

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
112. Sitzung

Berlin, den 15.05.2013, 14:00 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

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

BT-Drucksache 17/13080

Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 217/13 (Beschluss)) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BR-Drs. 217/13) und Gegenäußerung der Bundesregierung vorbehaltlich der Überweisung

sowie dem

Antrag der Abgeordneten Bärbel Bas, Angelika Graf (Rosenheim), Dr. Marlies Volkmer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD

Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen - Versorgungslücken schließen

BT-Drucksache 17/9059

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
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

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

FDP

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

DIE LINKE.

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

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

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.

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

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

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

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: 14.00 Uhr

Vorsitzende **Dr. Carola Reimann** (SPD): Liebe Gäste, liebe Sachverständige, ich heiße Sie alle herzlich willkommen. Ferner begrüße ich für die Bundesregierung die Staatssekretärin in unserer Runde. Bevor wir mit der Anhörung beginnen, möchte ich ein paar Erläuterungen geben. Wir werden die Sitzung in zwei Blöcke teilen. Im ersten Block befassen wir uns mit dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur Förderung der Prävention. Gegenstand der Beratungen ist außerdem ein Antrag der Fraktion der SPD „Kinder- und Jugendgesundheit – Ungleichheit beseitigen und Versorgungslücken schließen“. Dieser Teil der Anhörung wird von 14.00 bis 16.00 Uhr dauern. Ferner liegen uns zu dem Gesetzentwurf der Koalition Änderungsanträge vor, die allerdings nicht die Prävention, sondern den Bereich Korruption betreffen. Über dieses Thema werden wir in einem zweiten Block eine Stunde lang beraten. Alle, die schon häufiger an einer Anhörung teilgenommen haben – einige von Ihnen treffen sich zurzeit zweimal wöchentlich zu einer Anhörung – mögen sich von den folgenden Ausführungen nicht angesprochen fühlen. Für alle anderen will ich jedoch noch einmal das Prozedere erklären. Die gesamte zur Verfügung stehende Zeit wird in Kontingente aufgeteilt. Dabei stehen der CDU/CSU für den Zwei-Stunden-Block zunächst 23 Minuten, der SPD 14 Minuten, der FDP 18 Minuten, der Fraktion DIE LINKE. 15 Minuten und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 13 Minuten Fragezeit zu. In einer zweiten Runde stehen dann der CDU/CSU noch einmal 23 Minuten und der SPD 14 Minuten zur Verfügung. Nach den Beratungen über das Thema Prävention werden wir eine Pause von 30 Minuten machen und dann den zweiten Block anschließen, in dem die Änderungsanträge von CDU/CSU und FDP Gegenstand der Beratungen sind. Im Übrigen möchte ich Sie bitten, Ihre Handys auszuschalten oder zumindest leise zu stellen, damit wir möglichst wenig Rückkoppelungen mit den Mikrofonen haben. Außerdem möchte ich Sie darauf aufmerksam machen, dass

die Vorhänge hier im Raum zugezogen sind, damit die Filmaufnahmen nicht durch Sonnenlicht beeinträchtigt werden. Und schließlich habe ich noch die Bitte, dann, wenn Sie aufgerufen werden, Ihren Namen und Ihre Institution zu nennen, damit die Angaben für das Protokoll aufgezeichnet werden. Nun beginnt die Fragezeit der CDU/CSU-Fraktion, und der Kollege Dr. Koschorrek hat das Wort.

Abg. **Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Meine ersten Fragen richten sich an den Sachverständigen Herrn Fink. Der vorgelegte Gesetzentwurf hat zum Ziel, die Prävention im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Hierzu werden zahlreiche Leistungsverbesserungen eingeführt. Ich möchte Sie zunächst um eine Bewertung des geplanten Vorhabens bitten. Ferner regelt der vorgelegte Gesetzentwurf die Stellung der Prävention innerhalb des SGB V und damit insbesondere den Auftrag für die Krankenkassen. Sehen Sie die unter anderem von der Normierung von gesundheitsziele.de sowie von der Einrichtung einer Präventionskonferenz ausgehenden Appelle als geeignet an, um über den Bereich der GKV hinaus alle Beteiligten dazu zu bewegen, sich auf diese gemeinsamen Ziele zu verständigen?

ESV **Ulf Fink**: Bei dem Büro für Gesundheit und Prävention, das ich nun schon seit einigen Jahren leite, handelt es sich um einen gemeinnützigen Verein, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, eine Lobby für das Thema Prävention zu sein. Es ist zu begrüßen, dass die Regierungskoalition einen Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention vorgelegt hat, und es wäre wünschenswert, wenn es nach den vielen vergeblichen Versuchen in den vergangenen mehr als zehn Jahren zu einer Verabschiedung des Gesetzentwurfes käme. Alle Gesetzentwürfe, die zuvor von verschiedenen Koalitionen eingebracht wurden, sind entweder der Diskontinuität anheimgefallen oder aus anderen Gründen nicht verabschiedet worden. Deshalb hat es trotz vieler Anläufe seit über zehn Jah-

ren keinen echten Fortschritt beim Thema Prävention gegeben. Sicher kann man sich noch weitere Maßnahmen in diesem Bereich vorstellen. Doch sollte man auch bedenken, dass der Bund hier nur über beschränkte Kompetenzen verfügt. In so wichtigen Bereichen wie etwa der frühkindlichen Erziehung oder den Schulen sind dem Bundesgesetzgeber durch die Verfassung enge Grenzen gesetzt. Die Bildung liegt nun einmal nicht im Kompetenzbereich des Bundes, sondern der Länder. Besonders positiv ist zu bewerten, dass der Gesetzentwurf die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, künftig mehr finanzielle Mittel für die Prävention einzusetzen. Die Festlegung auf einen Richtwert – und nicht einen Grenzwert – von sechs Euro pro Versicherten bietet den Krankenkassen die Möglichkeit, ihre Präventionsleistungen noch stärker auszuweiten. Auf jeden Fall würden die Ausgaben für Prävention ab dem Jahr 2014 um rund 150 bis 180 Millionen Euro steigen. Dies ist ein höchst erfreuliches Signal, das auf keinen Fall – ungeachtet aller Einwände, von denen ich gehört habe – gering geschätzt werden darf. Selbst wenn es nach dem Oktober 2013 eine neue politische Konstellation gäbe, die neue Gesetze entwerfen würde, ließen sich für das Jahr 2014 kaum mehr Verbesserungen im Bereich Prävention erzielen. Auch die Quotierung ist zu befürworten, weil dadurch die auf Settings bezogenen Maßnahmen mehr Gewicht erhalten als bisher. Und besonders froh bin ich darüber, dass die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt werden soll, und zwar nicht nur generell, sondern vor allem auch in den kleinen und mittleren Betrieben, also dort, wo die meisten Arbeitnehmer beschäftigt sind und wo die größten Lücken in der betrieblichen Gesundheitsförderung bestehen. Deshalb sind Quotierungen hier sinnvoll. Ferner halte ich es für wichtig, was Sie, Herr Abgeordneter Dr. Koschorrek, angesprochen haben, dass man sich auf gemeinsame Präventionsziele verständigt. Ganz besonders scheint mir die Bezugnahme auf www.gesundheitsziele.de geeignet zu sein, weil hier alle, die sich mit dem

Thema Prävention beschäftigen, ihren Sachverstand eingebracht haben. Die Präventionsziele können zwar nicht verpflichtend für die Gebietskörperschaften sein, deshalb ist es aber um so wichtiger, dass der Bund dort, wo er die Kompetenz dazu besitzt, den Präventionszielen auch Geltung verschafft und sie in dem Bereich, in dem er Verantwortung trägt, nämlich im Bereich der Krankenkassen, verpflichtend macht. Ich hoffe sehr, dass hiervon eine Signalwirkung an die anderen Präventionsakteure ausgeht. Immerhin muss bedacht werden, dass die Ausgaben der Gebietskörperschaften für Prävention im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte rückläufig waren, während die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Prävention gestiegen sind. Zudem steht zu befürchten, dass die Gebietskörperschaften auf die Mehrausgaben, die die gesetzliche Krankenversicherung tätigt, mit einer Verminderung ihrer Ausgaben reagieren. Dies wäre auf keinen Fall wünschenswert. Daher sollten die gesetzlichen Krankenkassen die Chance nutzen, ihre finanziellen Mittel für die Prävention so einzusetzen, dass dieser Effekt möglichst nicht eintritt. Wenn die gesetzlichen Krankenkassen sich an Präventionszielen orientieren müssen, dann hat dies indirekt auch Auswirkungen auf das Verhalten anderer Akteure. Wichtig scheint mir ferner die Einrichtung einer ständigen Präventionskonferenz und die Verpflichtung zu einer regelmäßigen Berichterstattung. Da der Bund nur über begrenzte Kompetenzen verfügt, kann eine solche Konferenz die Aufgabe übernehmen, die politische und gesellschaftliche Bedeutung der Prävention zu unterstreichen und gemeinsames Handeln zu erleichtern. Es gibt aber auch einen Punkt in dem Gesetzentwurf, den ich kritisch beurteile. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist sehr wichtig für die Prävention, und sie leistet seit Jahrzehnten wertvolle Arbeit. Ich erinnere in diesem Zusammenhang nur an den Kampf gegen AIDS. Es ist daher richtig, die BZgA in ihrer Funktion auch finanziell zu stärken. Allerdings ist es ordnungspolitisch wenig überzeugend, die Krankenkassen dazu zu

verpflichten, Beitragsmittel an die BZgA zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten zu transferieren. Der Spitzenverband der Krankenkassen hat Recht, wenn er in seiner schriftlichen Stellungnahme Folgendes ausführt: „Wenn der Bund das Aufgabenspektrum und die Schlagkraft seiner nachgeordneten Behörde stärken möchte, dann kann dies sinnvoll sein, aber es sollte dann auch mit Mitteln des Bundes finanziert werden.“ Dem ist meiner Ansicht nach nichts hinzuzufügen. Generell sind auch all die Regelungen zu begrüßen, die der Sicherstellung der Qualität und der Transparenz dienen. Dafür ist eine Fülle von Maßnahmen vorgesehen. Man muss sich jedoch davor hüten, die Berichtspflichten allzu sehr auszuweiten. Insgesamt überwiegen die Vorteile des Gesetzentwurfs zur Förderung der Prävention die erwähnten Nachteile bei Weitem. Der Gesetzentwurf beinhaltet gleichwohl nur einen, wenn auch wichtigen Schritt hin zu mehr Prävention. Ihm müssen in der kommenden Legislaturperiode weitere Schritte folgen. Aus heutiger Perspektive wäre es jedoch bedauerlich, wenn dieser gesetzliche Vorstoß scheitern würde.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krebsgesellschaft und den Deutschen Caritasverband. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll eine ständige Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichtet werden. Wie bewerten Sie diese Maßnahme?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich kann ich mich in diesem Punkt den Ausführungen des Sachverständigen Fink anschließen. Die Einrichtung einer ständigen Präventionskonferenz ist ein geeignetes Instrument, um dem Thema Prävention, das eben nicht einem bestimmten Politiksektor zugewiesen werden kann, ein wenig mehr Aufmerksamkeit zu verschaffen, insbesondere dann, wenn die Arbeitsweise dieser stän-

digen Konferenz darauf ausgerichtet würde, die entscheidenden Herausforderungen der Präventionspolitik zum Thema zu machen. Dies gilt umso mehr, wenn diejenigen, die der Bundesgesetzgeber nicht unmittelbar in die Pflicht nehmen kann, diese Präventionskonferenz als Forum begreifen würden, das ihnen auch Anstöße für eigene Initiativen, die zumindest teilweise auch abzurechnen sein müssten, geben kann. Ein solches Forum würde gerade in diesem Themenfeld die Möglichkeit schaffen, die verschiedensten Akteure miteinander zu vernetzen und die thematische Ausrichtung ansatzweise zu kanalisieren. Dazu bedarf es aber der Bereitschaft aller Beteiligten, den gewonnenen Erkenntnissen konkretes Handeln folgen zu lassen. Insofern könnte eine solche Konferenz, wie es sie auch in anderen Politikbereichen gibt, beispielhaft vorführen, dass sie nicht nur zum Reden, sondern auch zum wirksamen Handeln dient. Das wäre dann in gewisser Weise ein Novum für eine solche Art von Diskussions- und Konferenzrunde.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann mich der Einschätzung von Herrn Kiefer anschließen. Auch wir halten eine ständige Präventionskonferenz für ein geeignetes Instrument, zumal die Zusammensetzung erwarten lässt, dass alle für diesen Bereich relevanten Akteure hier vertreten sind. Zu den Mitgliedern zählen auf staatlicher Seite die Bundesministerien, die für den Bereich Prävention von Bedeutung sind. Meiner Auffassung nach sind dies neben dem Bundesgesundheitsministerium auch die Ministerien, die jeweils für Wohnen und für Verkehr, sowie für Arbeit und Soziales und für Bildung zuständig sind. Denn Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Weitere Mitglieder sind die Länder und die Kommunen, die für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung maßgeblichen gesellschaftlichen Organisationen – darunter, wie ich annehme, wohl auch die Wohlfahrtsverbände – sowie die Sozialleistungsträger. Dazu zählen aus meiner Sicht auch die

Bundesagentur für Arbeit sowie Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften. Im Übrigen bin ich der Auffassung, dass die ständige Präventionskonferenz auf Bundesebene allein kein ausreichendes Instrument ist, um die Prävention gesamtgesellschaftlich voranzutreiben. Die ständige Präventionskonferenz sollte vielmehr mit den seit 2007 in allen Bundesländern existierenden regionalen Knoten verknüpft werden, um sicherzustellen, dass Präventionsmaßnahmen auch bei den Menschen vor Ort, in den Ländern und Kommunen, ankommen.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Ich habe zunächst eine Frage an die Vertreterin von gesundheitsziele.de. Eigentlich müssten Sie sich geehrt fühlen, dass ihre Arbeit so hoch geschätzt wird und dass die Auffassung besteht, die von Ihnen erarbeiteten Ziele sollten Eingang in ein Gesetz finden. Vor diesem Hintergrund würde ich gern wissen, ob es aus ihrer Sicht ausreicht, die Ziele konkret zu benennen oder ob Sie es für angebracht hielten, darüber hinaus auch konkrete Quotienten für die Zielerreichung festzulegen. Ferner habe ich eine Frage an den Vertreter des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte. In Ihrer Stellungnahme begrüßen Sie ausdrücklich die Möglichkeit, dass Ärzte in Zukunft Präventionsempfehlungen abgeben können. Sie treten zudem dafür ein, diese Befugnis auch den Betriebs- und Werksärzten zu übertragen. Ich halte dies für eine interessante Position und würde Sie bitten, diese näher zu begründen.

SVe **Sylvia Weber** (gesundheitsziele.de – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG)): Uns obliegt die Geschäftsführung für gesundheitsziele.de. Denn der Verbund besteht nicht nur aus unserem Verband, sondern aus einer Vielzahl von Akteuren. Mittlerweile sind 120 verschiedene Organisationen, Institutionen beziehungsweise Wissenschaftseinrichtungen an dieser Plattform beteiligt. Im Übrigen kann ich Ihnen

Recht geben, wir fühlen uns in der Tat in unserer Arbeit gewürdigt. Die Frage, ob es ausreicht, die Ziele im Gesetz zu benennen, um die Sozialversicherungsträger zu verpflichten, sich an diesen Zielen zu orientieren, würde ich uneingeschränkt bejahen. Die weitergehende Frage ist dann, was sich in der Realität verändert. Der Kooperationsverbund gründet sich auf zwei tragende Prinzipien: das Freiwilligkeitsprinzip und das Konsensprinzip. Hinzu kommt die freiwillige Selbstverpflichtung, die Ziele, die erarbeitet werden, auch umzusetzen. Sicherlich hat eine gesetzliche Verpflichtung einen höheren Stellenwert als eine Selbstverpflichtung. Uns liegen aber keinerlei Hinweise darauf vor, dass die Sozialversicherungsträger ihre Selbstverpflichtung zurzeit vernachlässigen würden. Das zuletzt verabschiedete Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ ist in einem mehr als zwei Jahre dauernden Beratungsprozess erarbeitet worden, an dem sich die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung durchweg aktiv beteiligt haben. Die GKV bringt sich in den Prozess nicht nur mit personellen Ressourcen, sondern seit 2006 auch durch eine anteilige Finanzierung mit ein. Dies beweist, dass sie diesem Prozess einen hohen Stellenwert beimisst und dass sie die Ergebnisse, die sie im Konsens mit den übrigen Beteiligten erzielt, ernst nimmt und selbstverantwortlich umsetzt. Eine gesetzliche Normierung würde diese Verpflichtung unterstreichen. Allerdings kann man der GKV nicht vorwerfen, sie habe sich bisher im Rahmen der freiwilligen Zusammenarbeit nur unzureichend an den vereinbarten Zielen orientiert. Den Grad der Zielerreichung zu messen, halte ich für außerordentlich schwierig. Es gibt bei gesundheitsziele.de einen Evaluationsbeirat, der den gesamten Prozess wissenschaftlich begleitet. Aufgrund der Vielschichtigkeit der Zielsetzungen, die auch noch auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind, erscheint es mir kaum möglich, für alle Bereiche in gleicher Eindringtiefe Indikatoren zu entwickeln, die die Zielerreichung messbar machen würden. Der große Vorteil von gesundheitsziele.de als Kooperations-

plattform besteht darin, dass das Netzwerk ganz unterschiedliche Akteure dazu anregt, an demselben Thema zu arbeiten und am gleichen Strang zu ziehen. Welchen Anteil einzelne Organisationen an einem sich möglicherweise einstellenden Erfolg haben, lässt sich meiner Ansicht nach kaum feststellen oder gar messen.

SV Dr. med. Wolfgang Panter (Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW)): Mein Verband repräsentiert etwa 10.000 Ärzte, die sowohl in großen als auch in kleinen Unternehmen die betriebsärztliche Betreuung sicherstellen. Wir halten es für sehr wichtig – und das ist auch in anderen Beiträgen schon angeklungen –, die betriebliche Gesundheitsförderung zu stärken. In vielen großen Unternehmen gibt es bereits hervorragende Strukturen, wir müssen aber auch – wie dies Herr Fink schon angesprochen hat – in kleinen und mittleren Unternehmen die nötigen Voraussetzungen dafür schaffen, dass das Thema Gesundheitsförderung mehr Beachtung findet. Dabei können die Strukturen, die sich in der Großindustrie bewährt haben, nicht eins zu eins auf die kleinen und mittleren Betriebe übertragen werden. Bei dem Demografieipfel, der gestern stattgefunden hat, ist zum Thema Prävention nicht viel gesagt worden. Wenn wir den demografischen Wandel bewältigen und die Beschäftigungsfähigkeit sicherstellen wollen, dann müssen wir das Thema Prävention im Bewusstsein der Beteiligten, aber auch in Gesetzen und Maßnahmen verankern. Wir sind davon überzeugt, dazu einen originären Beitrag leisten zu können, da wir eine große Zahl von Menschen erreichen, die sonst keine Kontakte zu Ärzten haben, die aber durch den Kontakt zum Betriebsarzt an das Thema Prävention herangeführt werden können. Es gibt Beispiele aus Betrieben der Großindustrie, in denen durch spezielle Maßnahmen die Rate der Teilnehmer an Krebsvorsorgeuntersuchungen erheblich gesteigert werden konnte. Unserer Ansicht nach lässt sich so etwas auch in kleineren und mittleren Unternehmen realisieren. In vielen Großunternehmen

hat es bereits Tradition, das Thema Gesundheitsförderung in den Leitlinien der Unternehmenspolitik zu verankern. Kleine Unternehmen tun sich damit schwerer. Aus unserer Sicht wäre es jedoch wichtig, dieses Thema in den kleinen und mittleren Unternehmen aufzuwerten und den Betriebsärzten dort zum Beispiel die Möglichkeit zu geben, vermittelt über die GKV Impfprogramme, Krebsvorsorgeuntersuchungen oder andere Maßnahmen anzubieten. Damit könnten wir einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Volkskrankheiten zurückzudrängen. Denn darum geht es vor allem, wenn man die Beschäftigungsfähigkeit erhalten und vorzeitige Verrentungen verhindern will.

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD): Ich habe eine Frage an den Paritätischen Gesamtverband und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Sie schreiben in Ihren Stellungnahmen, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von Prävention nicht angemessen berücksichtigt. Der Entwurf werde daher von verschiedener Seite wegen seines veralteten und verengten Verständnisses von Gesundheitsförderung und Prävention kritisiert. Könnten Sie uns diese Position näher erläutern?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Der Paritätische Gesamtverband): Ich möchte zunächst etwas zum gesamtgesellschaftlichen Ansatz sagen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass allein auf die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgegriffen wird, während die anderen Sozialversicherungsträger und die staatlichen Akteure in Gestalt von Bund, Ländern und Kommunen außen vor bleiben. Außerdem werden die gewachsenen Strukturen in der Prävention und die freie Wohlfahrtspflege außer Acht gelassen. All dies zeigt, dass dieses Gesetz den gesamtgesellschaftlichen Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Prävention nicht entspricht. Darin sind sich meines Erachtens die allermeisten Sachverständigen einig.

