür, dass sich in der Zwischenzeit noch nicht viel getan hat, dass sehr intransparente Gesetzgebungsverfahren mit kaum überschaubaren Regelungen. Es wäre notwendig, über die hier vorliegenden Anträge hinaus, vor allem das Thema Transparenz anzugehen, um schon im Vorfeld Korruption zu verhindern.

Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Ich habe zum Abschluss noch eine Frage an Prof. Bussmann. Sie haben an der Universität Halle vor einiger Zeit eine Studie veröffentlicht, die großes Aufsehen erregt hat. Sie haben gesagt, dass im Hinblick auf die Tatbestände der Patientenschutz und nicht der Schutz des Wettbewerbs im Vordergrund stehen muss. Sie haben in Ihrer Studie ausgeführt, dass etwa 20 Prozent der befragten Ärzte korruptives Verhalten als häufig bezeichnet hätten. Könnten Sie abschließend zwei oder drei plakative Ergebnisse Ihrer Studie im Zusammenhang mit dem Patientenschutz vortragen.

**ESV Prof. Dr. Kai-D. Bussmann**: Das ist ein sportliches Unterfangen in wenigen Minuten. Die Studie liegt den meisten von Ihnen vor. Ich habe sie an meine Stellungnahme angehängt. Es ist schon bemerkenswert, wenn jeder zweite Arzt oder dritte Arzt sagt, dass das durchaus gängige Praxis sein könne. Nicht ärztliche Leistungserbringer und auch Kliniken sehen ein sehr viel größeres Korruptionsproblem. Unabhängig von den konkreten Zahlen ist festzustellen, dass die Ökonomisierung des Gesundheitssystems mit großen Schritten voranschreitet. Bei den börsennotierten Pharmafirmen gibt es einen großen Druck über die Margen. Und von dort geht bekanntermaßen ein hohes Korruptionspotential aus, ohne jetzt einzelne Pharmaunternehmen anklagen zu wollen, aber generell handelt es sich hier um ein Problem des Systems. Die großen Krankenhausgesellschaften haben in erster Linie einen Gewinnmaximierungs-Ethos, das darf ich einmal so provokant sagen. Sie operieren wie andere große Unternehmen und sie formulieren es entsprechend. Der Patient ist Kunde, für den sie etwas tun wollen. Das glaube ich ihnen, aber in erster Linie sind sie ihren Aktionären und anderen verantwortlich und müssen Profit generieren. Das liegt in der Logik der Sache. Ich will nicht moralisieren, sondern es nüchtern beschreiben. Das heißt, in der Wirtschaft

ist die Botschaft, auch durch das Strafrecht, angekommen, dass man etwas gegen Korruption unternehmen muss. Das können Sie auch daran sehen, dass die DAX-30-Unternehmen mittlerweile sehr viel gegen Korruption unternehmen. Sie tun es aber nicht freiwillig. Sie tun es, weil es im Strafrecht Regelungen gegen Korruption gibt. Für die in den USA börsennotierten Firmen wird Druck durch die U.S. SEC (U.S. Securities and Exchange Commission) ausgeübt. In der deutschen Wirtschaft sinkt die Korruptionsbelastung, während wir im Gesundheitssystem eine gegenläufige Entwicklung verzeichnen, dort nämlich steigt die Korruption, wobei die Ökonomisierung gerade erst eingesetzt hat und die Ärzte mit einer ihnen unbekanntem Situation konfrontiert werden. Deswegen wage ich die noch nicht ausreichend unterlegte These, dass gerade die junge Ärztesgeneration zunehmend unternehmerischer denkt. Das heißt, wir haben Korruptionsrisiken zu befürchten, denn sie sind, wie alle anderen Profiteure in der Marktwirtschaft, geneigt, Gewinnmöglichkeiten mitzunehmen. Wir haben eine ernste Situation im Gesundheitssystem und wir kommen mit dem Berufsrecht nicht weiter, denn es hat keine Strahlkraft, das ist eindeutig. In den 90er-Jahren hat der Gesetzgeber entschieden, das Korruptionsstrafrecht, das vorher in das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb gehörte, im Strafrecht zu verorten, weil man sich dort eine andere Wirkung erhoffte. Wir nennen das positive Generalprävention, also die Schaffung eines Unrechtsbewusstseins. Das ist gelungen, die deutsche Wirtschaft denkt zunehmend anders und deutsche Unternehmen sind in diesem Bereich mittlerweile sehr weit vorangekommen. Das sollten wir im Gesundheitssystem auch tun. Ohne das Strafrecht wird sich nichts verändern. Davon bin ich fest überzeugt. Alle Indikatoren sprechen dafür.

Die **Vorsitzende:** Ich darf mich bei allen bedanken, die hier waren, für das Interesse, für die Fragen, vor allen Dingen aber auch für die Antworten, die Sie uns gegeben haben und wünsche eine guten Nachhauseweg.

Ende der Sitzung: 17.27 Uhr