Dies ist jedoch nicht verwunderlich, da das Präventionsmodell oder die Präventionsphilosophie, die diesem Entwurf zugrunde liegt, stark verengt ist. Aber vielleicht benötigt man zur Durchführung dieses verengten Ansatzes gar nicht so viele Akteure und auch keine starke Integration. Der Entwurf geht von der Annahme aus, dass Prävention im Wesentlichen auf eine Verhaltensänderung im Hinblick auf einzelne Erkrankungen abzielt und dass man solche Verhaltensänderungen am ehesten durch mehr Information, durch Einsatz der ärztlichen Autorität sowie durch materielle Anreize erreicht. Diese Annahme ist speziell im Hinblick auf sozial Benachteiligte nicht nur völlig unplausibel, sondern auch schon hunderte Male widerlegt worden. Das ist einfach ein falscher Ansatz, der die ursprüngliche Intention des § 20 SGB V, wonach Prävention vor allem einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit zu leisten hat, aufgibt. Daher ist es vielleicht sogar konsequent, dass im Regierungsentwurf das Wort „insbesondere“ nicht mehr auftaucht. Denn das hier vorgesehene Instrumentarium ist nicht geeignet, den Anspruch, zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit beizutragen, einzulösen. Vollkommen vernachlässigt wird zudem die Prävention in den Lebenswelten. Die Lebenswelten werden zwar in der Legaldefinition des § 20 Absatz 3 erwähnt, aber lediglich in ihrer Eigenschaft als Interventionsorte. Statt altbackene Gesundheitsbotschaften und -erziehungsmaßnahmen an bestimmten Orten wie Schulen, Betrieben oder Gemeinden zu verbreiten beziehungsweise anzuwenden, käme es darauf an, die Substanz des Lebensweltansatzes im Gesetz zu verankern. Diese Substanz hat viel mit Partizipation und Strukturveränderung zu tun. Wenn man aber lediglich die Interventionsorte definiert, dann leistet man in der Frage der Lebensweltintervention einem Etikettenschwindel Vorschub, so wie dies zuletzt im Sachverständigenratsgutachten 2009 zur Kindergesundheit geschehen ist. Lebensweltansätze sind komplex und daher nicht so beliebt.

SV Dr. Uwe Prümel-Philippson (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)): Ich kann ein wenig Zeit sparen, indem ich mich den Ausführungen von Herrn Rosenbrock in diesem Punkt anschließe. Wie wir bereits in unserer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt haben, ist die Community der Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivisten sehr darüber verwundert, dass nach den vielen Diskussionen in den vergangenen Wahlperioden der Aspekt der ressortübergreifenden Zusammenarbeit im Gesetz nicht berücksichtigt wird. Darauf ist, wie Herr Panter ausgeführt hat, auch an anderer Stelle, zum Beispiel beim Demografiegipfel und im Zusammenhang mit der Demografiestrategie, schon vielfach – theoretisch wie konzeptionell – hingewiesen worden. Das BMG hat in seiner Erwiderung auf die Kritik des Bundesrates, wie ich heute lesen konnte, ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich hier um ein ressortspezifisches Gesetz handelt. Damit ist das, was Herr Rosenbrock ausgeführt hat, schon belegt. In diesem Zusammenhang möchte ich auch meiner Verwunderung darüber Ausdruck verleihen, dass ein Gremium, das 13 Jahre lang erfolgreich gearbeitet hat und im noch geltenden Gesetz Erwähnung findet – nämlich die beratende Kommission beim GKV-Spitzenverband –, abgeschafft und stattdessen eine Präventionskonferenz eingeführt werden soll. Wie bereits von anderen ausgeführt wurde, wird das Ziel ressortübergreifender Zusammenarbeit nun viel unverbindlicher formuliert. Die Präventionskonferenz wird dieses Ziel wahrscheinlich auch nicht realisieren können. Unserer Auffassung nach ist die beratende Kommission sehr viel näher an der Realität und daher auch sehr viel besser geeignet, Präventionskonzepte und insbesondere die Prävention in Lebenswelten umzusetzen. Wir fordern daher, die Kommission zu erhalten.

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD): Meine zweite Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, den Verband der Ersatzkassen e. V. und die BDA. Die

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat als nachgeordnete Behörde im Geschäftsbereich des BMG heute schon die Aufgabe, die gesundheitliche Aufklärung, etwa im Erziehungswesen, bundesweit zu koordinieren und zu verstärken. Darauf hat auch Herr Senator Fink ausdrücklich hingewiesen, und ich danke ihm für diese Einschätzung. Dem Gesetzentwurf zufolge sollen nun die gesetzlichen Krankenkassen der BZgA Beitragsmittel der gesetzlich Versicherten für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten überlassen. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Ich will eine Vorbemerkung machen, damit meine nachfolgenden Ausführungen nicht missverstanden werden. Wenn man die vergangenen 20 Jahre betrachtet, dann ist offenkundig, dass die Arbeit der BZgA in vielen Themenbereichen und mit ihren zum Teil bahnbrechenden Kampagnen, insbesondere im Zusammenhang mit HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen – Herr Fink hat dies erwähnt –, unverzichtbar gewesen ist und sich auf einem hohen Niveau bewegt hat. Die in dem Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, einen Teil ihrer Finanzmittel der BZgA zur Verfügung zu stellen, halten wir jedoch für ausgesprochen fragwürdig, und zwar im Wesentlichen aus zwei Gründen. Zum einen wäre dies ordnungspolitisch völlig verfehlt. Es erscheint mir wichtig, auf diesen Aspekt ausdrücklich hinzuweisen, auch wenn dies heute nicht mehr im Trend liegt. Durch die neue Regelung wären wir als selbstverwalteter Sozialversicherungsträger gezwungen, einer nachgeordneten Bundesbehörde Mittel für nicht klar definierte Zwecke zur Verfügung zu stellen. Diese Regelung sollte unbedingt noch einmal überdacht werden, auch – wie gesagt – aus ordnungspolitischen Gründen. Ich will aber noch auf einen zweiten Aspekt hinweisen. Wenn man sich die Detailregelungen anschaut, dann erkennt man, dass der Gesetzgeber nach der Formulierung, wie sie zurzeit vorliegt,

für die Finanzierung einerseits eine feste Vorgabe macht, nämlich ein Volumen von 35 Mio. Euro pro Jahr, diese Vorgabe andererseits aber verdeckt, indem er die Beteiligten dazu verpflichtet, einen Vertrag abzuschließen. Wenn dieser Vertrag nicht zustande kommt, ist die BZgA gleichwohl dazu berechtigt, das Geld schon einmal nach eigenem Gutdünken zu verwenden. Die gesetzlichen Regelung lässt somit deutlich das Bemühen erkennen, eine irgendwie geartete Konstruktion für ein methodisch und ordnungspolitisch kaum zu rechtfertigendes Verfahren zu finden. Dies ist zumindest mein Eindruck. Im Übrigen bleibt es bei aller Wertschätzung für die BZgA fraglich, ob sie immer der geeignete Partner ist, um eine insbesondere auf die Regionen und auf settingspezifische Probleme ausgerichtete Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit beziehungsweise entsprechende Kampagnen durchzuführen. Aus all dem ziehe ich den Schluss, dass diese Regelung in die falsche Richtung zielt. Natürlich werden die Krankenkassen ihrer Aufgabe, Aufklärung in den Settings – in den Regionen und Schulen – zu betreiben, nachkommen, aber sie würden dies natürlich lieber mit Partnern tun, die dafür die am besten geeignete Expertise mitbringen. Und wenn sich im Rahmen eines normalen, transparenten Ausschreibungsverfahrens in dem einen oder anderen Fall die BZgA als Kooperationspartner durchsetzen würde, hätten wir dagegen nichts einzuwenden. Aber eine generelle Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit einer nachgeordneten Bundesbehörde passt nicht in die Zeit.

SV Ulrich Mohr (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Auch nach unserer Auffassung liegt die Kernkompetenz der BZgA in einem anderen Bereich, nämlich bei der Entwicklung von Aufklärungs- und Informationsmaterialien für die Aus- und Fortbildung von Gesundheitserziehern usw. Das sind Aufgaben, deren Finanzierung aus Bundesmitteln zu erfolgen hat, was bisher auch so geregelt ist. Ich will dafür ein Beispiel nennen. Wir haben vor

Jahren gemeinsam mit dem Landessportbund ein kassenartenübergreifendes Präventionsprojekt aufgelegt. Dies lief flächendeckend in allen Kreisen Nordrhein-Westfalens. Meines Wissens waren es 52 Kreise. Dazu leistete die BZgA seinerzeit einen wichtigen Beitrag, indem sie uns die Schulungsmaterialien zur Verfügung stellte. Ohne diese Unterstützung wäre das Projekt in dem genannten Umfang nicht möglich gewesen. Durch die Neuregelung, wie sie der Gesetzentwurf jetzt vorsieht, würden sich die Verhältnisse umkehren. Künftig müsste die GKV im Zweifel auch diese Broschüren und Materialien bezahlen, und wir würden uns in Zukunft fragen, ob es nicht eigentlich Sache des Bundes gewesen wäre, diese Dinge von der BZgA herstellen und finanzieren zu lassen. Im Übrigen haben auch wir – ähnlich wie Herr Kiefer – rechtliche Bedenken. Es sonderbar, dass wir in vielen Bereichen dem Vergaberecht unterliegen, hier aber zweistellige Millionenbeträge an einen per Gesetz festgelegten Anbieter, nämlich die BZgA, überweisen sollen.

Sve Anne Scholz (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Ich möchte mich den Ausführungen meiner Vorredner anschließen. Auch wir halten die Zwangsabgabe an die BZgA für ordnungspolitisch äußerst fragwürdig. Wir sehen darin einen Eingriff in die Finanz- und Entscheidungsautonomie der Krankenkassen. Diese sollten allein über die Verwendung ihrer Beitragseinnahmen bestimmen können.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Ich habe eine Frage an die Caritas und an Prof. Geene. Die SPD hat einen Antrag zur Prävention in der Kinder- und Jugendgesundheit vorgelegt. Danach soll die Prävention insbesondere schnittstellen- und akteursübergreifend ausgerichtet werden. Könnten Sie darlegen, ob der jetzt vorliegende Gesetzentwurf die Zusammenarbeit fördert?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Die Kinder- und Jugendgesundheit ist ein gutes Beispiel für die Notwendigkeit der Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger untereinander sowie mit Ländern, Kommunen und Einrichtungen. Insofern greift ein Ansatz, der lediglich Veränderungen im SGB V vornimmt, zu kurz. Auf jeden Fall bedarf es einer systematischen Verankerung der Gesundheitsförderung im SGB VIII. Dafür setzen wir uns seit Jahren ein, um nur ein Beispiel zu nennen. Die Kinder- und Jugendgesundheit umfasst aber noch weit mehr. Sie reicht in den Bildungsbereich hinein, sie umfasst die Förderung der Lebenskompetenz, sie muss in den Ausbildungen der Erzieherinnen und Lehrer besser verankert werden usw. Im Übrigen hat sich gesundheitsziele.de unter anderem mit dem Thema „Gesund aufwachsen“ befasst. Dieses Gesundheitsziel ist ein Beispiel dafür, dass der Gesetzentwurf sich doch nicht ausschließlich auf das SGB V bezieht, sondern eine Reihe von Themen anspricht, die weit über das SGB V hinausweisen.

SV Prof. Dr. Raimund Geene: Der SPD-Antrag spricht eine Reihe von wichtigen Aspekten an, die Versorgungslücken in der Kindergesundheit betreffen. Solche Lücken gibt es beispielsweise in den sozialpädiatrischen Zentren und bei der Frühförderung als Komplexleistung. Hier existiert eine Schnittstellenproblematik, die noch längst nicht gelöst ist. Auch bei der Versorgung von Frühgeborenen gibt es noch eklatante Defizite. Hier hinkt Deutschland anderen Ländern weit hinterher. All dies sind wichtige Handlungsfelder, in denen wirksame Maßnahmen ergriffen werden müssten. Der Entwurf zum Präventionsgesetz geht auf diese Probleme nicht ein, sondern er verschärft sie noch, indem er die klassische ärztliche Tätigkeit über die Sekundärprävention hinaus mit primärpräventiven Aufgaben belastet. Damit wird das Tätigkeitsfeld der Kinderärzte mit Aufgaben überfrachtet. Es findet eine in der Sache beliebige Expansion in den Bereich der Primärprävention

hinein statt, die in dieser Art und Weise weder durch die gesetzlichen noch durch die Vorgaben der WHO gerechtfertigt ist. Dies wird auch durch die Entscheidung des Bundesrates deutlich, wonach künftig in einem Formular angekreuzt werden soll, ob ein Bewegungskurs empfohlen wird. Im Gegensatz dazu sollte der interdisziplinäre Ansatz der Gesundheitsförderung hervorgehoben werden, das heißt die Tatsache, dass verschiedene Professionen beteiligt sind. Die Primärprävention erfolgt nicht im Sprechzimmer des Kinderarztes, sondern vor Ort in der Familie, in den Settings. Hier hat man es nicht mit Ärzten, sondern mit anderen Leistungserbringern zu tun. Diese müssen aber wiederum mit den Ärzten zusammenarbeiten, so wie dies beispielsweise das Bundeskinderschutzgesetz schon jetzt vorsieht. Wenn man umgekehrt den gesamten Bereich der Primärprävention mit dem sekundärpräventiven Bereich vermischt, dann wird man künftig vor dem Problem stehen, dass die Zahl der Empfehlungen expandiert. Dann kann man auch nicht mehr unterscheiden, welches Kind krank und welches förderungsbedürftig ist. Insofern wird sich künftig ein Problem entwickeln, wenn die verschiedenen Sektoren nicht zusammenarbeiten oder ihre jeweiligen Handlungsfelder übermäßig ausdehnen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Neben den vielen fachlichen Fragen, die schon angesprochen worden sind, müssen auch einige Rechtsfragen beantwortet werden. Diese ergeben sich insbesondere aus den Forderungen des Bundesrates, die ebenfalls Gegenstand dieser Anhörung sind. Dazu möchte ich Herrn Prof. Sodan einige Fragen stellen. Der Gesetzentwurf konzentriert sich auf das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Wie beurteilen Sie unter dem Gesichtspunkt der Gesetzgebungskompetenz des Bundes die Forderung der Länder, über die Krankenkassen hinaus auch die Länder und die Kommunen in ein Bundespräventionsgesetz einzubeziehen und damit Regelungen

auf dem Gebiet der allgemeinen Gesundheitsförderung und Vorsorge zu treffen?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Die vom Bundesrat geforderten Maßnahmen werfen die Frage auf, ob in einem Bundesgesetz Regelungen getroffen werden dürfen, welche die Länder ermächtigen oder verpflichten, Präventionsprogramme und Fonds einzurichten, die von den Sozialversicherungsträgern sowie von den privaten Krankenversicherungsunternehmen mitfinanziert werden sollen. Es ist allgemein fraglich, ob der Bund die Länder bzw. die Kommunen überhaupt per Gesetz zur Erfüllung eigener gesetzgeberischer Zwecke im Rahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention heranziehen kann. Soweit derartige Maßnahmen die Tätigkeit der gesetzlichen Krankenkassen regeln, sind sie von Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz erfasst. Danach erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebung unter anderem auch auf die Sozialversicherung. Dann allerdings richten sich die Normen an die jeweiligen Sozialversicherungsträger selbst und damit an Teile der mittelbaren Staatsverwaltung auf Bundes- und Landesebene. Eine über das Recht der Sozialversicherung hinausgehende unmittelbare Verpflichtung ohne Ermächtigung der Länder würde aber gegen die grundgesetzliche Kompetenzordnung verstoßen, da kein Kompetenztitel erkennbar ist, der zu einer derartigen Regelung ermächtigen könnte. Die weiteren gesundheitsbezogenen Kompetenztitel aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 und Nummer 20 Grundgesetz erfassen das hier verfolgte Gesetzgebungsziel nicht. Es gilt insoweit nach Artikel 70 Absatz 1 Grundgesetz der Grundsatz der Gesetzgebungskompetenz der Länder. Wollten diese entsprechende Regelungen für eigene Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung – insbesondere zu deren Finanzierung –, die nicht mehr vom Recht der Sozialversicherung erfasst sind, erlassen, so stünde es in ihrem gesetzgeberischen Ermessen, eben solche Vorschriften zu verabschieden. Eine diesbezügliche Forderung an den Bund geht daher fehl. Die Länder

selbst dürften hier aber keine Landesgesetze mit Verpflichtungen der gesetzlichen Krankenkassen zu Zahlungen in ihre Fonds beschließen. Der Bund hat mit seinen Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung von seiner Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz abschließend Gebrauch gemacht, so dass insoweit für die Länder die Sperrwirkung des Artikels 72 Absatz 1 Grundgesetz gilt.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Ich möchte Herrn Prof. Sodan eine weitere Frage stellen. Die Länder fordern über diesen Gesetzentwurf hinaus auch bundesgesetzliche Regelungen, mit denen sie – die Länder – zur Einrichtung von Landespräventions- und Gesundheitsförderungsfonds ermächtigt werden sollen, um daraus Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme zu finanzieren. An der Finanzierung dieser Fonds sollen sich alle Sozialversicherungsträger, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie die Länder beteiligen. Wie beurteilen Sie ein solches gemeinsames Tätigwerden von Bundes- und Landesbehörden unter dem Gesichtspunkt der dadurch begründeten Mischverwaltungen?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Die damit vom Bundesrat angestrebte Zusammenarbeit von Landesbehörden und Sozialversicherungsträgern auf Bundesebene stößt auf erhebliche verfassungsrechtliche Einwände. Das Bundesverfassungsgericht hat klargestellt, dass die Verwaltung des Bundes und die Verwaltung der Länder organisatorisch und funktionell im Sinne von in sich geschlossenen Einheiten prinzipiell voneinander getrennt sind. Der Grundsatz der eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung wird durch eine sogenannte Mischverwaltung durchbrochen, indem der Bund oder ein Land Mitentscheidungsrechte bezüglich einer in die Kompetenz des anderen fallenden Frage erhält. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts schließt das Grundgesetz eine Mischver-

waltung aus, soweit diese nicht ausdrücklich zugelassen ist. Eine Ausnahme regelt seit einiger Zeit Artikel 91e Grundgesetz für das Zusammenwirken hinsichtlich der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Eine hinreichend klare Zuordnung von Verwaltungszuständigkeiten ist, wie das Bundesverfassungsgericht zu Recht ausgeführt hat, vor allem im Hinblick auf das Demokratieprinzip erforderlich, das eine ununterbrochene Legitimationskette vom Volk zu den mit staatlichen Aufgaben betrauten Organen und Amtswaltern fordert und auf diese Weise demokratische Verantwortlichkeit ermöglicht. Soll die Verwaltung von Landesprogrammen zu Prävention und Gesundheitsförderung von Landesbehörden und von Körperschaften des Bundes zugleich erfolgen, wie es der Bundesrat fordert, ginge die Trennung zwischen Bundes- und Landesverwaltung in diesem Bereich verloren, Entscheidungsverantwortlichkeiten würden verwischt. Mithin würde bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern die Möglichkeit zur Mitbestimmung auf Landesebene eingeräumt. Dies entspricht gerade dem Wesen einer Mischverwaltung, die für diesen Bereich aber keine ausdrückliche Ermächtigung im Grundgesetz erfahren hat und daher verfassungsrechtlich unzulässig ist.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Prof. Sodan. Unser Gesetzentwurf dient der Fortentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Wäre eine darüber hinausgehende finanzielle Beteiligung anderer Sozialversicherungsträger, zum Beispiel der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung, an gemeinsamen Landespräventionsfonds aus Ihrer Sicht mit dem grundrechtlichen Prinzip der Beitragsäquivalenz vereinbar?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Die Basis jedes Sozialversicherungsträgers bildet bekanntlich der Versichertenkreis. Dessen Zusammensetzung beruht ganz überwiegend auf dem Prinzip der Pflichtversi-

cherung. Die Pflichtmitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft greift nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in das durch Artikel 2 Absatz 1 Grundgesetz geschützte Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ein. Dieser Eingriff lässt sich prinzipiell durch die für dieses Grundrecht beschriebene Schranke der verfassungsmäßigen Ordnung, die als allgemeine Rechtsordnung verstanden wird, rechtfertigen. Muss der Pflichtversicherte also grundsätzlich die zwangsweise Einbeziehung in eine Sozialversicherung mit den damit verbundenen finanziellen Belastungen hinnehmen, hat er andererseits auch einen Anspruch auf eine funktionsgerechte Verwendung seiner Beiträge. Andernfalls entfielen die Legitimation für die Pflichtversicherung. Insbesondere könnte von einer versicherungstypischen Äquivalenz zwischen Leistung und Gegenleistung nicht mehr gesprochen werden. Dieses Äquivalenzprinzip ist für den Bereich der Sozialversicherung zwar durch den notwendigen sozialen Ausgleich modifiziert. Insoweit wird im Schrifttum speziell für die gesetzliche Krankenversicherung von einer Globaläquivalenz gesprochen. Auch in einer Sozialversicherung muss die Leistung jedoch dem Interesse der Versicherten entsprechen, für dessen Befriedigung sie Beiträge entrichten. Eine finanzielle Beteiligung von Sozialversicherungsträgern außerhalb der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung, an Landespräventions- und Gesundheitsförderungsfonds würde sich so weit von der eigentlichen Funktion dieser Sozialversicherungszweige entfernen, dass eine zweckgebundene Verwendung der Beitragsmittel nicht angenommen werden könnte. Überdies müsste davon ausgegangen werden, dass die aus diesen Fonds finanzierten Landespräventions- und Gesundheitsförderungsprogramme auch zu Gunsten von Personen erfolgen würden, die nicht in einer Sozialversicherung versichert sind. Eine finanzielle Beteiligung aller Sozialversicherungsträger an Landespräventions- und Gesundheitsför-

derungsfonds wäre daher verfassungsrechtlich unzulässig.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe noch eine letzte Frage an Herrn Prof. Sodan. Die Frage der Beteiligung der privaten Krankenversicherung ist zumindest indirekt schon angesprochen worden. Es gibt die Forderung, die PKV zur Erbringung von Präventionsleistungen beziehungsweise zur finanziellen Beteiligung an Landespräventionsfonds zu verpflichten. Welchen verfassungsrechtlichen Gestaltungsspielraum hat der Bundesgesetzgeber, wenn es um eine Beteiligung der Privatversicherung an Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung geht?

SV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Ich möchte zunächst auf die geltende Rechtslage hinweisen. Nach § 192 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes sind die privaten Krankenversicherungsunternehmen bei der Krankheitskostenversicherung verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendung für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten. Solche Untersuchungen gelten nach den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung ausdrücklich als Versicherungsfall. Gegen diese Regelung lassen sich selbstverständlich keine verfassungsrechtlichen Einwände erheben. Anders verhält es sich aus verfassungsrechtlicher Sicht jedoch im Hinblick auf die vom Bundesrat offenbar angestrebte Verpflichtung privater Krankenversicherungsunternehmen zur finanziellen Beteiligung an Landespräventions- und Gesundheitsförderungsfonds. Fraglich ist, ob sich eine solche Regelung mit dem in Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz geschützten Grundrecht der Berufsfreiheit vereinbaren ließe. Diese Berufsfreiheit schützt als einheitliches Grundrecht sowohl die Berufswahl wie die Berufsausübungsfreiheit. Die privatwirtschaftliche Tätigkeit von Versicherungsunternehmen ist ein Beruf im Sinne

des Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz, der insoweit über Artikel 19 Absatz 3 Grundgesetz auch für inländische juristische Personen des Privatrechts gilt. Die Verwendung finanzieller Mittel ist als Kernbereich wirtschaftlicher Tätigkeit vom materiellen Schutzbereich erfasst, auf den sich private Krankenversicherungsunternehmen als juristische Personen auch personell berufen können. Normiert der Staat die gesetzliche Pflicht, sich finanziell an staatlichen Präventionsprogrammen zu beteiligen, verkürzt er die Freiheit der Unternehmen, über ihre Mittel selbst zu bestimmen und greift mithin auch in den durch Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz eröffneten Schutzbereich ein. Fraglich ist, ob sich dieser Eingriff verfassungsrechtlich rechtfertigen ließe. Der Regelungsvorbehalt des Artikel 12 Absatz 1 Satz 2 Grundgesetz verlangt ein Gesetz. Dieses wäre mit einem Gesetz zur Förderung der Prävention als formellem Bundesgesetz gegeben, für das im Hinblick auf die privaten Versicherungsunternehmen auch eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11, darin ist unter anderem das privatrechtliche Versicherungswesen genannt, in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 Grundgesetz bestünde. Als Berufsausübungsregelung müsste sich eine verpflichtende Beteiligung privater Krankenversicherungsunternehmen an Präventionsmaßnahmen als verhältnismäßig erweisen, um verfassungsgemäß zu sein. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sind Regelungen der Berufsausübung verhältnismäßig, wenn sie durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt werden, wenn das gewählte Mittel zur Erreichung des verfolgten Zweckes geeignet und auch erforderlich ist und wenn bei einer Gesamt abwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt ist. Ein legitimer Zweck läge hier in der Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. Ferner bin ich der Ansicht, dass diese Maßnahme auch als geeignet eingestuft werden müsste, weil sie den Zweck zu fördern vermag.

Gegen die Erforderlichkeit einer solchen Beteiligung bestehen jedoch erhebliche Bedenken. Bei der Primärprävention, die der Vermeidung von Erkrankungen dient, handelt es sich, wie der Verband der privaten Krankenversicherungen in seiner Stellungnahme vom gestrigen Tage zu recht ausführt – ich zitiere: „... um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der Maßnahmen kollektiv wirken sollen und nicht individuell zurechenbar sind. Maßnahmen der Primärprävention sind nicht aus Beitragsmitteln und Versichertengeldern, sondern aus dem Steuersystem zu finanzieren, insbesondere wenn sie durch staatliche Behörden erbracht werden ...“ Ende des Zitats aus dieser Stellungnahme. Schließlich dürfte sich eine Verpflichtung der privaten Krankenversicherungsunternehmen zur finanziellen Beteiligung an Maßnahmen der Primärprävention auch als unzumutbar und damit als unverhältnismäßig im engeren Sinne erweisen. Trotz des hohen Ranges der Gesundheit der Bevölkerung ist hier in der Gesamt abwägung von entscheidender Bedeutung, dass die privat Krankenversicherten mit einem Versicherer jeweils einen Vertrag abgeschlossen haben, der ihnen einen bestimmten Versicherungsschutz zusichert. Mit einem gesetzlichen Zwang zur Mitfinanzierung von Maßnahmen der Primärprävention wäre ein Eingriff in geschlossene Verträge verbunden, der sich verfassungsrechtlich nicht rechtfertigen ließe und damit gegen das Grundrecht der Berufsfreiheit verstieße.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte an den letzten Punkt anknüpfen und der privaten Krankenversicherung die Frage stellen, wie sie zu dieser Forderung steht, sofern sie längere Ausführungen dazu für notwendig hält. Mich würde vor allem interessieren, was Sie bisher im Bereich der Prävention unternommen haben und wie Sie sich Ihre entsprechenden Aktivitäten künftig, wenn der vorliegende Gesetzentwurf verabschiedet worden ist, vorstellen.

SV Dr. Marc-Pierre Moell (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): In Bezug auf den ersten Teil Ihrer Frage kann ich mich den Äußerungen von Herrn Prof. Sodan anschließen. Wir teilen seine Einschätzung in vollem Umfang. Der zweite Teil Ihrer Frage bezieht sich darauf, was wir bisher im Bereich der Primärprävention getan haben. Wie Sie vielleicht wissen, engagiert sich der PKV-Verband seit mehreren Jahren freiwillig auf dem Gebiet der Primärprävention. Seit 2005 arbeiten wir mit der BZgA im Bereich der AIDS-Prävention zusammen und seit 2009 im Bereich der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Beide Kampagnen sind überaus erfolgreich. Herr Fink und auch Herr Kiefer hatten vorhin bei ihren Ausführungen zu der AIDS-Kampagne schon erwähnt, dass wir hier maßgebliche Partner sind. Die AIDS-Kampagne ist bereits vertraglich verlängert worden, und die Kampagne Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen wird in diesem Jahr voraussichtlich um weitere fünf Jahre verlängert.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe noch eine spezielle Frage an den Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte und den BKK-Dachverband. Es gilt als besonderes Problem der betrieblichen Gesundheitsförderung, dass hier zu wenige kleine und mittlere Unternehmen engagiert sind. Halten Sie die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen für geeignet, die Zugangswege für diese Unternehmen zu verbessern?

SV Dr. med. Wolfgang Panter (Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW)): Wir sind grundsätzlich der Meinung, dass der eingeschlagene Weg in die richtige Richtung geht. Er stellt einen ersten Ansatz dar, um die betriebliche Gesundheitsförderung auch für kleine und mittlere Unternehmen möglich zu machen. Bisher scheitert die Gesundheitsförderung in den kleineren Betrieben oft daran, dass hier mehrere Krankenkassen tätig sind. Es kommt vor, dass sich die

Mitarbeiter eines solchen Betriebes auf vier oder fünf verschiedene gesetzliche Krankenkassen verteilen. Es wäre daher von Vorteil, wenn Programme angeboten werden könnten, die sich an alle Mitarbeiter richten, unabhängig davon, welcher gesetzlichen Krankenkasse sie angehören. Dies wäre eine pragmatische Lösung, um gezielt Angebote vor Ort unterbreiten zu können. Im Übrigen möchte ich betonen, dass wir gerade als Betriebs- und Werksärzte viele Mitarbeiter aus den unteren sozialen Schichten erreichen – auch viele Menschen mit Migrationshintergrund –, an denen die allgemeinen Präventionskampagnen oft vorbeigehen. Die vorgeschlagene Lösung könnte daher einen wichtigen Beitrag zur Verminderung sozialer Ungleichgewichte leisten.

SV Dr. Alfons Schroer (BKK Dachverband e. V.): Wenn man sich die Geschichte der betrieblichen Gesundheitsförderung anschaut, dann zeigt sich, dass die Wurzeln und auch die Stärken dieses Ansatzes im Bereich der Großindustrie, insbesondere der Stahlindustrie, liegen. Von dort aus ist die Gesundheitsförderung später in den Bereich der KMU diffundiert. Gleichwohl bestehen im Hinblick auf die Durchdringung mit betrieblicher Gesundheitsförderung zwischen den Großunternehmen und den KMU immer noch erhebliche Unterschiede. Dennoch muss man dem Vorurteil entgegentreten, dass die Welt im Hinblick auf die Gesundheitsförderung in den Kleinunternehmen nur furchtbar und dunkel ist. In vielen Fällen liegen die Dinge in den Kleinunternehmen ganz anders. Das haben auch EU-Projekte zu diesem Thema gezeigt. Demnach sind gerade auch in kleinen und mittleren Unternehmen innovative Lösungen auf den Weg gebracht worden. Wenn man allerdings nur auf die übliche Weise recherchiert beziehungsweise wissenschaftlich zu erforschen versucht, was diese Betriebe in Sachen Gesundheitsförderung unternehmen, dann kommt man oft nicht zu diesem Ergebnis, weil Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt der KMU begrifflich völlig anders eingeordnet wird. Gleichwohl ist es

richtig, die Angebote für den KMU-Sektor stärker zu bündeln, damit die verschiedenen Krankenkassen auch hier in der Weise zusammenarbeiten, wie sie dies in anderen Bereichen schon tun. So verfügt zum Beispiel die Initiative Gesundheit und Arbeit durchaus über geeignete Instrumente, um regionale Kooperationsstrukturen zu etablieren. Ich würde die Zusammenarbeit aber nicht auf die gesetzliche Krankenversicherung begrenzen, sondern auch die anderen Sozialversicherungsträger mit einbeziehen. Es ist bekannt, dass die gesetzliche Unfallversicherung hier eine große Rolle spielt, dass die Bundesagentur für Arbeit sich zunehmend in diesem Bereich engagiert und dass es auch in der Rentenversicherung Ansätze für Präventionsarbeit gibt. Daher ist die Koordination einerseits zwischen den regional vorhandenen Krankenkassen, andererseits zwischen diesen und den anderen Sozialversicherungsträgern sowie eine Einbindung in regionale Netzwerke von Unternehmen der richtige Weg.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den Paritätischen Gesamtverband, an Prof. Dr. Rolf Rosenbrock. Sie haben schon einiges zur Stärkung der Ressourcen und zur Verbesserung der Lebensverhältnisse gesagt. Ich möchte gleichwohl nachfragen, inwieweit Sie die im Gesetzentwurf genannten Strategien und Empfehlungen sowie die vorgesehenen Strukturen für geeignet und ausreichend halten, um die gewünschten Effekte in Bezug auf sozial ungleiche Gesundheitschancen zu erzielen. Ich frage dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der neuen Fassung die Formulierung, wonach Prävention insbesondere einen Beitrag zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit leisten soll, wegfällt.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Der Paritätische Gesamtverband): Zur Frage der Streichung des Wortes „insbesondere“ aus § 20 Absatz 1 habe ich bereits Stellung genommen. Kurz gesagt, ist die Vermin-

derung sozial bedingter Ungleichheit eine der zentralen Aufgaben der Gesundheitspolitik, so wie sie auf europäischer Ebene und auch von der WHO verstanden wird. Dass dies nunmehr keine Priorität mehr haben soll, ist typisch für den gesamten Gesetzentwurf. Denn dessen Regelungsinhalt ist nicht dazu geeignet, auch nur einen geringfügigen Beitrag zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit zu leisten. Ich kann dies im Rahmen der Antwort auf die beiden anderen Aspekte Ihrer Frage kurz begründen. Sie fragten nach den Zielen. Es besteht weltweit – bei der WHO, der EU und darüber hinaus – ein gesundheitswissenschaftlicher Konsens darüber, dass wegen der außerordentlich großen Vielfalt von möglichen Strategien eine Zielbindung von Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich ist. Die in § 20 Absatz 1 des Gesetzentwurfs genannten Ziele von gesundheitsziele.de sind, wie wir alle wissen, auf der Basis von freiwilligen und am Konsensprinzip orientierten Aushandlungsprozessen zwischen den daran interessierten Akteuren zustande gekommen. Die genannten Einzelziele fügen sich aber nicht zu einem konsistenten Zielsystem. Wenn man etwas über Zielsysteme erfahren will, dann schaut man am besten nach Skandinavien oder Großbritannien, wo jeweils ein nationaler, vom Staat angeleiteter Diskussionsprozess über die Frage stattgefunden hat, wie man leben will und wo die Prioritäten liegen. Hier besteht das oberste Gesundheitsziel immer darin, die Teilhabe zu verstärken und die soziale Ungleichheit zu vermindern. Dieses Ziel ist mit den sieben in § 20 Absatz 1 des Gesetzentwurfs genannten Zielen überhaupt nicht vergleichbar. Denn hier sind auch viele allgemeine Ziele der Krankenversorgung mit aufgeführt, so dass am Ende ein großes Durcheinander herrscht. So wird hier der Primärprävention auch die Früherkennung und frühzeitige Behandlung von Diabetes oder von depressiven Erkrankungen zugeordnet. Das ist aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive indiskutabel. Auch zur Struktur will ich ein paar Bemerkungen machen. Wie Herr Kiefer bereits ausgeführt hat, ist

die beratende Kommission zur Umsetzung des § 20 beim Spitzenverband Bund der GKV über 13 Jahre hinweg eine der wenigen funktionierenden Schnittstellen zwischen Gesundheitswissenschaften und Politik gewesen. In dieser Zeit hat sich aus einem ursprünglich spröden fachwissenschaftlichen Papier geradezu ein Lehrbuch darüber entwickelt, wie man heute zeitgemäß Prävention und Gesundheitsförderung betreiben kann. Dies alles wird mit dem vorliegenden Gesetz abgeschafft. Stattdessen wird eine Präventionskonferenz als Gremium der Akteure eingeführt. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen in Deutschland kann man bedenkenlos prognostizieren, dass in diesem Gremium viel Erfolgsbelletristik und Verbesserungsprosa produziert, aber sicher keine unabhängige Beurteilung der tatsächlich geleisteten Präventionspolitik erfolgen wird. Ich war zehn Jahre lang Mitglied des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen, in dem ich bei der Erstellung der Gutachten immer die Gelegenheit hatte, ein Kapitel über Public Health zu schreiben. Erforderlich wäre aber die Einrichtung eines unabhängigen Sachverständigenrates für Prävention und Public Health. Dieser wäre die geeignete Alternative zu der Präventionskonferenz. Der Sachverständigenrat könnte das Geschehen unabhängig und wissenschaftlich beurteilen, und würde keine Selbstbeweihräucherung der Akteure betreiben. Gesundheitsziele.de ist eine von mir hoch geachtete wissenschaftliche und von Praktikern mit betriebene Einrichtung. Sie ist aber, da sie die Bereiche Kuration und Prävention vereint, nicht geeignet, Ziele für die Prävention zu definieren. Das ist schlicht und einfach falsch, wenn man die Kompetenzen und die Interessen betrachtet. Zu kritisieren ist auch, dass in Zukunft der Spitzenverband Bund der GKV allein – das heißt ohne Einbeziehung von Sachverständigen und ohne Benennung von Handlungsfeldern, Kriterien, Methoden und Qualitäten – Ziele definieren soll. Denn auch der GKV-Spitzenverband vertritt bestimmte Interessen. Wichtig und nützlich wäre hingegen die ständige Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher

Kritik. Über die ordnungspolitische Problematik der Zwangsbeauftragung der BZgA ist hier schon genug gesagt worden. Ich kann nur wiederholen, dass es sich bei der BZgA um eine hervorragende wissenschaftsbasierte Bundesbehörde mit hoher Kompetenz handelt, die als solche auch vom Wissenschaftsrat evaluiert worden ist. Die Wissenschaftler, die, wie ich, die BZgA viele Jahre lang begleitet haben, sind immer der Ansicht gewesen, dass die BZgA das nationale Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sein sollte und auch sein könnte. Sie ist hingegen nicht geeignet, auf lokaler oder regionaler Ebene Lebensweltinterventionen zu organisieren. Dafür gibt es bereits eine Struktur, nämlich den Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit, an dem über 50 Akteure – Bund, Länder, Ärzteverbände, Kassenverbände usw. – beteiligt sind. Obwohl es diesen gut funktionierenden Kooperationsverbund schon seit zehn Jahren gibt, wird er in dem Gesetzentwurf gar nicht erwähnt. Es scheint daher fast so, als wären diejenigen, die den Gesetzentwurf verfasst haben, noch nie in Deutschland gewesen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Public Health. Was halten Sie von Bonuszahlungen für Versicherte, die an Verhaltenspräventionsmaßnahmen teilnehmen? Entspricht eine solche Ausrichtung der Prävention dem Stand der Wissenschaft?

SVe **Prof. Dr. Gudrun Faller** (Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. (DGSMP)): Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass die Bonuszahlungen bei kontinuierlicher und erfolgreicher Teilnahme ausgezahlt werden sollen. Dies wirft zum einen die Frage auf, woran der Erfolg gemessen wird. Es wäre verfehlt, davon auszugehen, dass Gesundheit durch die Teilnahme an einem Präventionskurs oder einer sonstigen Präventionsmaßnahme gefördert wird. Gesundheit ist das

Ergebnis eines sehr viel komplexeren Wirkungszusammenhangs. Den anderen Aspekt, die kontinuierliche Teilnahme, können Angehörige besser gestellter sozialer Gruppen nachweislich sehr viel leichter realisieren als Angehörige von sozial benachteiligten Gruppen. Letztere unterliegen zahlreichen Restriktionen im Alltag, die eine kontinuierliche Teilnahme und die Umsetzung von verhaltensbezogenen Empfehlungen erschweren. Daher wäre die Frage zu stellen, inwieweit Bonuszahlungen dem Ziel der Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit widersprechen, zumal die Boni von allen Versicherten mitfinanziert werden. Insgesamt betrachtet sind Bonuszahlungen aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Public Health eher kritisch zu beurteilen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an den Paritätischen Gesamtverband. In dem Gesetzentwurf wird den ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und der ärztlichen Beratung im Hinblick sowohl auf die Kindergesundheit als auch auf den Zugang zu den GKV-Leistungen für die individuelle Prävention ein hoher Stellenwert beigemessen. Ich würde Sie bitten, uns zu schildern, wie Sie diese Akzentuierung beurteilen.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Der Paritätische Gesamtverband): In dem Sachverständigenbericht aus dem Jahre 2009 haben wir in einem 250 Seiten langen Kapitel zur Kindergesundheit und zur Früherkennung Stellung genommen. Wir haben die Auffassung vertreten, dass es eher zu viele als zu wenige Früherkennungsuntersuchungen gibt und dass die Evidenzlage schwach ist. Untersuchungen zur Kindergesundheit könnten und müssten auf den psychosozialen Bereich ausgedehnt werden. Der Kollege Geene hat aber schon darauf hingewiesen, dass dann andere Berufsgruppen involviert wären und dass dies eine veränderte institutionelle Arbeitsteilung zur Folge hätte. Die Erhöhung der Zahl der Früherkennungs-

untersuchungen um eine weitere wäre ohne gleichzeitige Erhöhung der Grundqualität der Prävention, die auf physiologische Größen und allenfalls noch auf kognitive Kompetenzen ausgerichtet ist, der falsche Weg. Wenn man jetzt ein Gesetz zur Primärprävention verabschiedet und dabei auch auf die Kinder Bezug nimmt, ohne auf frühe Hilfen, Frühförderung, Elementarerziehung, Eltern-Kinder-Gruppen und die gesamte Infrastruktur des SGB VIII zu verweisen, dann zielt man vollkommen an der Sache vorbei. Ferner löst man mit einer ärztlichen Bescheinigung überhaupt kein Problem. Es gibt kein Zugangsproblem bei den Kursen der Krankenkassen. Wer eine solche Bescheinigung vorweist, der wird gefragt, was er damit will. Denn er kann ohnehin an dem Kurs teilnehmen. Die Bescheinigung ist letztlich unverbindlich, und es gibt auch keine Engpässe bei den Kapazitäten. Daher bleibt unklar, wozu die Bescheinigung dienen soll. Man könnte vermuten, es ginge um den Rückgriff auf die ärztliche Autorität. Die gibt es wirklich. Es gibt eine Evidenz dafür, dass Postinfarktpatienten, die am Krankenbett beziehungsweise im Krankenhaus von Ärzten über das Rauchen belehrt werden, wirklich das Rauchen aufgeben oder zumindest weniger rauchen. Im Übrigen gibt es aber keine Evidenz dafür, dass ärztliche Beratung ein weniger riskantes Gesundheitsverhalten zur Folge hätte. Es wäre schön, wenn dies so wäre, aber so ist es eben nicht. Man sollte Gesetze auf der Basis von Realitäten gestalten. Motivierende Gesundheitsberatung ist aber – hierzu verweise ich auf die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer – alles andere als trivial. Es ist eine hochkomplexe, professionelle Angelegenheit, zu der die Bundesärztekammer ein Curriculum für maximal 200 Stunden vorgelegt hat. Das Problem ist nur, dass die Ärzte zur Umsetzung dieser Vorgaben gar nicht in der Lage sind. Und selbst wenn dies so wäre, hätten sie doch gar nicht das Instrumentarium, um die Lebensweltveränderungen herbeizuführen, die die Voraussetzung für Verhaltensänderungen bilden. Daher geht die Fokussierung auf die Rolle des Arztes in

der Primärprävention an der Empirie vorbei. Sie ist unplausibel und stellt deshalb grundsätzlich den falschen Weg dar.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an die Caritas. In Ihrer Stellungnahme weisen Sie darauf hin, dass der Gesetzentwurf die gesundheitliche Situation von Erwerbslosen bei der Gesundheitsförderung und Primärprävention gänzlich ausblendet. Auf welche Weise könnten Ihrer Meinung nach Erwerbslose von Maßnahmen der Gesundheitsförderung besser erreicht werden?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat ist es nicht einfach, arbeitslose Menschen durch Settings zu erreichen. Denn der Setting-Ansatz ist stark auf Einrichtungen bezogen, und bei arbeitslosen Menschen besteht das Problem, dass sie zum Beispiel über das Setting Betrieb nicht erreicht werden können. Es gibt jedoch Ansätze, die wir empfehlen und die in einzelnen Bundesländern auch schon erfolgreich angewandt worden sind. Ich nenne hier beispielhaft die Programme „Jobfit“ in Nordrhein-Westfalen oder „AmigA“ in Brandenburg. Hier arbeitet die Bundesagentur für Arbeit vor Ort recht erfolgreich mit den Krankenkassen bei der Förderung der Gesundheit von Langzeitarbeitslosen zusammen. Konkret gestaltet sich dies zum Beispiel so, dass ein Case-Manager mit einem Sozialarbeiter, einem Reha-Berater der Krankenkassen und einem Arzt zusammenarbeitet, um bei einzelnen Langzeitarbeitslosen geeignete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchzuführen. Solche Maßnahmen sollten in dem Gesetzentwurf zumindest in den Blick genommen werden.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Anknüpfend an das, was Prof. Rosenbrock gerade vorgetragen hat, hätte ich noch eine spezielle Frage an den Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Sie sind Arzt. Welchen An-

teil und welchen Stellenwert hatten Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrem Studium der Humanmedizin, beziehungsweise in wie vielen Semesterwochenstunden haben Sie im Vorklinikum oder im Klinikum etwas über Lebensweltansätze, Ressourcenansätze, Salutogenese usw. gelernt?

SV **Dr. med. Karl-Josef Eßer** (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)): Ich habe von 1968 bis 1974 studiert. Ich spreche daher lieber über die Gegenwart. Heute werden die jungen Ärzte in den vorklinischen und den klinischen Semestern über diese Dinge aufgeklärt. Es gibt Vorlesungen zur Sozialmedizin, in denen dies angesprochen wird. Im Übrigen ist das Interesse der Ärzte durchaus auf die Prävention ausgerichtet. Insofern muss ich dem, was gerade gesagt wurde, widersprechen. Die Ärzte sind kompetent in der Präventionsberatung, und wenn man den Ärzten diesen Bereich wegnimmt, dann wird Prävention – das sage ich ganz klar – am Ende wesentlich teurer. Wir bekommen die Kinder bereits im Alter von sechs oder acht Wochen bei der Vorsorgeuntersuchung zu Gesicht. Wir erkennen also sehr früh, wenn es Probleme gibt und können daher auch sehr früh eingreifen. Ich möchte aber auch betonen, dass wir stark an interprofessionellen Ansätzen interessiert sind. Wir streben an, dass in die Kinder- und Jugendarztpraxen künftig auch andere Professionen integriert werden. Wir denken da zum Beispiel an die Jugendämter, die Familienhebammen oder die Familienkinderkrankenschwestern. Das ist aus meiner Sicht der richtige Ansatz. Hingegen ist die Polarisierung, wie sie hier gerade stattfindet, der Sache nicht dienlich.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Altgeld. Es wurde hier bereits mehrfach angesprochen, dass der vorliegende Gesetzentwurf sich im Grunde auf das SGB V und auf individuelle Maßnahmen der Verhaltensprävention kon-

zentriert. Es stellt sich die Frage, inwieweit dadurch versäumt wird, einen Handlungsbedarf im Bereich der Verhältnisprävention abzudecken und welche Schnittstellen eventuell zu bearbeiten wären.

ESV Thomas Altgeld: Ich denke, man sollte das Thema nach der Dringlichkeit der Handlungsbedarfe differenzieren. Wir haben die ganze Zeit über das SGV V gesprochen, im Grunde sogar nur über einen sehr kleinen Teil. Die Energie, die wir für die Umgestaltung des SGB V aufwenden, fehlt uns aber bei der Auseinandersetzung mit den Lebenswelten. Dringlicher als eine Änderung des SGB V erscheinen mir neue Maßnahmen im Bereich der Verhältnisprävention, insbesondere in Bezug auf eines der größten Gesundheitsrisiken in Deutschland, den Konsum von Alkohol. Es gibt in der Bundesrepublik eine völlig unsystematische Besteuerung von Alkohol. So gilt etwa für Sekt noch die von Kaiser Wilhelm II. eingeführte Kriegsteuer, während das Getränk, das wir am meisten trinken, nämlich Wein, überhaupt nicht der Alkoholsteuer unterliegt. Wahrscheinlich gibt es in Deutschland deshalb keine Weinsteuern, weil diejenigen, die darüber entscheiden, den meisten Wein trinken. Ich gehöre übrigens auch dazu. Wir bräuchten nicht nur eine andere Systematik in diesem Bereich, sondern auch – da stimme ich Herrn Prof. Rosenbrock zu – mehr Public Health-Expertise bei der Abfassung entsprechender Gesetze und in der Arbeit der Krankenkassen. Das Thema müsste strukturell anders konzipiert werden. Ein wichtiges Instrument der Verhältnisprävention ist im Kinder- und Jugendhilfegesetz bereits verankert worden. Das Bundeskinderschutzgesetz ermöglicht als Modellvorhaben faktisch eine Mischverwaltung von Bund, Ländern und Gemeinden, ohne dass diese so genannt würde. Das heißt, der Bund gibt Rahmenbedingungen vor, er finanziert Aktionen auf lokaler Ebene und bezieht die Länder mit ein. Ich frage mich, weshalb ein solch erfolgreiches Präventionskonzept nicht auch als Vorbild für Präventionsgesetze

dient. Ich denke, dass in Deutschland zu viele kleine Gesetze nebeneinander existieren. Nötig wäre ein größerer Wurf. Ich habe dies am Beispiel des Alkohols zu verdeutlichen versucht. Im Übrigen hatten wir bei der Ausformulierung des Gesundheitszieles Kindergesundheit auch die gesetzliche Unfallversicherung und für den Kinder- und Jugendhilfebereich die Länderministerien mit am Tisch. Daher würde es dem Geist des Gesundheitszieles widersprechen, wenn wir für dessen Umsetzung nur die Krankenkassen in die Pflicht nehmen würden. Wir brauchen einfach mehr sektorübergreifendes Handeln in diesem Bereich. Ich stelle daher die Frage, ob solche Themen nur im Gesundheitsausschuss diskutiert werden sollten oder ob es nicht besser wäre, den Kinder- und Jugendhilfeausschuss oder die Kinderkommission des Bundestages in solche Gesetzesvorhaben mit einzubeziehen. Dies würde allerdings der Logik und den Routinen, in denen wir uns zur Zeit bewegen, widersprechen.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Rosenbrock und an Dr. Prümel-Philippsen. In dem Gesetzentwurf ist von der Prävention in Lebenswelten die Rede. Halten Sie es für möglich, adäquate Maßnahmen und Projekte in den Lebenswelten mit einem Ansatz wie diesem zu realisieren?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Der Paritätische Gesamtverband): Wenn in einer Lebenswelt hochmotivierte, fachlich hochqualifizierte Akteure eingesetzt werden, dann wird man auch mit diesem Gesetz etwas bewirken können. Das kann im Ausnahmefall sicherlich vorkommen. Es ist aber bekannt, dass Setting-Projekte beziehungsweise lebensweltbezogene Projekte immer komplex sind und dass dabei immer viele innere und äußere Hürden zu überwinden sind. Sie laufen daher nicht von selbst. Das heißt, man muss echte Anreize und Normen setzen, damit Interventionen erfolgen, die den

gesundheitswissenschaftlichen Anforderungen genügen. Bei diesem Gesetz ist dies aber mehr als unwahrscheinlich. Wie ich in einer meiner Antworten vorhin bereits gesagt habe, ist in dem Entwurf zur Änderung des § 20 Absatz 3 die Lebenswelt nur als Ort definiert – also Schule, Gemeinde, Arbeitswelt, Freizeiteinrichtungen –, während Aussagen zur Qualität der Intervention fehlen. Den Lebensweltansatz zu realisieren bedeutet eben nicht, dass man die Art von Gesundheitserziehung, die man schon immer und vielleicht vergeblich praktiziert hat, jetzt in der Schule und im Betrieb praktiziert, sondern dies setzt voraus, dass partizipative Prozesse in Gang gesetzt werden, die den Betroffenen, den Zielgruppen, die Chance geben, die Strukturen ihrer Lebenslage in dieser Lebenswelt zu verändern. Solange dies nicht der Fall ist, wird es auch nicht passieren. Im Übrigen ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die nach dem Gesetzentwurf im Wesentlichen die Prävention gestalten soll, dazu gar nicht in der Lage. Sie kann lediglich in den Lebenswelten nach Partnern suchen, die bereit sind, von ihr das Geld anzunehmen, das sie selbst von den Kassen bekommen hat, um damit irgendetwas zu machen. Der Gesetzentwurf sieht somit nicht nur die falsche Implementationsstruktur vor, sondern stellt auch kläglich wenig Geld bereit. Wir sprechen hier über eine Erhöhung der Mittel der GKV nach § 20 von drei auf sechs Euro. Das sind insgesamt etwa 150 Mio. Euro mehr im Jahr, wobei für die Lebenswelten ungefähr zwei Euro vorgesehen sind und für nichtbetriebliche Lebenswelten ein Euro vorgesehen ist, was insgesamt etwa 80 Mio. Euro entspricht. Dies ist die Summe, die dann insgesamt für Gesundheitsförderung und Primärprävention in 45.000 Schulen und 45.000 Kindertagesstätten sowie in einigen tausend sozialen Brennpunkten und Alteinrichtungen zur Verfügung steht. Angesichts dessen kann man noch nicht einmal von einem Tropfen auf den heißen Stein reden, denn wir bewegen uns hier eher im Bereich von Atomen und Molekülen als im Bereich von Tropfen. Und solange die Interventionskompetenz auf die Kran-

kenkassen beschränkt ist, während die anderen Sozialversicherungsträger und die Kommunen außen vor bleiben, kann aus der ganzen Sache sowieso nichts werden. Wie man dies gesetzlich regelt, Herr Kollege Sodan, ist dann eine zweitrangige Frage. Zunächst muss man die Koordinierungsmechanismen herstellen, die ein Zusammenwirken der betreffenden Akteure überhaupt möglich machen. Denn es ist nicht sinnvoll, bereits juristische Einwände zu erheben, bevor die Diskussion in Gang gekommen ist. Das Gesetz verfolgt stattdessen den Ansatz, die Eigenverantwortung in den Vordergrund zu rücken, und zwar offenbar als Alternative zur Lebensweltintervention, denn Eigenverantwortung kann nach den Erfahrungen mit den entsprechenden Diskussionen in Deutschland nur Folgendes heißen: „Du bist selbst schuld, du musst selbst leiden und du musst selbst zahlen!“ Dies ist kein lebensnaher oder erfolgversprechender Ansatz.

SV Dr. Uwe Prümel-Philippsen (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)): Ich knüpfe zunächst an Ihre Bemerkung, Herr Kiefer, an, wonach die Würdigung der Arbeit der BZgA hier nicht strittig sein dürfte. Ich stimme aber auch der in verschiedenen Stellungnahmen enthaltenen Aussage zu, dass die Struktur der BZgA nicht geeignet ist, die dezentralen Aufgaben, die bei der Prävention in Lebenswelten anfallen, zu bewältigen. Dies sage ich ausdrücklich auch aus Sicht der BVPG, die grundsätzlich sehr gut mit der BZgA zusammenarbeitet. Zunächst ist allgemein festzuhalten, dass die zur Verfügung stehenden Mittel zur Finanzierung konkreter Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen in den Lebenswelten vor Ort, bei den entsprechenden Setting-Akteuren, eingesetzt werden sollten. Wie heute bereits angeklungen ist, gibt es mindestens vier Systeme, die sich teils seit mehr als zehn, teils sogar seit mehr als 20 Jahren mit der Prävention in Lebenswelten befassen. Dabei handelt es sich erstens um die Koordinationsstellen gesundheitliche Chancen-

gleichheit, die früher regionale Knoten hießen und die im Rahmen des seit 2003 bestehenden Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit aktiv sind. Zweitens handelt es sich um die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, die nicht nur die Koordinierungsstellen im Rahmen dieses Kooperationsverbundes betreiben, sondern darüber hinaus auch selbst Leistungen in den Settings erbringen. Dazu gehören drittens der öffentliche Gesundheitsdienst und viertens das Gesunde-Städte-Netzwerk. Diese Systeme und Strukturen sind chronisch unterfinanziert. Sie erhalten zum Teil nur sporadisch Projektmittel mit begrenzten Laufzeiten, was bedeutet, dass sie im Grunde mit einer prekären Finanzierung arbeiten müssen. Wenn man das Ziel verfolgt, die Prävention in den Lebenswelten zu stärken, dann müssten die Mittel hier eingesetzt werden, und zwar so, dass die Finanzierung auch auf lange Sicht gewährleistet ist und nicht von Zufälligkeiten abhängt. Die genannten vier Akteure fungieren schon heute gemäß den §§ 20 und 20a SGB V als direkte Kooperationspartner und Leistungsanbieter bei der Umsetzung der Prävention in Lebenswelten. Insofern besteht meiner Ansicht nach an ihrer Kompetenz kein Zweifel. Gegen die Poolfinanzierung werden immer wieder rechtliche und ordnungspolitische Bedenken geltend gemacht, obwohl diese, wie Sie vielleicht wissen, im Bundesland Hamburg seit vielen Jahren problemlos funktioniert. Herr Altgeld hat gerade darauf hingewiesen, dass diese Möglichkeit zur Zusammenarbeit, wenn man etwas kreativ ist, durchaus besteht. Jedenfalls ist anzunehmen, dass man trotz der Mischverwaltungsproblematik künftig auf solche kreativen Formen der Zusammenarbeit hinwirkt. Herr Sodan hat seine Sicht der Dinge dargelegt, ich denke aber, dass hier auch alternative Einschätzungen möglich sind. Denn wenn man Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet, dann kann man nicht länger mit unzulänglichem Handwerkszeug an die Umsetzung dieser Aufgabe herangehen. Vielleicht wäre es hilfreich – auch wenn dies hier kritisiert worden ist –, die vom

Bundesrat vorgeschlagenen Länderpräventionsfonds, zum Beispiel auf der Basis mehrseitiger Kooperationsvereinigungen der Beteiligten, dafür zu verwenden. Ein anderer Ansatz könnte darin bestehen, ein langfristig angelegtes, ressortübergreifendes nationales Gesundheits- und Präventionsprogramm einschließlich einer differenzierten und ebenso langfristig orientierten Evaluation aufzulegen. Denkbar wäre dabei eine Grundfinanzierung aus Steuermitteln und eine Kofinanzierung aus Mitteln der bereits rechtlich verpflichteten Kostenträger. Durch ein solches Programm könnten Synergiepotentiale erkannt und gegebenenfalls neue Formen der Kooperation, Koordination und Finanzierung entwickelt oder stabilisiert werden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage zur betrieblichen Gesundheitsförderung an Frau Prof. Faller. Sie schreiben, dass die vorgesehenen Maßnahmen zu einem Rückschritt bei der betrieblichen Gesundheitsförderung führen könnten. Würden Sie uns diese These erläutern?

SVe **Prof. Dr. Gudrun Faller** (Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V.(DGSM)): Die betriebliche Gesundheitsförderung hat – so wie sie nach dem State of the Art beziehungsweise nach internationalem Standard in der Praxis betrieben wird – das Ziel, die Arbeitsbedingungen gesundheitsfördernd zu gestalten und Belastungen so zu vermindern, dass die Beschäftigten ihre Gesundheit erhalten und fördern können. Das Verständnis der betrieblichen Gesundheitsförderung, wie es in dem Gesetzentwurf zum Ausdruck kommt, hebt hingegen stark auf das Individuum, sein Verhalten und die ärztliche Vorsorge ab. Dies wird dem bereits erreichten Stand der Entwicklung im Bereich Gesundheitsförderung nicht gerecht. Dazu ein Beispiel: Viele Beschäftigte stehen heute aufgrund hoher Arbeitsbelastungen vor dem Problem, Arbeits- und Berufsleben nur schwer

in Einklang bringen zu können. Dieses Problem kann nicht durch eine Veränderung individuellen Verhaltens gelöst werden, sondern erfordert ein koordiniertes und zielgerichtetes Zusammenwirken aller betrieblichen Akteure – nicht nur der Betriebsärzte untereinander, sondern im Rahmen eines partizipativen Prozesses auch der Betriebsärzte mit der Geschäftsführung, den mittleren Führungskräften und vor allem den Beschäftigten. Es gibt viele positive Beispiele, aber auch Standards dafür, wie ein solcher Prozess umgesetzt werden kann. Die Deutsche Gesellschaft für Public Health würde es begrüßen, wenn dieses Know-how in ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz einfließen würde.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Deutschen Olympischen Sportbund und an die BAG SELBSTHILFE. Der vorliegende Gesetzentwurf soll sicherstellen, dass Angebote und Leistungen zur primären Prävention künftig nach einheitlichen Kriterien für die Qualität, die Evaluation und die Messung der Zielerreichung erfolgen. Wie beurteilen Sie die geplante Maßnahme?

SVe **Dr. Karin Fehres** (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)): Zweifellos spielen Sport und Bewegung eine wichtige Rolle bei der Prävention, ganz gleich in welchen gesetzlichen und präventiven Zusammenhängen. Ich denke, darüber gibt es keine Kontroversen mehr. Wir haben schon vor mehr als zehn Jahren zusammen mit den Vereinen ein qualitätsgesichertes Siegel entwickelt, das Siegel „Sport pro Gesundheit“, mit dem unter bestimmten Voraussetzungen Kursangebote der Vereine ausgezeichnet werden. Zu den Voraussetzungen für den Erwerb des Siegels gehört, dass die Übungsleiter entsprechende Qualifikationen haben beziehungsweise geschult sein müssen. Außerdem ist die Gruppengröße festgelegt. Ferner orientiert sich die Vergabe an den Regelungen der Krankenkassen für die

Präventionskurse. Die Krankenkassen gehen allerdings mit der Möglichkeit zur Anerkennung von Präventionskursen ganz unterschiedlich um. Daher würden wir es begrüßen, wenn eine einheitliche Regelung geschaffen würde. Unserer Auffassung nach könnte die BZgA hier wichtige Hinweise geben und auch Unterstützung leisten. Auf dieses wichtige Anliegen sind wir auch in unserer Stellungnahme eingegangen.

SVe **Dr. Siri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzentwurf Maßnahmen wie Qualitätssicherung, Zertifizierung sowie eine fortlaufende Evaluation vorsieht. Denn die GKV muss auch ihre Ausgaben für Prävention rechtfertigen und die entsprechenden Maßnahmen einer Qualitätssicherung unterwerfen. Im Übrigen würden wir es begrüßen, wenn die Selbsthilfe in den Evaluierungsprozess fortlaufend einbezogen würde.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an den Deutschen Olympischen Sportbund. Sie haben mit der Ärztekammer das „Rezept für Bewegung“ entwickelt. Was ist darunter zu verstehen und wie lässt sich dieses Konzept in das Gesetzesvorhaben zur Prävention integrieren?

SVe **Dr. Karin Fehres** (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)): Wir haben für das Konzept die Bezeichnung „Rezept für Bewegung“ gewählt, um zwischen Sport und Bewegung differenzieren zu können. Das „Rezept für Bewegung“ können zurzeit alle interessierten Ärzte anwenden. Bedauerlicherweise ist es noch kein Bestandteil des Leistungskataloges der Kassen, es wird zurzeit aber schon in zehn Bundesländern eingesetzt. Auf der Grundlage dieses Konzeptes können Ärzte ihren Patienten empfehlen, ein qualitäts-

gesichertes Angebot mit Bezug auf eine entsprechende Diagnose wahrzunehmen. Zudem können die Ärzte, die bei dem „Rezept für Bewegung“ mitmachen, auf eine Datenbank zurückgreifen, die 20.000 Sport pro Gesundheit-Angebote – das heißt mit dem Qualitätssiegel ausgezeichnete Gesundheitsangebote in den Vereinen vor Ort – für jeden erreichbar und qualifizierbar enthält. Das „Rezept für Bewegung“ soll sich nach unserem Dafürhalten vor allem an die Menschen wenden, die keinen Sport treiben und wenig Bewegung haben. Außerdem soll es den Ärzten als Instrument dienen, um den Patienten, die mehr Bewegung brauchen, ein qualitativ gutes Angebot unterbreiten zu können. Wir würden es sehr begrüßen, wenn das „Rezept für Bewegung“ auch im Präventionsgesetz verankert und gemeinsam mit der Bundesärztekammer so weiterentwickelt würde, dass es den Ärzten als Standardinstrument dienen kann.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Pflegende Angehörige und Versicherte in Schichtarbeit haben es häufig schwer, Präventions- und Vorsorgeangebote an ihrem Wohnort wahrzunehmen. Für diese Personengruppe sieht der Gesetzesentwurf eine stärkere Flexibilisierung vor, insbesondere was die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen in kompakter Form, fernab des Alltags, angeht. Daher würde mich interessieren, wie der Deutsche Heilbäderverband, der IKK BV, der Deutsche Beamtenbund und Tarifunion sowie der Deutsche Caritasverband diese Maßnahme beurteilen.

SV **Markus Schneid** (Deutscher Heilbäderverband (DHV)): Wir begrüßen die geplante Gesetzesänderung und könnten uns vorstellen, dass man dabei an Bewährtes anknüpft und zum Beispiel die ambulanten Vorsorgeleistungen weiter ausbaut beziehungsweise die Kann-Leistung in eine Pflichtleistung umwandelt. Da das Gesetz bestimmte Gruppen hervorhebt – zum einen diejenigen, die im Beruf besonderen Belastungen ausgesetzt sind,

und zum anderen diejenigen, die ihre Angehörigen pflegen –, stellt es einen Schritt in die richtige Richtung dar.

SV **Jürgen Hohnl** (Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK BV): Wir lehnen diese Regelung ab, weil sie kaum dazu beitragen kann, wichtige Zielgruppen zu erreichen, sondern vor allem Mitnahmeeffekte erzeugen wird. Dies würde uns eine ähnliche Kritik eintragen, wie sie zurzeit an der Bezuschussung wohnortferner Maßnahmen geübt wird. Der Vorwurf wird lauten, dass wir die Mittel nicht zielgerichtet einsetzen. Wie gesagt, es wird eher zu Mitnahmeeffekten als zu positiven Wirkungen kommen.

SV **Stefan Czogalla** (dbb beamtenbund und tarifunion): Ich kann mich ebenfalls kurz fassen. Wir begrüßen die vorgesehene Regelung ausdrücklich, insbesondere weil sie sich an stark belastete Personengruppen richtet, die der Prävention in besonderem Maße bedürfen.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann mich dem anschließen. Wir begrüßen die Regelung. Pflegende Angehörige und Schichtarbeiter sind Gruppen, für die solche ambulanten Vorsorgeleistungen an Kurorten in besonderem Maße in Frage kommen. Zudem ist es sinnvoll, eine Flexibilisierung einzuführen, wie der Gesetzesentwurf sie vorsieht. Wir halten auch die Erhöhung des Zuschusses für angemessen.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Nachfrage, die sich an den Beamtenbund, den GKV-Spitzenverband und die KBV richtet. Die Änderung des § 20 Absatz 1 SGB V in dem vorliegenden Gesetzesentwurf verpflichtet die Krankenkassen, ihre Ausgaben für die Prävention zu verdoppeln. Mich würde interessieren, wie Sie diesen Vorschlag beurteilen.

SV **Stefan Czogalla** (dbb beamtenbund und tarifunion): Ich kann mich wiederum kurz fassen und auf unsere schriftliche Stellungnahme verweisen. Wir begrüßen die Regelung ausdrücklich.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wenn man – wie viele der Teilnehmer der Diskussion – der Auffassung ist, dass Präventionsleistungen intensiviert werden müssen, und zwar in geeigneter Art und Weise, dann ist es auch konsequent, den Einsatz zusätzlicher Mittel zu fordern. Insofern ist die Erhöhung des Richtwertes, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht, grundsätzlich nachvollziehbar. Es ist aber auch schon darauf hingewiesen worden – und dies ist wiederum ein Indiz für die Ambivalenz der Diskussion und auch mancher Erklärung aus der Länderkammer –, dass im Bereich der Prävention viele Akteure ihr finanzielles Engagement seit Jahren entweder reduziert oder zumindest nicht ausgeweitet haben. Allein die gesetzliche Krankenversicherung hat ihr Engagement kontinuierlich verstärkt und den entsprechenden Mittelansatz über den im Gesetz festgelegten Richtwert hinaus erhöht. Wer ernsthaft und glaubwürdig – ganz gleich, ob es sich um den Bundesgesetzgeber oder die Länderkammer handelt – für die Stärkung der Prävention eintreten will, der muss auch bereit sein, dafür zusätzliche Mittel bereitzustellen. Jedenfalls darf man dies dann nicht nur von anderen fordern. Insofern hätte ich mir gewünscht, dass die anderen Akteure ebenfalls ihre Bereitschaft signalisiert hätten, zusätzliche Mittel aufzubringen. Insbesondere von den Ländern würde ich erwarten, dass sie aus ihrer oftmals schlüssigen fachlichen Argumentation auch die entsprechenden finanziellen Konsequenzen ziehen.

SV **Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Zunächst begrüßt die KBV jede Verbesserung im Bereich der Prävention, und dieser Gesetzentwurf enthält Verbesserungen. Gleichwohl wäre – das ist immer so – noch mehr denkbar gewesen. Wir begrüßen insbesondere, dass

hier konkrete Präventionsansätze benannt werden. Insofern schließen wir uns den Ausführungen des Sachverständigen Fink in vollem Umfang an. Da gibt es überhaupt gar keine Frage. Selbstverständlich begrüßen wir auch die Erhöhung der Mittel für den Bereich der Prävention. Es wäre allerdings wünschenswert gewesen, wenn der Gesetzentwurf die Partner der Bundesmantelverträge dazu verpflichtet hätte, bundesweite Rahmenvorgaben zu erarbeiten, die gewährleisten würden, dass den Zielgruppen flächendeckende, qualitätsorientierte und sichere Präventionsleistungen leichter und systematischer zur Verfügung gestellt werden. Damit möchte ich es im Moment bewenden belassen.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Caritasverband. Wir haben schon mehrfach gehört, dass wir den U-Untersuchungen sowie der Prävention bei Kindern und in diesem Zusammenhang auch der Kinder-Reha mehr Beachtung schenken sollten. Halten Sie weitere Maßnahmen in diesem Bereich für erforderlich?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Im Bereich der Kinder-Reha sehen wir in der Tat einen Regelungsbedarf, denn wir haben festgestellt, dass die Zahl der genehmigten Anträge in der Kinder-Reha seit Jahren rückläufig ist, insbesondere bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Demgegenüber war die gesetzliche Rentenversicherung über viele Jahre hinweg ein verlässlicher Partner. Seit dem Jahr 2011 – das sind die neuesten uns vorliegenden Zahlen – registrieren wir aber auch dort einen Rückgang der Anzahl der genehmigten Anträge, und zwar um bis zu 50 Prozent. Es ist zu vermuten, dass dies unter anderem mit dem gedeckelten Reha-Budget zusammenhängt. Im Jahr 2009 hat die gesetzliche Rentenversicherung das Reha-Budget erstmalig ausgeschöpft. Einige Regionalträger haben es sogar überschritten. Seit diesem Zeitpunkt ist der kontinuierliche Rückgang zu beobachten. Insofern sind wir der SPD

dankbar für den Änderungsantrag, der auf die Anhebung des Reha-Deckels abzielt, und auch die Regierungsfractionen haben bereits einen Anlauf unternommen, um den § 287 SGB XI dahingehend zu ändern. Wir möchten den Gesetzgeber ausdrücklich auffordern, noch in dieser Legislaturperiode etwas in Sachen Reha-Deckel zu unternehmen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich möchte den Verband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst um eine Erläuterung seines Vorschlages bitten, in das Gesetz eine Bestimmung aufzunehmen, wonach den Kommunen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Beauftragung durch die BZgA ein besondere Rolle zugewiesen werden soll.

SV **Dr. Johannes Nießen** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Mein Verband vertritt 4.000 Ärzte und Ärztinnen, die in 378 Gesundheitsämtern in Deutschland arbeiten und sich nicht nur mit solchen Problemen wie EHEC, sondern auch mit Gesundheitsprävention beschäftigen. Vor Ort ist die Präventionsarbeit bisher durch einen Mangel an Koordination und Kooperation gekennzeichnet. Dies hat manchmal eine gewisse Ineffektivität zur Folge. Daher sehen die Gesundheitsämter es unter anderem als ihre Aufgabe an, zwischen den Beteiligten zu moderieren. Wir brauchen nicht mehr Mitglieder oder mehr Patienten, sondern wir können Maßnahmen sowohl der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention durchführen. Als local player, die die Gesundheitslage vor Ort kennen – zu unseren Aufgaben gehören die Gesundheitsberichterstattung, die Durchführung von Gesundheitskonferenzen und die Entwicklung von Gesundheitszielen –, sind wir in der Lage, in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern oder sozialen Diensten die Gesundheitsförderung und die Präventionsarbeit vor Ort zu verbessern. In diesem Zusammenhang möchte

ich zwei positive Beispiele nennen: Zum einen führen wir seit Jahrzehnten in Zusammenarbeit mit Krankenkassen und Gesundheitsämtern die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe durch. Sie hat bewirkt, dass die Karies massiv zurückgegangen ist. Zum anderen verweise ich auf die Erfolge bei der HIV- und AIDS-Prävention. Ich denke dabei an das Jahr 1988, als Ministerin Süßmuth in jedes Gesundheitsamt eine sogenannte AIDS-Fachkraft gesetzt hat – ich bin eine davon. Wir haben damals damit angefangen, effektive Prävention in Zusammenarbeit mit der BZgA zu leisten. Ich denke, das ist der Rahmen, in dem man vor Ort in der Kommune und in Zusammenarbeit mit der Bundesbehörde etwas erreichen kann. Die strukturelle Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie sie das Präventionsgesetz vorsieht, stellt sicher, dass die Maßnahmen auch an der vorgesehenen Stelle zur Wirkung kommen.

Abg. **Angelika Graf (Rosenheim)** (SPD): Ich habe eine Frage an die BAGSO. Einige Sachverständige haben an dem Gesetzesentwurf kritisiert, dass er ein einseitig medizinisches Präventionsverständnis an den Tag lege. Auch Sie haben sich in Ihrer Stellungnahme in diese Richtung geäußert und insbesondere auf die fehlende regionale Ausrichtung, auch im Hinblick auf die Lebenswelten älterer Menschen, hingewiesen. Könnten Sie uns diese Einschätzung etwas näher erläutern, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Gesellschaft immer älter wird und es daher immer wichtiger wird, sich mit den älteren Menschen in unserer Gesellschaft zu beschäftigen.

SV **Rudolf Herweck** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation (BAGSO)): Zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention hat bereits die Ottawa-Charta Einiges ausgeführt. Auch der Sachverständigenrat, der Sechste Altenbericht, Herr Rosenbrock und andere haben sich zu diesem Thema geäußert. Wenn man dies alles zusammenfasst, dann

lässt sich folgern, dass eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik aus folgenden Elementen besteht: Anknüpfung an krankmachende Lebensbedingungen, Einbeziehung der lokalen Ebene, Unterstützung der lokalen Akteure, Förderung der Selbsthilfe, Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern an der Gestaltung gesunder Lebensbedingungen und Förderung von Kompetenzen zur Führung eines gesundheitsbewussten Lebens. Während das letztere Element den Gegenstand des vorliegenden Gesetzentwurfs bildet, sind alle anderen Elemente zusammen gewissermaßen eine Beschreibung dessen, was diesem Gesetzentwurf fehlt. Darauf haben vor mir aber auch schon andere hingewiesen. Der Sechste Altenbericht führt dazu aus, dass im Jahre 2008 – das ist schon einige Zeit her, es wird sich seitdem aber nicht viel geändert haben – 71 Prozent der lebensweltbezogenen Ansätze auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet waren und dass der Schwerpunkt in den Schulen beziehungsweise bei Kindern und Jugendlichen lag. Der Bevölkerungsanteil der älteren Menschen, der 50- bis 60jährigen, betrug seinerzeit fünf und der der über 60jährigen drei Prozent. Wenn man den Gesetzentwurf unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, dann stellt man fest, dass er nur ganz pauschal auf die Lebenswelten der älteren Menschen eingeht. Jedenfalls werden die Alten- und Pflegeheime nur am Rande erwähnt. Hingegen wird bei den Jugendlichen sehr konkret auf die verschiedenen Einrichtungsarten, auf Schulen, Kindertagesstätten usw., hingewiesen. Darauf haben auch die meisten anderen Sachverständigen aufmerksam gemacht. Im Übrigen habe ich an der Ausarbeitung des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ mitgewirkt. Wenn man sich die Maßnahmen im Einzelnen anschaut – insbesondere zu den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch zu anderen Bereichen, die hier angesprochen worden sind, vor allem diejenigen, in denen es um die Herausforderungen durch den demografischen Wandel geht – dann stellt man fest, dass sich fast alle auf die lokale Ebene beziehen. Das heißt, Gesundheitsförderung und

Prävention sind ohne Bezug zu dieser lokalen Ebene, gerade auch bei älteren Menschen, nicht denkbar. Die sich daran anschließende Frage lautet, wer die Konzepte umsetzen soll. Auch dazu ist schon vieles gesagt worden – unter anderem, dass es nicht ausreicht, die Krankenkassen damit zu beauftragen, sondern dass die Maßnahmen auch auf der lokalen Ebene greifen müssen. Bei allen Verdiensten der BZgA ist es fraglich, ob sie die richtige Institution ist, wenn es darum geht, auf die Lebenswelten einzuwirken. Auch dies ist bereits mehrfach angesprochen worden. Die BZgA hat sicherlich die Möglichkeit, mit Information und Aufklärung gewisse Erfolge zu erzielen, gleichwohl bin ich skeptisch, dass es ihr auch gelingen könnte, in die Pflege- und Altenheime hineinzukommen und ältere alleinstehende Menschen, vor allem Männer, die besonders benachteiligt sind, zu erreichen. Daher plädiere ich dafür, den Lebensweltbezug zu akzentuieren, indem man nicht nur den Ort der Intervention benennt, sondern die Krankenkassen – wenn sie denn die einzigen im Gesetz genannten Akteure bleiben sollten – auch dazu zu verpflichten, mit den lokalen Akteuren direkt – und nicht vermittelt über die BZgA – zusammenzuarbeiten.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Psychotherapeutenkammer. In dem Antrag der SPD wird eine Verbesserung der Versorgung mit Kinder- und Jugendpsychotherapeuten beziehungsweise -therapeutinnen gefordert. Wie beurteilen Sie diese Forderung, und zwar sowohl aus Sicht derjenigen, die in Beratungsstellen und anderen Institutionen arbeiten, als auch aus Sicht der niedergelassenen Therapeuten und Therapeutinnen?

SV **Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtk)): Wir haben verschiedentlich darauf hingewiesen, dass es im Bereich der ambulanten Psychotherapie, speziell für Kinder und Jugendliche, erhebliche Versorgungsprob-

leme gibt. Ich will nicht ins Detail gehen, aber im Kinder- und Jugendbereich und teilweise auch im Erwachsenenbereich bestehen lange Wartezeiten, die deutlich über den Wartezeiten bei somatischen Erkrankungen liegen. Im Übrigen würde ich gern die Gelegenheit nutzen, um Sie auf die Besonderheiten hinzuweisen, die beim Thema Prävention bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu beachten sind. Dieser Aspekt ist mir in der gesamten Diskussion und auch in den verschiedenen Entwürfen bisher zu kurz gekommen. Man kann die Besonderheiten an vielen verschiedenen Beispielen verdeutlichen. Ich will nur auf eines, nämlich den Bewegungssport, eingehen. Überall ist zu lesen, dass Bewegung gut ist, und dies trifft im Grunde auch zu. Psychisch Kranken nützt Bewegung in der Regel jedoch wenig oder gar nichts. Wenn Sie einem schwer Depressiven sagen, er soll eine bestimmte Strecke laufen, dann hat dies wenig Sinn, weil er das aufgrund seiner Antriebshemmung nicht schafft. Noch schlimmer wäre es, wenn Sie einer Patientin mit Magersucht sagen würden, Sie solle sich mehr bewegen, weil sie wahrscheinlich ohnehin permanent Sport treibt. In diesem Falle wäre mehr Bewegung sogar kontraindiziert. Diese Beispiele machen deutlich, dass wir bei psychischen Erkrankungen völlig andere Präventionskonzepte brauchen. Darüber hat sich die Bundespsychotherapeutenkammer schon viele Gedanken gemacht. Einige davon sind unserer Stellungnahme zu entnehmen. Vor allem möchte ich betonen, dass bei der Prävention von psychischen Erkrankungen der Bezug zur Lebenswelt unabdingbar ist. Ohne diesen Bezug ist Prävention hier im Grund nicht möglich. Dies belegen auch die wenigen Studien, die entsprechende Interventionen evaluiert haben. Im Übrigen möchte ich noch einmal das Thema Pflegeheime aufgreifen. Es ist wichtig, nicht immer nur auf Kinder und Jugendliche zu verweisen, denn Primärprävention muss sich auch an alte Menschen richten. Zum Beispiel wäre schon viel gewonnen, wenn man in den Alten- und Pflegeheimen die exorbitant große Menge an verordneten Psycho-

pharmaka reduzieren würde. Schon dadurch hätte man einen Beitrag zur Sturzprophylaxe geleistet. Dazu gibt es zwar jede Menge Daten, aber es geschieht nichts. Wir brauchen also lebensweltbezogene Interventionen, gerade bei Maßnahmen zur Verhütung von psychischen Erkrankungen.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage richtet sich an den BVKJ. In unserem Antrag weisen wir auf die Versorgungslücken im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit hin und schlagen verschiedene Maßnahmen in den Bereichen Prävention und Versorgungsforschung vor. Ich möchte wissen, ob Sie diese vorgeschlagenen Maßnahmen für geeignet halten, die Versorgungslücken zu schließen, und ob Sie unserer Anregung folgen würden, die DMP-Programme beispielsweise auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen auszuweiten.

SV **Dr. Hermann Josef Kahl** (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Ich bin niedergelassener Kinder- und Jugendarzt sowie Kinderkardiologe. Ich bin in unserem Berufsverband seit vielen Jahren für die Prävention mitverantwortlich. Bevor ich auf Ihre Frage eingehe, erlauben Sie mir ein kurzes allgemeines Statement. Es ist heute sehr viel über die verschiedenen Bereiche der Prävention gesprochen worden, dabei sind jedoch häufig primäre, sekundäre und tertiäre Prävention durcheinander geworfen worden. Wir Ärzte betreiben seit vielen Jahren in erster Linie Sekundärprävention. Kinder- und Jugendärzte sind hier eine tragende Säule. Sie bewegen sich seit über 40 Jahren in einem in sich geschlossenen Präventionssystem, das seinesgleichen sucht beziehungsweise das es sonst nirgends gibt. Der Erfolg dieses Systems schlägt sich in einer kontinuierlich hohen Beteiligungsrate der Eltern und später auch der Jugendlichen nieder. Ich möchte dazu eine Zahl nennen. Die 6.000 niedergelassenen Kinderärzte führen jedes Jahr sechs Millionen Vorsorgeuntersuchungen

durch. Dies führt mich zu der Frage der Präventionsforschung. Wenn wir sechs Millionen Vorsorgeuntersuchungen durchführen, dann müssen wir auch herauszufinden versuchen, was daran sinnvoll ist und welche primärpräventiven Ansätze zum Erfolg führen. Und hier muss meines Erachtens die Kritik ansetzen. Wenn wir ein bundesweit geltendes Gesetz verabschieden, das vorschreibt, Kerninformationen über die Vorsorgeuntersuchungen in den verschiedenen Lebensabschnitten an die betreffenden Präventionsprojekte weiterzugeben, dann werden wir erfolgreich sein. Daher begrüßen wir vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte dieses Gesetz. Im Übrigen gibt es viele Studien, die belegen, dass die ärztliche Beratung großen Erfolg hat. Es kommt nur auf die Zielgruppen, die Ziele und die Methodik an. Hier muss standardisiert werden, und das wollen wir vom Berufsverband aus in Angriff nehmen. Wenn es gelingen würde, sechs Millionen Vorsorgeuntersuchungen zum Beispiel in einem Sentinel-System bundesweit zu erfassen, dann wären wir auch in der Lage, regelmäßig einen Gesundheitsbericht über Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen abzugeben. Ferner könnten wir über die Jahre hinweg prospektiv die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen beobachten und aufgrund dieser Erkenntnisse jederzeit die nötigen Interventionen vornehmen. Dazu wäre in dieser kurzen Zeitspanne niemand sonst im Präventionssektor in der Lage. Dies beantwortet auch Ihre Frage. Wir vom Berufsverband haben die Vorsorge – von der U1 bis zur J1 – nach wissenschaftlichen Kriterien vollständig überarbeitet und neu strukturiert. Wir erfassen jetzt auch die neuen Morbiditäten, von denen hier gesprochen wurde, das heißt auch die sozialen, psychischen, emotionalen und kognitiven Erkrankungen, die sprachlichen Auffälligkeiten, die Gewalt- und die Suchtphänomene. Natürlich können wir diese Erkrankungen nicht alle behandeln. Daher ist es so wichtig, Behandlung und Prävention auseinanderzuhalten. Wenn wir als Kinder- und Jugendärzte herausfinden, dass ein Kind eine psychische

Erkrankung hat, dann benötigt es natürlich eine psychotherapeutische Behandlung. Dafür gibt es aber unendlich lange Wartezeiten. Ein zweiter Fall, den ich Ihnen schildern möchte, handelt von einem dreijährigen Kind mit Adipositas.

Die **Vorsitzende**: Prof. Kahl, ich unterbreche sie ungern, aber die Rede- und Antwortzeit der SPD ist leider abgelaufen. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie sich kurz fassen könnten.

SV **Dr. Hermann Josef Kahl** (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Ich möchte nur noch einen Hinweis geben. Sie stimmen sicher alle mit mir überein, dass Prävention im Kindesalter beginnen muss. Ein typisches Beispiel, über das viel gesprochen wird, ist Adipositas. Wenn ein dreijähriges Kind bereits adipös ist, dann trägt es nach heutigen Erkenntnissen ein großes Risiko, auch im Erwachsenenalter von Adipositas betroffen zu sein. Es stellt sich somit die Frage, wann man mit der Prävention beginnen soll.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit beenden wir den ersten Block der Anhörung. Ich möchte mich bei meinen Kollegen für ihre Fragen, vor allem aber bei den Sachverständigen für ihre Antworten bedanken. Den Gästen danke ich für ihr Interesse. Wir machen nun eine halbe Stunde Pause. Danach wird der Kollege Zöller die Sitzungsleitung übernehmen. Gegenstand der Beratungen im zweiten Block sind dann die Änderungsanträge zu dem vorliegenden Gesetzentwurf, die sich auf das Thema Korruption im Gesundheitswesen beziehen.

Die **Vorsitzende** unterbricht die Sitzung um 16.00 Uhr.

*Der amtierende Vorsitzende, Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU), eröffnet die Sitzung um 16.30 Uhr.*

Der **amtierende Vorsitzende**, Abg. Wolfgang Zöllner (CDU/CSU): Grüß Gott, meine sehr verehrten Damen und Herren. Ich heiße Sie herzlich willkommen. Ich begrüße die Bundesregierung, die Sachverständigen, die Vertreter der Medien und natürlich auch die interessierten Zuschauer. Ich möchte Sie bitten, Platz zu nehmen. Wir wollen pünktlich beginnen und auch pünktlich zu Ende kommen. Für diejenigen, die zum ersten Mal an einer öffentlichen Anhörung teilnehmen, will ich folgende Erläuterungen geben. Wir beginnen jetzt mit dem zweiten Teil der Anhörung zum Thema Prävention. Gegenstand der Beratungen sind die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen sowie die Änderungsanträge der SPD zum Gesetzentwurf auf Bundestagsdrucksache 17/13080, die sich auf das Thema Korruption im Gesundheitswesen beziehen. Für die Beratungen steht uns eine Stunde Zeit zur Verfügung, die in Zeitkontingente für die einzelnen Fraktionen entsprechend ihrer Stärke im Parlament aufgeteilt ist. Um einen reibungslosen Ablauf der Anhörung zu gewährleisten, möchten ich die aufgerufenen Sachverständigen bitten, die Mikrofone zu benutzen, sich mit Namen und Verband vorzustellen und die Antwort möglichst kurz zu halten. Des Weiteren bitten ich Sie, die Mobiltelefone auszuschalten. Die Videoaufnahmen und das Protokoll werden auf der Ausschussseite im Internet veröffentlicht. In diesem Sinne wünsche ich uns gute Beratungen. Als ersten Fragesteller rufe ich den Kollege Spahn auf.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich möchte von dem Einzelsachverständigen Professor Spoerr, der Bundesärztekammer und der DKG erfahren, wie sie unseren Vorschlag zur Einführung von Strafvorschriften im SGB V grundsätzlich beurteilen, insbesondere auch im Hinblick auf die Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversi-

cherung. Ergänzend stelle ich Herrn Professor Spoerr sowie der Bundesärztekammer die Frage, ob Sie es für sachgerecht halten, nicht nur den bestechlichen Leistungserbringer, sondern auch den Bestechenden zu bestrafen und wie sie die Abgrenzung des Tatbestandes mit Hilfe der Formulierung „nicht nur geringfügig“ beurteilen.

ESV Professor Dr. Wolfgang Spoerr: Im Bundestag gibt einen breiten politischen Konsens darüber, dass ein neuer Straftatbestand geschaffen werden soll. Hieran möchte ich anknüpfen. Über dieses Thema wird seit langem diskutiert. Die Auseinandersetzung darüber hat sich bis hin zu den höchsten Gerichten gezogen und sogar zu einem der sehr seltenen Fälle von gemeinsamer Senatsrechtsprechung geführt. Wenn man die Vorgeschichte berücksichtigt, handelt es sich bei dem Entwurf in der Tat um einen großen Wurf beziehungsweise um einen großen Schritt nach vorn. Zum Glück hat der Bundesgerichtshof der Versuchung widerstanden, das ältere Recht, das zu dem Tatbestand nicht gepasst hat, entsprechend weit auszulegen, wie es von mancher Seite angeregt wurde. Es gibt drei Gründe, weshalb ich die Regelungen in dem Gesetzentwurf für sachgerecht halte. Erstens steht der Strafvorschlag nicht allein, sondern ist mit einer sachgerechten materiellen Grundnorm bei den Grundpflichten der Leistungserbringer nach § 72 ff. verknüpft. Die Strafnorm hängt somit nicht in der Luft, sondern ist durch entsprechende materielle Pflichten unterlegt und grundrechtlich fundiert. Zweitens trägt die Norm der besonderen Struktur des Bestechlichkeitstatbestandes, der immer ein Drei-Personen-Verhältnis voraussetzt, Rechnung, indem sie – und das begrüße ich außerordentlich – nicht, wie etwa bei der Beamtenbestechung, den Dienstherren als die geschützte, die dritte Person bestimmt, weil es diesen bei den Leistungserbringern nicht gibt, aber auch nicht einen Arbeitgeber, wie typischerweise bei der Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr nach § 299. Er bestimmt auch

nicht die gesetzliche Krankenversicherung als diese dritte Person – Frau Michels mag es mir nachsehen –, sondern – und das ist das einzig Richtige – den Patienten als denjenigen, um dessen Schutzgut es maßgeblich geht. Der Tatbestand der Bestechlichkeit hat in diesem Zusammenhang eine deutlich andere Struktur als in anderen Fällen. Damit ist auch die Frage nach dem Schutzgut berührt. In der politischen Diskussion werden die unterschiedlichen Schutzgüter oft verwechselt, weil es in allen Fällen um das Thema Korruption geht. In unserem Fall ist das Schutzgut aber weder, wie beim § 299, der laudable Wettbewerb noch, wie beim § 331, die Integrität des öffentlichen Dienstes. Vielmehr geht es hier um die Integrität der Gesundheitsversorgung als das übergreifende Schutzgut. Ferner ist zu begrüßen, dass das Schutzgut sich nicht auf bestimmte Berufsgruppen wie die Ärzte bezieht, sondern dort angesiedelt wird, wo es potenziell beeinträchtigt ist. Ich halte es auch für völlig sachgerecht, den Tatbestand durch die Formulierung „nicht nur geringfügig“ näher zu charakterisieren. Diese Formulierung ist besser geeignet als die ältere, die von einem „erheblichen Wert“ spricht, also davon, dass nur Korruption in einem größeren Ausmaß strafbar sein soll. Dies beinhaltet möglicherweise eine etwas zu weitgehende Einschränkung. Hingegen halte ich es für richtig, Fälle von Geringfügigkeit nach dem Ultima-Ratio-Prinzip des Strafrechts von vornherein von der Strafbarkeit auszunehmen. Das heißt, legal ist nicht nur die Annahme eines Kugelschreibers, sondern möglicherweise auch die Annahme eines Mont Blanc-Stifts. Jedenfalls hat die Rechtsprechung unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles zunächst zu prüfen, ob die Geringfügigkeitsschwelle hier überschritten ist. Erst dann greifen die Ultima Ratio oder die sonst üblichen Mechanismen.

SV Alexander Korthus (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Ich kann mich im Wesentlichen den Ausführungen von Herrn Prof. Spoerr anschließen. Auch

aus Sicht der DKG ist der Regelungsvorschlag, den der Änderungsantrag der Koalition enthält, gut geeignet, um die Regelungslücke zu schließen, die der Bundesgerichtshof in seinem Urteil aufgezeigt und kritisiert hat. Man muss jedoch berücksichtigen, dass angestellte Krankenhausärzte – ganz gleich, ob es sich um Assistenzärzte, Oberärzte oder Chefärzte handelt – bereits nach der geltenden Rechtslage unter den Tatbestand des § 299 fallen, weil sie sich im Gegensatz zu den Ärzten, um die es in der BGH-Entscheidung ging, in einem Anstellungsverhältnis befinden. Dies bringt es mit sich, dass ein korruptives Handeln von Mitgliedern dieser Personengruppe schon jetzt strafwürdig ist, und zwar sowohl im Bereich der GKV als auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, also auch im Bereich der PKV. Angesichts dessen hätte die Neuregelung primär Auswirkungen auf diejenigen Ärzte und Leistungserbringer, die nicht das Merkmal der Anstellung aufweisen und die sich im Bereich des SGB V, also im Bereich der GKV, bewegen. Grundsätzlich beurteilen wir die Regelungsvorschläge aber als sachgerecht. Von ihnen geht ein positives Signal aus.

Sve Dr. Marlies Hübner (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir begrüßen eine Regelung, die rechtspolitisch unerwünschte und gesellschaftlich schädliche korruptive Handlungen unter Strafe stellt. Es stellt sich jedoch die Frage, wie solche korruptiven Handlungen exakt mit einem Tatbestand zu erfassen und von nicht korruptiven Handlungen, die sozialrechtlich sogar gewollt sind, abzugrenzen sind. Letzteres betrifft zum Beispiel die erlaubten Formen der Kooperation nach dem SGB V. Daher sollten die Formen unlauterer Zusammenarbeit im Einzelnen erfasst und abgegrenzt werden. Wir empfehlen ferner, den Tatbestand in Anlehnung an § 298 ff. StGB zu regeln und ihn als Antragsdelikt auszugestalten. Im Kern geht es darum, die wirtschaftlichen Vorteile bestimmten Ausmaßes unter Berücksichtigung – wie Herr Prof. Spoerr dies gesagt hat – des Schutzzweckes der Norm

zu erfassen. Denn dem Bestimmtheitsgebot kommt im Strafrecht besondere Bedeutung zu. In unserer Stellungnahme haben wir insbesondere Ausführungen zu § 70 Absatz 3 Satz 1 und Satz 3 gemacht. Die Regelung sollte auch berufsneutral sein, und das ist sie jetzt. Der Regelungsort ist entscheidend für den Adressatenkreis der Norm, wie wir das in der letzten Anhörung umfassend erörtert haben. Im Übrigen hatten Sie nach Differenzierungen gefragt. Unserer Ansicht nach ist in einem rechtsstaatlichen System genau diese Differenzierung notwendig, denn das Strafrecht kommt immer erst ab einer bestimmten Schwelle zur Anwendung. Strafrecht ist Ultima Ratio. Bei der Erfassung wirtschaftlicher Vorteile in einem bestimmten Ausmaß muss man nicht nur den Schutzzweck der Norm, sondern auch weitere Regelungen sowie den Zusammenhang mit dem Berufsrecht und dem Vertragsarztrecht berücksichtigen. Diese Regelungen ergänzen sich gegenseitig, sie sollten daher abgestuft ineinander greifen. Eine Verletzung dieser Normen hat zudem erhebliche Konsequenzen im Sinne des Einstehenmüssens für Pflichtverletzungen. Ich verweise hier insbesondere auf die Regelung in § 128, die sogar dazu führen kann, dass Vertragsärzte zeitweise ihre Zulassung entzogen bekommen.

Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Professor Spoerr, an die Bundesärztekammer und die Bundeszahnärztekammer. Wer sollte Ihrer Auffassung nach außer der Staatsanwaltschaft bei Korruptionsverdacht in besonderen Fällen Anzeige erstatten dürfen? Sollte dies jedermann dürfen oder sollten nur Betroffene dazu berechtigt sein, also Versicherte, Kollegen, Wettbewerber, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder die Berufskammern?

ESV Professor Dr. Wolfgang Spoerr: Ich denke, der Entwurf schlägt auch in diesem Punkt einen Mittelweg ein, das heißt, er ist sehr ausgewogen. Grundsätzlich handelt

es sich zwar um ein Antragsdelikt, die Regelung sieht aber auch vor, dass die Staatsanwaltschaft in den Fällen, in denen ein besonderes öffentliches Interesse besteht, ohne Antrag tätig werden kann. Zudem verleiht sie vielen Akteuren das Antragsrecht. Ich halte dies für völlig richtig und möchte es mit einem Beispiel aus der Praxis illustrieren. Wenn man das Antragsrecht bei einem Akteur monopolisieren würde, beispielsweise bei den gesetzlichen Krankenkassen, dann würde dies in der Praxis zu einer Kommerzialisierung des Antragsrechts führen. Korrupten Leistungserbringern würde dann vielleicht das Angebot unterbreitet, den Antrag fallen zu lassen, wenn sie doppelt so viel zurückzahlen, wie der Wert des wirtschaftlichen Vorteils betragen hätte. Man darf nicht vergessen, dass in der realen Welt nicht nur Angehörige von Gesundheitsberufen, sondern auch alle anderen Akteure Versuchungen und Anfechtungen ausgesetzt sind. Eine der Versuchungen besteht stets darin, Verfahrenspositionen bis an die Grenze der Legalität auszunutzen. Das Antragsrecht sollte nicht dazu dienen, Rückflüsse zu maximieren beziehungsweise bis an die Grenzen auszudehnen. Dem beugt die Erweiterung des Antragsrechts nun vor. Die betreffenden Institutionen sind nach sachgerechten Kriterien ausgewählt worden. Dazu gehören die Selbstverwaltung, die Krankenkassen als Kostenträger, die Wettbewerber sowie – und dies an erster Stelle – die betroffenen Versicherten, das heißt, im Regelfall der Patient.

SVe Dr. Marlies Hübner (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Frage nach der Ausgestaltung des Antragsrechts kann man nicht besser beantworten, als dies Professor Spoerr getan hat. Ich möchte dem nichts hinzufügen.

SV Prof. Dietmar Österreich (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Ich schließe mich im Grunde den Ausführungen meiner Vorredner an. Im Übrigen sprechen auch wir uns gegen eine Erweiterung des

Kreises der Antragsberechtigten aus. Die Selbstverwaltung und insbesondere die Kammern haben hier eine besondere Aufgabe zu erfüllen. Die Kammern spielen auch bei der Umsetzung des Berufsrechts eine herausgehobene Rolle.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an den BVMed. Halten Sie eine Differenzierung zwischen einer lauterer und einer unlauteren Kooperation für notwendig oder reicht die Formulierung, die der Änderungsantrag enthält, aus?

SVe **Katrin Kollex** (Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)): Wir haben die dringende Bitte, in § 70 Absatz 3 Satz 2 und Satz 3 eine Differenzierung zwischen den Begriffen lauter und unlauter vorzunehmen. Denn wir befürchten, dass die rechtmäßigen Formen der Kooperation, wie wir sie seit Jahren im Hilfsmittelbereich im Sinne einer sachgerechten Patientenversorgung praktizieren – sei es beim Überleitungsmanagement, sei es bei Patienten in Pflegeheimen – unter Korruptionsverdacht geraten könnten. Daher bitten wir eindringlich um diese Klarstellung. Ferner könnte man zu dem Schluss gelangen, dass Vereinbarungen über die Einräumung von wirtschaftlichen Vorteilen von der Regelung überhaupt nicht erfasst werden. Den genannten Aspekt könnte man, wie dies in der Stellungnahme des BVMed angeregt wird, in dem Gesetz noch regeln.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Spoerr, die KBV und die DKG. Regelmäßige Zusammenarbeit und erwünschte Kooperation sollen nach wie vor möglich sein. Wird dies durch den gegenwärtigen Formulierungsvorschlag sichergestellt?

ESV **Professor Dr. Wolfgang Spoerr**: Ich denke, Rechtsanwendung und Recht-

sprechung werden mit der vorgeschlagenen Formulierung zur Unrechtsvereinbarung zurecht kommen. Es wäre jedoch denkbar, ein zusätzliches Merkmal – auch wenn dies dann von der Praxis ohnehin definiert würde – in den Gesetzestext mit aufzunehmen. Wenn man lediglich den Begriff „unlauter“ einfügen würde, wäre die Bestimmung allerdings zu stark auf den Wettbewerb bezogen. Ich halte daher den Vorschlag – der auch schon gemacht worden ist – die Worte „unlauter oder sachwidrig“ einzufügen, für besser geeignet, um deutlich zu machen, dass es hier nicht nur um Lauterkeit im Wettbewerb, sondern auch um sachgerechtes Handeln im Sinne des Gesundheitswesens geht. Dies würde schon im Wortlaut des Gesetzes einen Tatbestand verankern, wie ihn andernfalls die Rechtsprechung – ausgehend vom Begriff der Unrechtsvereinbarung oder von ähnlichen, relativ wertungsoffenen Kriterien – definieren würde.

SV **Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Im Prinzip stimme ich dem Sachverständigen Prof. Spoerr zu. Allerdings ist die Sache meines Erachtens nicht ganz so einfach. Im § 128 SGB V wird eine zutreffende Definition von unerlaubten, das heißt korruptiven Verhaltensweisen vorgenommen, der § 73 Absatz 7 enthält ein Verbot von Entgelt gegen Zuweisung und der § 128 listet eine Reihe von Ausnahmetatbeständen auf. Wie die Vertreterin des BVMed gerade zu Recht ausgeführt hat, sind die dort als zulässig normierten Möglichkeiten bei der Durchführung der Hilfsmittelversorgung von diesen Verbotsvorschriften ausgenommen. Genau dasselbe benötigen wir dem Grunde nach auch im Strafrecht. Denn wir befürchten, dass die erlaubten Formen der Kooperation, die in der Praxis in großem Umfang stattfinden, fälschlich unter den Generalverdacht der Korruption geraten könnten. Das Strafrecht sollte aber schon mögliche Unsicherheiten bei der Beurteilung solcher Kooperationen ausschließen. Der BVMed hat dies auch so formuliert. Ich möchte ein paar Beispiele nennen: In der ambulanten spezial-fachärztlichen

Versorgung ist die Zusammenarbeit – die Zuweisung von Patienten gegen Entgelt – beispielsweise im Rahmen kooperativer Formen von Praxisnetzen oder sonstigen Netzen gemäß Absatz 7 des neuen § 116b qua vertraglicher Zielvereinbarung sogar gesetzlich vorgeschrieben. In der integrierten Versorgung ist man geradezu darauf angewiesen, miteinander zu klären, welche Patienten aufgrund welcher Versorgungsbedarfe und gemäß welchen begleitenden Vergütungsregelungen welchen Stellen zugewiesen werden sollen. Ich erinnere ferner an Strukturverträge mit der Übernahme von Arzneimittelbudgets, wie sie im Gesetz geregelt sind, an Laborgemeinschaften sowie an das Mammographie-Screening, bei dem Patientinnen explizit an bestimmte Einrichtungen überwiesen werden und der überweisende Arzt eine Vergütung erhält. Dasselbe gilt für Versorgungsaufträge im Rahmen der Dialyseversorgung sowie für die neuropsychiatrische Versorgung, die gerade mit den Krankenkassen zusammen neu entwickelt wird. Auch die Tätigkeit von Honorärärzten, die sektorübergreifende vor- oder nachstationäre Versorgung nach § 115a oder die ambulante Versorgung im Krankenhaus nach § 115b basieren jeweils auf speziellen Vereinbarungen, die von dem Strafrechtstatbestand unterschieden werden müssen. Daher ist es meiner Ansicht nach mit einer generellen Formulierung zu den Ausnahmetatbeständen nicht getan, sondern diese Fälle müssen explizit ausgeschlossen werden. Sonst wird der Straftatbestand mit Sicherheit seinen Sinn verfehlen.

SV Alexander Korthus (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Ich möchte an das anknüpfen, was Herr Gräf und auch Frau Dr. Hübner angemerkt haben. Es ist wichtig – und darauf zielt die Frage ab – die Formen von Kooperationen, die es in der Praxis seit vielen Jahren gibt, die sachdienlich und vom Gesetzgeber gewollt sind – ich verweise zum Beispiel auf die §§ 115a, 115b und 116b – schon vom Anschein eines strafbaren Verhaltens zu befreien. Insofern könnte man darüber

nachdenken, die Formulierung des Tatbestandes entsprechend zu präzisieren. Aus Sicht der deutschen Krankenhausgesellschaft kommt es allerdings bei der Unterscheidung zwischen einer strafwürdigen und einer nicht strafwürdigen Kooperation entscheidend auf die Zweckbindung des Vorteils an. Bisher lautet die entsprechende Formulierung in dem Änderungsantrag, dass sich strafbar macht, wer einen Vorteil für sich oder Dritte als Gegenleistung dafür fordert, dass er andere Leistungserbringer usw. nach dem SGB V begünstigt oder bevorzugt. Das heißt, es wird im Wortlaut des Änderungsantrages eine Zweckbindung des entsprechenden Vorteils, dessen Annahme strafwürdig sein soll, bereits vorausgesetzt. Wenn man sich auf der anderen Seite die Form von Kooperation anschaut, wie sie der Gesetzgeber beispielsweise in § 116b fordert, dann zeigt sich, dass es sich hier typischerweise um Kooperationen zwischen medizinischen Leistungserbringern handelt, die auf Leistung und Gegenleistung beruhen. Sofern diese Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen und keine Form der Begünstigung oder Bevorzugung darstellen, wird der betreffende Sachverhalt durch die Formulierungen in dem Änderungsantrag hinreichend erfasst.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen an Herrn Professor Spoerr. Zum einen möchte ich – nach dem, was wir gerade gehört haben – wissen, ob es erforderlich ist, die betreffenden Ausnahmetatbestände explizit zu benennen, obwohl solche Formen der Zusammenarbeit gemäß SGB V – die Paragraphen wurden gerade genannt – nicht nur ausdrücklich erlaubt sind, sondern sogar eingefordert werden. Wenn eine Norm besagt, dass eine bestimmte Form der Zusammenarbeit erwünscht ist, müsste eigentlich klar sein, dass die Strafnorm sich nicht auf diese Zusammenarbeit bezieht. Ist dies aus Ihrer juristischen Sicht hinreichend? Zum anderen möchte ich erfahren, ob diese Norm im SGB V auch eine indirekte Wirkung auf den Be-

reich der Privatversicherten entfalten kann?

ESV Professor Dr. Wolfgang Spoerr: Zu der ersten Frage, die sich aus der Diskussion ergeben hat: Ich bin der Ansicht, dass die Grundnormen zumindest durch die Verweisung auf § 70 – und natürlich auch durch die sehr spezifisch ausgestalteten Regelungen, wie sie der § 128 enthält – systematisch und hinreichend sicher integriert sind. Daher wird man kaum behaupten können, dass das, was gemäß § 128 ausdrücklich erlaubt ist, gemäß dem neuen § 307c verboten sein sollte. In dieser Frage bin ich mir hinreichend sicher. Die zweite Frage zielt darauf, inwieweit die Privatversicherten von der Norm betroffen sind. Wenn man von dem Schutzgut ausgeht – was, wie Sie gehört haben, stark meiner persönlichen Überzeugung entspricht – dann würde es nahe liegen, hier nicht von den Versicherten zu sprechen, sondern den Schutz allgemein auf alle Patienten auszudehnen. Der Gesetzesentwurf wählt nicht diesen Weg und führt dafür zwei Gründe an. Er verweist erstens darauf, dass im Bereich des Rechts der sozialen Krankenversicherung ohnehin ein sehr viel dichteres Regelungsgeflecht besteht. Zweitens verwendet er das Argument – und das ist sehr gewichtig –, dass die GKV auf Grund ihrer spezifischen Struktur, insbesondere aufgrund des Sachleistungsprinzips, viel anfälliger für Fehlanreize und für die Nichtentdeckung durch die Patienten ist. Dieser zweite Gesichtspunkt scheint mir sehr gut geeignet zu sein, um eine Differenzierung zu rechtfertigen, nach der sich die sonderrechtliche Regelung nur auf die GKV-Patienten bzw. -Versicherten bezieht. Im Übrigen gibt es einen dritten, nicht explizit genannten Grund. Dabei handelt es sich um ein kompetenzielles Argument. In diesem Punkt ist der Entwurf vielleicht etwas zu vorsichtig. Indem er die Regelung im SGB verankert, nimmt er den Kompetenztitel Sozialversicherungsrecht in Anspruch. Ich hätte mir hier ein mutigeres Vorgehen vorstellen können, etwa dergestalt, dass man im Rahmen der konkur-

rierenden Gesetzgebung den Kompetenztitel Strafrecht verwendet hätte. Dementsprechend hätte man eine generelle, auch die Privatversicherten umfassende Regelung treffen und diese gleichwohl im SGB verankern können. Denn der Kompetenztitel hängt nicht davon ab, wie der Gesetzgeber das Gesetz übertitelt. Jedenfalls kenne ich keine Rechtsprechung, die dies so sehen würde. Natürlich wären auch andere Lösungen denkbar gewesen, mit denen man Neuland betreten hätte. Grundsätzlich ist es aber zu begrüßen, wenn keine unnötigen verfassungsrechtlichen Risiken eingegangen werden. Bekanntermaßen erklären Interessengruppen immer dann, wenn ihnen kein sachliches Argument mehr einfällt, eine Norm für unvereinbar mit der Kompetenzverteilung. Wenn man rechtspolitisches Neuland betreten, im Hinblick auf die Kompetenzverteilung aber vorsichtig agieren will, dann kann es durchaus sinnvoll sein, im Kompetenzbereich des Sozialversicherungsrechts zu verbleiben und den Kreis der Normadressaten auf die GKV-Versicherten zu beschränken. Die Länder müssen dann entscheiden, ob sie für den Bereich der Privatversicherten entsprechende akzessorische Strafrechtsnormen im Berufsrecht schaffen wollen. Die Länder verfügen für das Berufsrecht über die ausschließliche und für das Strafrecht im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung zumindest über eine partielle Zuständigkeit. Auch im Krankenhausrecht haben die Länder rechtliche Gestaltungsspielräume. Mit dem vorliegenden Entwurf würde der Bundesgesetzgeber den Ländern daher ein wenig Raum für eigene politische Gestaltung belassen, was in einem föderalen Staat grundsätzlich zu begrüßen ist.

Abg. Dr. Edgar Franke (SPD): Ich habe zunächst zwei Fragen an Prof. Bussmann und Frau Michels. Es liegen uns zwei Änderungsanträge zu dem Gesetzesentwurf mit unterschiedlicher Ausrichtung vor. Während die Koalitionsfraktionen in ihrem Änderungsantrag – auf den sich Prof. Spoerr gerade bezogen hat – eine Regelung

im SGB V vorschlagen, fordert die SPD eine Regelung im Strafgesetzbuch. Bei einer öffentlichen Anhörung, bei der unter anderem unser Antrag zum Thema Korruption Gegenstand der Beratungen war, hatte der Anwaltsverein die Rechtsauffassung vertreten, dass eine unterschiedliche Behandlung von GKV- und PKV-Versicherten verfassungswidrig sei, weil kein sachlicher Grund für die Ungleichbehandlung vorliege.

ESV Prof. Dr. Kai-D. Bussmann: Meiner Ansicht nach sind wir zurzeit auf dem Weg in ein Drei-Klassen-Strafrecht. Darüber muss man sich im Klaren sein. Gemäß dem vorliegenden Gesetzentwurf gäbe es künftig eine Gruppe, nämlich die Privatärzte, die straflos bliebe. Daneben gäbe es die Gruppe der niedergelassenen Kassenärzte, die nach dem Sozialgesetzbuch strafbar wäre. Und eine dritte Gruppe würden die Krankenhausärzte bilden, die nach § 299 StGB, also nach dem Kernstrafrecht, strafbar wäre. Diese Situation ist nicht nur aus Sicht der Adressaten unbefriedigend, sondern sie wird aufgrund der Wertungswidersprüche auch für die Strafverfolgungsbehörden eine Reihe von Problemen aufwerfen, und zwar insbesondere deshalb, weil viele Kassenärzte zusätzlich auch Privatpatienten betreuen. Wenn diese Kassenärzte Zuwendungen erhalten beziehungsweise Boni annehmen, kann die Verteidigung im Falle einer Strafverfolgung immer behaupten, dass diese ausschließlich im Zusammenhang mit der Behandlung der Privatpatienten gestanden hätten. Eine solche Verteidigungsstrategie ist zweifellos zulässig, und als Verteidiger würde ich auch so argumentieren. Die Strategie kann zwar scheitern, sie erschwert aber auf jeden Fall die Strafverfolgung in erheblichem Maße. Solche Widrigkeiten sind bei den Gesetzesberatungen zu bedenken. Außerdem ist die Lage für die Ärzte selbst verwirrend. Sie müssen ebenso wie die Bevölkerung den Eindruck gewinnen, dass es unterschiedliche Grade von Bestechung und Bestechlichkeit gibt und dass diese von der jeweiligen Funktion des Arztes ab-

hängen. Bei den meisten Ärzten ändert sich diese Funktion im Laufe des Berufslebens, sie fangen meistens als Krankenhausärzte an und lassen sich später nieder. Mit dem Wechsel in die Tätigkeit als Kassenarzt ist dann zugleich eine Verminderung des Grades der Strafbarkeit wegen Bestechung und Bestechlichkeit verbunden. Und wenn sich der niedergelassene Arzt weiterentwickelt und mehr und mehr Privatpatienten behandelt, dann kann er kaum noch belangt werden. Das ist eine merkwürdige Konstellation, die bei den Ärzten ebenso wie in der Bevölkerung Irritationen hervorrufen wird. Die damit zusammenhängenden Fragen werden am Ende die Kriminologen zu beantworten haben. Erlauben Sie mir abschließend kurz zu erläutern, weshalb ich in dem gegenwärtigen Vorstoß der Regierungskoalition eine Rolle rückwärts sehe. Ich zitiere dafür aus der Begründung zu dem Gesetz zur Bekämpfung der Korruption aus dem Jahre 1996. Darin schreibt die damalige Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP: „Der Entwurf sieht eine Verlagerung dieser Strafbestimmung in das Strafgesetzbuch vor. Hiermit soll das Bewusstsein“ – gemeint ist der Korruptionstatbestand gemäß § 299, wie Sie ihn kennen – „in der Bevölkerung geschärft werden. Dass es sich auch bei der Korruption im geschäftlichen Bereich um eine Kriminalitätsform handelt, die nicht nur die Wirtschaft“ – also hier die Ärzte – „betrifft, sondern Ausdruck eines allgemeinen sozial-ethisch missbilligten Verhaltens ist, dies wird durch die parallelen Regelungen über Korruption im öffentlichen Dienst und in der Wirtschaft im Kerngesetz des Strafrechts hervorgehoben.“ So weit das Originalzitat. Ich wundere mich, dass man sich jetzt nicht mehr an dieser Argumentation orientiert. Dadurch entsteht der Eindruck, dass Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen weniger gravierend sind als in der Wirtschaft oder im öffentlichen Dienst. Ich denke, wir sind uns alle darin einig, dass dies nicht die Botschaft des Gesetzentwurfs sein darf.

ESVe **Dina Michels**: Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Prof. Bussmann anschließen. Auch ich bin der Ansicht, dass die gegenwärtige Situation – die Ungleichbehandlung ein- und desselben Sachverhaltes hinsichtlich der Strafbarkeit beziehungsweise die Gesetzeslücke, die darin besteht, dass dasselbe Handeln in dem einen Fall strafbar, in dem anderen Fall aber nicht strafbar ist – keinen Bestand haben darf und schnellstens geändert werden sollte. Die geltende Rechtslage ist, sofern sie das Handeln von Amtsträgern einer vergleichsweise strengeren Regelung unterwirft und beispielsweise bereits die sogenannte Klimapflege unter Strafe stellt, selbstverständlich verfassungsgemäß und auch politisch gewollt. Es wird immer wieder gefordert, dass auch die Beschäftigten der Krankenkassen in diese Regelung mit einbezogen werden sollten. Das ist aber bereits der Fall. Es wird oft vergessen, dass auch hier eine Amtsträgerschaft vorliegt und somit auch die verschärfte Haftung greift.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Ich möchte, anknüpfend an diese Ausführungen, eine weitere Frage an Prof. Bussmann und Frau Michels richten. Die Koalition schlägt vor, dass Korruption im Gesundheitswesen nur auf Antrag verfolgt werden soll. Halten Sie diese Regelung für angemessen und sinnvoll, und was spricht gegen die Ausgestaltung als Officialdelikt?

ESV **Prof. Dr. Kai-D. Bussmann**: In der vorliegenden Fassung sieht der Entwurf vor, den Tatbestand unter der Flagge des § 299a segeln zu lassen. Damit fällt er unglücklicherweise unter das Wettbewerbsstrafrecht, das ein Antragsrecht für Unternehmen vorsieht. Es ist jedoch offensichtlich, dass es in dem Gesetzentwurf um ein eigenes Rechtsgut geht, nämlich um die Daseinsvorsorge, die Lauterkeit des Gesundheitswesens, das Vertrauen der Bevölkerung in die Lauterkeit der ärztlichen Heilkunst usw. Daher schlage ich – wie auch andere StrafrechtKollegen – vor, hier von einem eigenen Rechtsgut zu

sprechen und dafür einen eigenen Tatbestand zu definieren. Dieser sollte aber nicht im Wettbewerbsrecht, sondern im Bereich der Antragsdelikte verankert werden. Dafür sind mehrere Varianten denkbar, die ich nicht im einzelnen durchdeklinieren will. Es besteht dann in der Tat kein Antragserfordernis, weil es sich um ein gravierendes Delikt handelt, so dass man darauf verzichten kann. Das ist vollkommen stimmig.

ESVe **Dina Michels**: Ich halte die Ausgestaltung als Antragsdelikt für völlig verfehlt. Es stimmt zwar, dass dies im § 299a so vorgesehen ist, die Systeme, um die es hier geht, sind aber nicht vergleichbar. Das Gesundheitswesen nimmt eine besondere Stellung ein, die der der öffentlichen Verwaltung ähnlich ist, und zwar allein durch die starke gesetzliche Reglementierung und den großen staatlichen Einfluss. Daher sollte man hier eine Regelung entsprechend der Amtsträgerschaft, zumindest was die Frage des Antragsrechts angeht, schaffen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage richtet sich ebenfalls an Frau Michels und Prof. Bussmann. Der Entwurf der Koalitionsfraktionen sieht eine Strafbarkeit nur für den Fall vor, dass ein nicht nur geringfügiger wirtschaftlicher Vorteil gewährt beziehungsweise angenommen wurde. Halten Sie diese Regelung für sinnvoll und welche Konsequenzen hätte sie in der Praxis?

ESVe **Dina Michels**: Ich halte diese Regelung für nicht sinnvoll. Auch in anderen gesetzlichen Vorschriften wird die Frage nach der grundsätzlichen Strafbarkeit nicht mit der Frage nach der Geringfügigkeit verknüpft. Dies ist strikt abzulehnen. Man kann die Frage nach der Geringfügigkeit in einem anderem Zusammenhang klären, etwa wenn es um den Unrechtsgehalt geht. Dieser könnte bei bestimmten Taten geringer eingeschätzt werden.

ESV Prof. Dr. Kai-D. Bussmann: Ich halte die Bestimmung für überflüssig und vom Normappell her für fragwürdig. Sie wird die Norm schwächen, weil es vollkommen unklar ist, was sie beinhaltet. Denn offenbar bedeutet sie mehr als das, was man ohnehin im Korruptionsstrafrecht kennt, nämlich Sozialadäquanz. Es geht hier natürlich nicht um Bleistifte. Beim § 299 kann es sich sogar noch um viel größere Geschenke handeln. Das heißt, hier wird die Sozialadäquanz viel großzügiger ausgelegt. Zu diesem Schluss würde die Rechtsprechung im Falle des Gesundheitswesens auch bei Ärzten, niedergelassenen Ärzten und Privatärzten kommen. Wenn Sie jetzt, wie geplant, diese zusätzliche Regelung einbauen, dann riskieren Sie nach meinem Dafürhalten, dass die Norm unterlaufen wird und die Rechtsprechung wiederum in vielen Fällen eine Strafbarkeit ausschließen muss.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Bussmann, an Frau Michels und an MEZIS. Der Gesetzentwurf der Koalition sieht eine Strafbarkeit nur für den Fall vor, dass wirtschaftliche Vorteile tatsächlich gewährt oder angenommen worden sind. Hingegen soll der Versuch der Vorteilsgewährung oder der Vorteilsannahme nicht strafbar sein. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

ESV Prof. Dr. Kai-D. Bussmann: Ich bin der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf der Regierungskoalition zur Änderung des SGB V einen handwerklichen Fehler aufweist, denn § 307c Absatz 1 enthält folgende Formulierung: „... und nicht nur geringfügigen wirtschaftlichen Vorteil annimmt oder gewährt“. Hier sind also das Versprechen und das Fordern nicht mit aufgenommen. Dieser handwerkliche Fehler lässt sich meines Erachtens leicht korrigieren. Grundsätzlich wird im Korruptionsstrafrecht die Strafbarkeit aus guten Gründen vorverlagert. Dabei sollte es bleiben.

ESVe Dina Michels: Auch ich habe an einen handwerklichen Fehler gedacht, als ich dies gelesen habe. Die Regelung würde im Ergebnis dazu führen, dass dasselbe Verhalten, je nach dem, wie der Angebotsempfänger reagiert – nämlich ob er ja oder nein sagt –, entweder strafbar oder nicht strafbar ist. Es ist durchaus die Regel – das erlebe ich auch in der Praxis –, dass im großen Stil Angebote unterbreitet werden. Wenn dann derjenige, der angesprochen wird, das Angebot ausschlägt, würde er straffrei aus der Sache hervorgehen, während derjenige, der das Angebot annimmt, sich strafbar machen würde. Das darf im Ergebnis einfach nicht sein, und es würde auch die Aufdeckungswahrscheinlichkeit erheblich vermindern. Denn wenn der Angebotsempfänger das Angebot annimmt, wird er kaum geneigt sein, dies aufzudecken beziehungsweise den Angebotsgeber ans Messer zu liefern. Umgekehrt hätte derjenige, der das Angebot unterbreitet, nichts zu befürchten, wenn das Angebot generell straffrei wäre. Das heißt, er könnte vom Angebotsempfänger nicht angezeigt werden.

SV Dr. Christiane Fischer (MEZIS – Mein Essen zahl' ich selbst): Ich kann Ihnen nur zustimmen. Im Strafrecht ist grundsätzlich auch der Versuch – wenngleich nicht immer im gleichen Maße wie die vollendete Tat – strafbar. Daher muss auch in unserem Fall der Versuch ebenso wie die Tat strafbar werden. Ich hoffe, dass der handwerkliche Fehler durch unsere Debatte erkannt worden ist und letztlich beseitigt wird. Ich bin mir aber nicht sicher, ob hier nicht doch Absicht im Spiel war.

Abg. Dr. Edgar Franke (SPD): Herr Prof. Bussmann, die Koalition hat darauf verzichtet, die Änderungsanträge an eines der drei Gesetze anzuhängen, zu denen am Montag öffentliche Anhörungen durchgeführt wurden. Obwohl bei allen drei Gesetzen davon auszugehen ist, dass sie den Bundesrat erfolgreich passieren werden, hat die Koalition die Änderungen nicht zu

einem dieser Gesetze, sondern zum Präventionsgesetz eingebracht. Welche Motive haben die Koalition dabei ihrer Ansicht nach geleitet?

ESV Prof. Dr. Kai-D. Bussmann: Sie fragen mich als Wissenschaftler nach politisch-taktischen Manövern. Was soll ich Ihnen dazu sagen? Alles, was ich höre, ist – als Wissenschaftler habe ich allerdings keine Expertise dazu –, dass das Gesetzespaket, über das wir hier beraten, wenig Chancen hat, angenommen zu werden. Somit würde dieser Vorschlag erst einmal scheitern. Die weitergehende Frage ist dann, was es für das Gesundheitswesen in Deutschland bedeuten würde, wenn keine Einigung auf eine Regelung zustande kommt. Ich denke, es wäre besser, sich ausreichend Zeit zu nehmen, um eine vernünftige und konsequente Regelung auszuarbeiten, als sich auf eine halbherzige Regelung in der vagen Hoffnung zu verständigen, diese bald nachbessern zu können. Es hat auch Überlegungen gegeben, dass die Bundesländer solche Nachbesserungen vornehmen könnten. Ich bitte aber zu bedenken, dass bis jetzt nur zwei Bundesländer – meines Wissens ist Thüringen das dritte – die Vorteilsnahme in der Beziehung zwischen Krankenhäusern und Ärzten unter Strafe gestellt haben. Das heißt, die Mehrheit der Bundesländer hat gar nicht in diese Richtung optiert, und ob sie es künftig tun werden, ist offen. Ich denke, wir können uns durchaus ein dreiviertel Jahr oder sogar ein ganzes Jahr Zeit nehmen, ohne zu riskieren, dass Deutschland deswegen in einen Sumpf der Korruption abgleitet. Ich würde mir zwar wünschen, dass alles viel schneller geht, und natürlich hätte es auch schon vor zwei Jahren eine Lösung geben können. Gleichwohl sollte man jetzt nicht einen Gesetzentwurf mit der heißen Nadel stricken. Man muss zudem berücksichtigen, dass die Pharmaindustrie in dieser Sache sehr sensibel ist. Ein großer Teil der Pharmaindustrie ist börsennotiert. Diese Unternehmen wollen mit Sicherheit nicht in einen Korruptionssumpf in Deutschland hineingezogen werden, denn sie sind

sich bewusst, dass sie von den USA aus beobachtet werden. Ihnen ist auch klar, dass es eine gesetzliche Regelung, ein Verbot der Korruption im Gesundheitswesen, in welcher Form auch immer, geben wird und dass daraus ein erhebliches Risiko im Hinblick auf ihre jeweiligen Börsenaufsichten resultiert. Insofern liegt es auf der Hand, dass es hier – auch im Interesse der Prävention – eine gesetzliche Regelung geben muss. Dabei sollte die Regelung so konsequent und so eindeutig sein, dass sie das Vertrauen der Patienten in die Gesundheitsvorsorge über alle Heilberufe hinweg stärkt. Dafür sehe ich aber nur einen gangbaren Weg, nämlich den über das Strafrecht. Anschließend muss dann nach außen deutlich kommuniziert werden, dass es eine solche Regelung gibt. Eine Regelung im Rahmen des SGB halte ich hingegen für ungeeignet. Sie würde uns in eine diffuse rechtliche Situation führen.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Ich möchte einmal alle Spekulationen, politischen Wertungen und sonstigen Überlegungen beiseite lassen und versuchen, auf den Kern des vorliegenden Gesetzesvorhabens zurückzukommen. Ich habe eine allgemeine Frage an eine Reihe von Verbänden, und zwar an den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, den Verband der Arzneimittelhersteller, den Bundesverband Medizintechnologie, die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker, den Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik und den Deutschen Zentralverband für Physiotherapie. Wie beurteilen Sie generell – soweit dies hier noch nicht zum Ausdruck gekommen ist – das Vorhaben, auch Leistungsanbieter, die den Versuch einer Bestechung unternehmen, zu bestrafen. Ferner habe ich eine Zusatzfrage. Es hat vorhin eine Diskussion darüber gegeben, ob die gewählte rechtliche Konstruktion hinreichend klarstellt, dass eine regelhafte Zusammenarbeit, die vorgeschrieben oder zumindest erlaubt ist, ausdrücklich nicht strafbar ist, beziehungsweise dass zwischen strafbarem und definitiv nicht strafbarem, sogar er-

wünschtem Handeln eine klare Grenze verläuft. Dazu haben wir unterschiedliche Meinungen gehört. Insbesondere hatte der BVMed den Wunsch geäußert, die entsprechende Formulierung zu konkretisieren. Ich bitte daher um eine Stellungnahme, ob die Erläuterungen, die dazu gegeben worden sind, ihre Bedenken zerstreut haben oder ob Sie nach wie vor der Auffassung sind, dass der Gesetzentwurf entsprechend nachgebessert werden sollte. Vielleicht könnte dann im Anschluss auch noch der Vertreter der KBV – der schon einiges zu dem Thema gesagt hat – sich dazu äußern, ob ihn der Verlauf der Diskussion zu einem Sinneswandel veranlasst hat beziehungsweise ob er seinen Standpunkt jetzt stärker differenzieren möchte.

SV Ulf Zumdick (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI)): Zu Ihrer Frage, wie wir das Vorhaben grundsätzlich beurteilen, ist Folgendes zu sagen: Wir begrüßen auf jeden Fall die Absicht, Regelungslücken im Strafrecht zu schließen. Denn es liegt auf der Hand, dass derzeit Wertungswidersprüche im Strafrecht bestehen. Auf der anderen Seite können wir nicht nachvollziehen, dass nun ein Sonderstrafrecht – zwar nicht allein für Ärzte, aber doch für bestimmte Berufsgruppen – eingeführt werden soll. Dies gilt unabhängig davon, ob die neue Strafnorm in das Sozialgesetzbuch V oder – wie die SPD vorschlägt – ins Strafgesetzbuch, wo sie grundsätzlich hingehört, eingefügt werden soll. Denn auch in dem letzteren Fall bliebe es bei der Überschrift „Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“. Demgegenüber würden wir dafür plädieren, eine grundlegendere Form von Bestechungsdelikten in das Strafgesetzbuch aufzunehmen. Denn das grundlegende Problem, das hier entstanden ist und das auch den großen Strafsenat des BGH auf den Plan gerufen hat, resultiert aus der einschränkenden Formulierung im § 299 Strafgesetzbuch, wonach sich nach geltendem Recht nur Angestellte oder Beauftragte eines geschäftlichen Betriebes strafbar machen

können. Wenn man diese Einschränkung aufheben würde, dann wäre das Hauptproblem meiner Ansicht nach ausgeräumt. Gegen die vorliegenden Vorschläge zur Änderung des Sozialgesetzbuchs V, insbesondere gegen die Regelungen in § 70 und in der Strafvorschrift des § 307c, haben wir erhebliche Bedenken. Diese betreffen insbesondere die Einführung einer Erheblichkeitsschwelle im § 307c Absatz 1. Denn hier wird ausgeführt, dass sich nur derjenige strafbar macht, der mehr als nur geringfügige wirtschaftliche Vorteile entgegennimmt. Im Strafrecht ist jedoch das Bestimmtheitsgebot besonders zu beachten. Das heißt in diesem Falle, dass der Einzelne dazu in der Lage sein muss zu erkennen, wann er sich strafbar macht und wann nicht, wann er somit die Erheblichkeitsschwelle überschreitet. Nun hat man in dem ursprünglichen Gesetzentwurf auf ein Regelbeispiel aus dem Strafgesetzbuch zurückgegriffen, nämlich auf die Formulierung „wirtschaftlicher Vorteil großen Ausmaßes“. Offensichtlich ist hier nur die konkrete Formulierung ausgetauscht worden. Unseres Erachtens gehört eine solche Formulierung aber nicht in den Tatbestand, weil dies dem Strafrecht wesensfremd ist. Wenn zudem konkret auf die Leistungserbringer nach dem Sozialgesetzbuch V hingewiesen wird, dann erzeugt dies den Eindruck, dass hier ein Sonderdelikt eingeführt werden soll. Andere Sachverständige haben bereits darauf hingewiesen, dass man dafür ein sachliches Differenzierungskriterium benötigt. Dies können wir aber nicht erkennen. Daher empfehlen wir dem Gesetzgeber, sich mit unseren Einwänden noch einmal auseinanderzusetzen. In der vorliegenden Fassung halten wir den Gesetzentwurf im Hinblick auf das Bestimmtheitsgebot für problematisch. Ferner sehen auch wir, ähnlich wie andere Sachverständige, Probleme im Hinblick auf die gewollten Kooperationsformen nach dem Sozialgesetzbuch V. Ein klassisches Beispiel dafür ist die fachärztliche Anschlussüberweisung, die im Grunde den Tatbestand der Vorteilsnahme nach § 70 Satz 2 erfüllen würde. Zwar könnte man dies wahrscheinlich durch die Nen-

nung entsprechender Rechtfertigungsgründe ausschließen. Sinnvoller wäre es jedoch, dies schon bei der Formulierung des Tatbestandes zu tun. Auf jeden Fall müsste hier eine Klarstellung erfolgen.

SVe Andrea Schmitz (Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH)): Ich schließe mich meinem Vorredner in vollem Umfang an. Wir haben dazu in unserer schriftlichen Stellungnahme entsprechende Ausführungen gemacht.

SVe Marianne Frickel (Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha)): Auch ich kann mich dem anschließen, möchte allerdings darüber hinaus noch unseren Wunsch nach einer Erweiterung des § 307c zum Ausdruck bringen. Bei der Änderung des Gesetzes sollte die Beteiligung an Leistungserbringer-Gesellschaften mit berücksichtigt werden. Der Bundestag sollte eine Regelung verabschieden, die sicherstellt, dass auch eine stille Beteiligung von Vertragsärzten an Leistungserbringer-Gesellschaften stets offengelegt werden muss.

SVe Katrin Kollex (Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)): Wir bleiben bei unserer Meinung, dass eine Konkretisierung nötig ist, und zwar nicht nur im Hinblick auf mögliche Kooperationen nach dem SGB V, sondern auch gemäß zahlreichen anderen Gesetzen wie etwa dem Medizinproduktegesetz. Im Übrigen begrüßen wir, dass hier eine Regelung vorgenommen wird.

SV Norbert Stein (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV)): Auch ich kann mich dem im Wesentlichen anschließen. Wir begrüßen die Regelung, möchten aber auch klarstellen, dass eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Orthopädietechnikern im handwerklich-individuellen Bereich möglich sein muss. Hier ist eine klare Differenzierung notwendig.

SV Heinz Esser (Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK)): Ich schließe mich Herrn Prof. Spoerr und Frau Frickel an. Im Heilmittelbereich gibt es keine Zusammenarbeit mit Ärzten, die unter irgendeinem Gesichtspunkt entschädigungspflichtig sein könnte. Wenn hier Geld fließt, dann stimmt irgendetwas nicht. Im Übrigen möchte ich noch etwas zur Erheblichkeitsschwelle sagen: Der durchschnittliche Verordnungswert im Bereich der Physiotherapie liegt bei 120 Euro. Zehn Prozent davon sind zwölf Euro. Sind zwölf Euro nun ein erheblicher Wert? Ich meine schon, weil in der Summe erhebliche Beträge zusammenkommen können.

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Es ging mir vorhin darum, auf die Problematik aufmerksam zu machen, auf die vielen Gebiete, die in einem unklaren Licht erscheinen. Ich bin zwar dafür, dass Fälle von vollendeter Korruption hart bestraft werden, ich sehe es aber kommen, dass künftig auch in den Fällen, in denen aufgrund einer privaten Vereinbarung gehandelt wird, leicht der Eindruck von Korruption entsteht. Zudem befürchte ich, dass die Diffamierungskampagnen wiederaufleben, die es schon in der Vergangenheit gegeben hat und die wir gern verhindern möchten. Wenn diese Bereiche tatsächlich ausgenommen sind, dann wäre die Auflistung von Ausnahmetatbeständen im § 128 überflüssig. Wie wollen wir etwa mit den Praxisnetzen umgehen? Dort geht das doch gar nicht. Wie man es regelt, ist im Grunde einerlei. Ich plädiere nicht dafür, 20 Ausnahmetatbestände zu beschreiben, ich will nur sicher gehen, dass die erlaubte Kooperation von der illegalen Korruption unterschieden werden kann.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Herr Prof. Bussmann, Sie haben vorhin die Ansicht geäußert, dass der Vorschlag der SPD, den Korruptionstatbestand im § 299 StGB und damit bei den wettbewerbs-

rechtlichen Vorschriften anzusiedeln, von der Rechtssystematik her zu beanstanden ist. In welchem Bereich würden sie die Regelung ansiedeln und welches Schutzgut würde dabei im Mittelpunkt stehen?

ESV Prof. Dr. Kai-D. Bussmann: Die Schutzgüter wären die Lauterkeit der medizinischen Versorgung und das Vertrauen der Allgemeinheit in die Lauterkeit der ärztlichen Tätigkeit. Ich schließe mich in dieser Hinsicht dem Kollegen Dannecker, einem Experten für Wirtschaftsstrafrecht, an. Im Übrigen kann man an meiner Formulierung auch die große Bedeutung der Materie, um die es hier geht, ablesen. Deswegen sitzen wir hier zusammen. Wenn aber ein Rechtsgut eine derart große Bedeutung hat, dann verdient es eine Ansiedlung im Bereich der Amtsträgerdelikte, also in den §§ 313 StGB ff. Dabei kommen verschiedene Lösungen in Betracht. Eine elegante Lösung bestünde darin, einen Tatbestand mit einem erweiterten Amtsträgerbegriff zu definieren. So wäre es denkbar, die Freiberufler mit einbeziehen. Eine zweite Möglichkeit bestünde darin, eine spezielle Norm für das Gesundheitssystem zu schaffen. Sie merken an dieser Stelle, dass ich als Kriminologe für Eile plädiere, weil uns sonst die Felle davon schwimmen. Aber bevor wir etwas mit heißer Nadel stricken, sollten wir eher nach einer vernünftigen Lösung suchen. Denn ich bin grundsätzlich der Meinung, dass es an der Zeit ist, eine Anstrengung zur Bekämpfung der Korruption in vielen Bereichen dieser Gesellschaft zu unternehmen. Dies betrifft allerdings nicht nur die Ärzte. Wir wollen kein Ärzte-Bashing betreiben; es ist uns sehr wichtig, dies zu betonen.

Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Ich möchte fortfahren mit einer Frage an Frau Michels. Frau Michels, ich habe gerade gesehen, wie Sie den Kopf geschüttelt haben, als es hieß, dass die erwünschte Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern durch die Einführung eines Korruptionstatbestandes

beeinträchtigt werden könnte. Könnten Sie mir sagen, was Ihr Kopfschütteln zu bedeuten hatte?

ESVe Dina Michels: Ich sehe nicht das Problem, dass zulässige Kooperationen, die in der Regel gesetzlich normiert sind, ins Visier der Staatsanwaltschaften geraten könnten. Gemäß den Formulierungen in § 128 dürfen solche Kooperationen nur aufgrund von Verträgen mit Beteiligung der Krankenkassen geschaffen werden. Im Rahmen dieser Kooperationen sind dann die Ärzte zum Beispiel an der Hilfsmittelversorgung oder an der Versorgung mit anderen Mitteln beteiligt. Das heißt, es muss festgelegt werden, wer mit wem auf welche Weise tätig wird, welche Vergütung für welche Leistung gezahlt wird, das Ganze muss sozialadäquat sein usw. Diese Anforderungen an Kooperationen sind nicht besonders hoch und sollten eigentlich selbstverständlich sein. Ferner ist gerade das Stichwort fachärztliche Anschlussüberweisung gefallen. Es wurde die Vermutung geäußert, dass diese oder schon die bloße Zuweisung strafbar sein beziehungsweise kriminalisiert werden könnten. Dies ist jedoch nicht der Fall. Denn es muss noch etwas hinzukommen, nämlich das Fordern, das Versprechenlassen und Annehmen eines Vorteils als Gegenleistung für die Zuweisung von Patienten. Es muss also Einiges zusammenkommen, bevor der Staatsanwalt sich einschaltet. Daher kann ich die heraufbeschworene Gefahr nicht erkennen.

Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Prof. Bussmann. Laut Koalitionsantrag soll das allgemeine Strafrecht weiterhin zusätzlich zu dem neu im SGB V zu schaffenden Nebenstrafrecht gelten. Könnten Sie uns sagen, wie Sie die dadurch neu entstehende Rechtslage beurteilen?

ESV Prof. Dr. Kai-D. Bussmann: Ich hatte vorhin schon sehr pointiert von einem Drei-Klassen-Strafrecht gesprochen. Es ist

für die Staatsanwälte beziehungsweise für die Rechtsprechung insgesamt irritierend, wenn in einen bestimmten Teilbereich von der generellen Norm abweichende Bestimmungen gelten und wenn diese für Ärzte, die dem § 299 unterliegen, wiederum nicht gelten sollen. Dies sorgt für Verunsicherung im gesamten Korruptionsstrafrecht und auch bei der Rechtsanwendung generell. Ich befürchte, dass wir hier auf unsicheres Terrain geraten. Denn Juristen sind ausgesprochen kreativ. Ich bin selbst einer, und viele andere sind hier im Raum. Das könnte richtig turbulent werden. Im Interesse der Rechtsklarheit trete ich daher dafür ein, die Materie für das gesamte Gesundheitssystem im StGB zu regeln. Damit würden wir auch verhindern, dass es zu einem Ärzte-Bashing kommt und weitere Gruppen von Freiberuflern in die Sache hineingezogen werden. Dies wäre meines Erachtens eine saubere Lösung. Außerdem sind wir heute, im Jahre 2013, wesentlich weiter als noch in den ausgehenden neunziger Jahren, als man das Problem in dieser Deutlichkeit noch nicht erkannt hatte. Gleichwohl hat der Gesetzgeber sich damals genauso entschieden und dies damit begründet, die Materie wegen ihrer großen Bedeutung aus dem Nebenstrafrecht herausholen und ins StGB integrieren zu wollen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an MEZIS und an Transparency International. Der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller schreibt in seiner Stellungnahme, dass für die Mitglieder der freiwilligen Selbstkontrolle der Arzneimittelindustrie ein korruptionsfreies Handeln selbstverständlich und seit Jahren gelebte Praxis sei. Wie beurteilen Sie auf Basis Ihrer eigenen Beobachtungen die Wirksamkeit einer solchen Selbstverpflichtung?

SV **Dr. Christiane Fischer** (MEZIS – Mein Essen zahl' ich selbst): Ich habe im Rahmen einer Weiterbildung den Grad eines Master of Public Health erworben. In meinem Studium habe ich gelernt, dass

freiwillige Selbstkontrollen die Eigenschaft haben, wenig oder gar nicht wirksam zu sein, weil diejenigen, die kontrolliert werden sollen, zugleich die Kontrolleure sind. Das heißt, wir haben es hier mit einer wenig glaubwürdigen und ineffektiven Maßnahme zu tun, die von MEZIS als Mittel der Korruptionsbekämpfung eindeutig abgelehnt wird. In dem ersten Artikel seiner Stellungnahme macht der vfa deutlich, dass die Unwirksamkeit der freiwilligen Selbstkontrolle ausdrücklich gewollt ist. Denn hier heißt es, dass der Zusatz aus § 299 StGB, wonach eine Bevorzugung nur dann erfasst wird, wenn sie in unlauterer Weise erfolgt, nicht übertragen wird. Unseres Erachtens ist die Unterscheidung in unlauter und lauter ein Einfallstor für nicht strafwürdige Korruption.

SV **Dr. Wolfgang Wodarg** (Transparency International (TI)): Wir freuen uns, dass die neuen Tatbestände ins Strafrecht aufgenommen werden sollen. Wir halten dies für sehr wichtig. Allerdings sind wir der Meinung, dass dies viel systematischer geschehen sollte. Es reicht nämlich nicht aus, die auf das Gesundheitswesen bezogenen Teile des Wettbewerbsrechts ins Strafrecht zu integrieren. Denn hier geht es um die Verantwortung für die öffentlichen Mittel, die den Ärzten und anderen Akteuren oder Vertragspartnern der GKV anvertraut sind. Diese Art von Beziehungen kann nicht dem Wettbewerbsrecht zugeordnet werden, vielmehr geht es um Fragen der Amtsträgerschaft. Im Gesundheitswesen werden öffentliche Aufgaben unter anderem an Kassenärzte und andere Akteure delegiert. Diese Materie bleibt weiterhin ungeregt, und das werden wir in Zukunft stark zu spüren bekommen. Jedes Jahr bringt die Bevölkerung eine Summe von 200 Milliarden Euro auf und vertraut sie den Leistungserbringern im Gesundheitswesen an. Wenn wir hier nicht dem Missbrauch durch das Strafrecht vorbeugen, dann greifen wir zu kurz. Das ist unsere Meinung.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Nachdem viele Fragen bereits diskutiert worden sind, kann man festhalten, dass eine Regelung der Materie im Rahmen des SGB V nur von wenigen Sachverständigen befürwortet wird. Gleichwohl möchte ich noch einmal auf diese Thematik eingehen, weil der Gesetzentwurf voraussichtlich in der vorliegenden Fassung verabschiedet wird. Ich wende mich daher an den GKV-Spitzenverband: Sie halten das Vorgehen zwar grundsätzlich für richtig, weisen zugleich aber auf einen Wertungswiderspruch hin. Ihrer Auffassung nach entspricht die Regelung im § 299 StGB nicht der Regelung im SGB V, die künftig für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen gelten soll. Könnten Sie uns diese Einschätzung noch einmal erläutern?

SV **Stefan Meseke** (GKV-Spitzenverband): In unserer Stellungnahme zu dem Antrag der Regierungskoalition haben wir ausgeführt, dass die vorgesehene Regelung im Rahmen des SGB V den Bereich der GKV abdeckt. Die Regelung birgt jedoch eine Reihe von Problemen. Vor allem werden die Privatärzte davon nicht mit erfasst. Darauf hat auch Prof. Bussmann schon hingewiesen. Zudem werden die Interessen der privat versicherten Patienten insgesamt ausgeklammert. Ähnlich wie eine Reihe meiner Vorredner hätten auch wir keine Einwände gegen eine Regelung im Strafgesetzbuch, wenn damit die genannten Probleme besser gelöst würden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Frau Michels. Sie plädieren für eine strafrechtliche Ahndung auf der Basis des § 331 Strafgesetzbuch, also im Rahmen des Wettbewerbsrechts. Könnten Sie uns erläutern, weshalb dies ihrer Meinung nach der richtige Ansatz ist?

ESVe **Dina Michels**: Der § 331 wäre nicht die richtige Stelle, weil er die Amtsdelikte betrifft. Vielmehr müsste die Regelung im

Rahmen des § 299a erfolgen, das heißt, das korruptive Verhalten müsste als reines Wettbewerbsdelikt beschrieben und die entsprechende Strafnorm im Kernstrafrecht des Strafgesetzbuches verankert werden, weil nur dies der Bedeutung des Gesundheitssystems im Rahmen des Sozialstaats gerecht würde. Ich habe bereits bei der Anhörung am 17. April 2013 dargelegt, dass Formen der unzulässigen Zusammenarbeit, bei denen es sich letztlich um korruptives Verhalten handelt, nach unseren Erfahrungen in der Praxis in erster Linie erhebliche Wettbewerbsverzerrungen zur Folge haben. Wir werden mit Beschwerden nicht nur von denjenigen Ärzten konfrontiert, die aus dem Markt gedrängt werden – die sind natürlich auch dabei –, sondern auch von Ärzten, die solche Angebote – wie ich sie vorhin beschrieben habe – nicht mehr haben wollen. Diese Ärzte sind oft entsetzt darüber, wie mit ihren Kollegen umgegangen wird. Das heißt, hier muss etwas geschehen. Es muss die Möglichkeit geben, dagegen vorzugehen. Dies ist meines Erachtens der wichtigste Punkt. Daher verstehe ich auch nicht, weshalb immer noch über die Grundsatzalternative diskutiert wird. Im Übrigen gibt es keinen triftigen Grund dafür, ausschließlich den Wettbewerb als das zu schützende Rechtsgut anzusehen. Vielmehr hat der Gesetzgeber die Möglichkeit, mehrere gleichwertige Schutzgüter zu benennen. Selbstverständlich ist dabei der Schutz des Patientenverhältnisses, also des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, ebenso wichtig wie das Gesundheitssystem mit seinen besonderen Ausprägungen. Dies habe ich bereits mehrfach betont. Der Gesetzgeber muss sich nicht zwischen verschiedenen Schutzgütern entscheiden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker. Sie plädieren für eine gesonderte Bestimmung, nach der stille Beteiligungen von Vertragsärzten an Leistungserbringer-Gesellschaften offengelegt werden müssen. Haben Sie einen konkreten Vor-

schlag, wie und an welcher Stelle eine entsprechende Regelung erfolgen könnte?

Sve Marianne Frickel (Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha)): Wir sind da sehr offen. Ich denke, man könnte die Regelung ins SGB V aufnehmen, vielleicht in den § 70, um die entsprechende Stelle konkret zu benennen. Ferner haben wir kein Problem mit dem allgemeinen Grundsatz in § 70 Absatz 3 Satz 1, dem zufolge die interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht per se untersagt ist, sondern ein Gebot der Wirtschaftlichkeit darstellt und der Anbietervielfalt Rechnung trägt. Wir möchten aber auch die Qualität der Versorgung gewährleistet wissen. Daher vertreten wir die Auffassung, dass von § 70 Absatz 3 Satz 2, der die Leistungserbringer betrifft, auch ein Arzt, der Patienten an sich selbst überweist, mit erfasst werden müsste.

Dies ist aber nicht der Fall. Denn hier ist der Arzt oftmals – vor allem im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges, der oft auch als integrierte Versorgung bezeichnet wird – an der Leistungserbringung in der Praxis direkt beteiligt. Dieses Handeln wird aber vom Tatbestand nicht erfasst. Denn nach dem vorliegenden Regelungsvorschlag wäre es erlaubt. Dem müsste man einen Riegel verschieben. Meiner Meinung nach wäre der § 70 die dafür geeignete Stelle.

Der Vorsitzende: Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit schließe ich die Anhörung. Ich möchte mich bei Ihnen allen bedanken und wünsche Ihnen noch einen guten Tag.

Ende der Sitzung 17.30 Uhr.