

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
– Drucksache 17/13080 –**

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

- b) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 17/13401 –**

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Bärbel Bas, Angelika Graf (Rosenheim),
Dr. Marlies Volkmer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/9059 –**

Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Edgar Franke, Christine Lambrecht,
Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/12213 –**

Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen unter Strafe stellen

A. Problem

Zu den Buchstaben a und b

Nach Auffassung der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sowie der Bundesregierung fördert Gesundheit die Entwicklung, Entfaltungsmöglichkeiten und die gesellschaftliche Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger und ist Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft, für Beschäftigung und für Wettbewerbsfähigkeit. Der demographische Wandel, die Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen sowie die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt erforderten deshalb eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung und Prävention.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller sind der Meinung, dass sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zwar deutlich verbessert habe, es aber immer noch Versorgungsschwachstellen gebe. Die Verlagerung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen und von physischen zu psychischen Erkrankungen sowie die pädiatrische Morbidität hätten ernsthafte Versorgungslücken zur Folge. Außerdem beeinflusse die soziale Herkunft die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller weisen darauf hin, dass der Bundesgerichtshof in seinem Beschluss vom März 2012 festgestellt habe, dass nach geltendem Recht korruptives Verhalten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht strafbar sei, während angestellte Ärzte strafrechtlich verfolgt werden könnten. Nach Auffassung der Antragsteller ist dies eine Ungleichbehandlung der Ärztinnen und Ärzte und eine Regelungslücke, die dringend geschlossen werden müsse. Darüber hinaus werde durch Korruption das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitssystem beschädigt.

B. Lösung

Zu den Buchstaben a und b

Die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten sollen zielgerichtet ausgestaltet werden, um die Bevölkerung bei der Entwicklung und dem Ausbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen zu unterstützen und damit Gesundheitsrisiken zu reduzieren.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/13080 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Erledigterklärung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/13401.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller fordern, die Kindergesundheit als nationale Aufgabe zu definieren und die Versorgungskonzepte an die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen anzupassen und flächendeckend sicherzustellen. Ferner müsse die wissenschaftliche Forschung auf den Bereich der Kindergesundheit fokussiert und die Arzneimittelsicherheit für Kinder und Jugendliche gestärkt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/9059 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller fordern, dass Korruption im Gesundheitswesen generell unter Strafe gestellt wird.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/12213 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

C. Alternativen

Zu den Buchstaben a und b

Ablehnung der Gesetzentwürfe.

Zu den Buchstaben c und d

Annahme eines Antrags oder beider Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu den Buchstaben a und b

Bund, Länder und Gemeinden

Für die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erbringt, entstehen Mehrausgaben in Höhe von etwa 35 Mio. Euro jährlich. Die BZgA erhält von den Krankenkassen eine Vergütung in entsprechender Höhe, so dass (netto) sich keine Belastung des Bundeshaushalts ergibt. Mehrbedarf an Sach- und Personalmitteln in der Krankenversicherung der Landwirte, der sich gegebenenfalls auf die Zuschüsse des Bundes niederschlägt, soll im Einzelplan 10 aufgefangen werden.

Für Länder und Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Anhebung des Ausgabenrichtwertes für Leistungen zur Primärprävention und die Festlegungen eines Mindestbetrags für Ausgaben zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie eines Mindestbetrags für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten führen bei den Krankenkassen, deren Ausgaben entweder den derzeitigen Richtwert oder die aktuelle tatsächliche Ausgabenquote für die betriebliche Gesundheitsförderung unterschreiten, zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben von rund 150 bis rund 180 Mio. Euro ab dem Jahr 2014. Davon entfallen etwa 35 Mio. Euro auf die Vergütung der Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, die die BZgA im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erbringt (s. o.). Dem können mittel- bis langfristig erhebliche Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüberstehen. Die finanziellen Auswirkungen der Untersuchungen nach § 25 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hängen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Untersuchung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ab. Die gesetzlichen Änderungen ermöglichen dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung. Bei einer flächendeckenden Einführung einer zusätzlichen Kinderfrüherkennungsuntersuchung (§ 26 Absatz 1 SGB V) durch den G-BA entstehen den Krankenkassen Mehraufwendungen im niedrigen einstelligen Millionenbereich. Dem steht ein Einsparpotential durch die frühzeitige Vermeidung oder Erken-

nung von in diesem Lebensalter sich manifestierenden Störungen der gesundheitlichen Entwicklung gegenüber.

Durch Verbesserungen bei den Vorsorge- und Präventionsleistungen in anerkannten Kurorten entstehen den Krankenkassen ab dem Jahr 2014 geschätzte Mehrausgaben in einer Größenordnung von 15 bis 20 Mio. Euro.

Zu den Buchstaben c und d

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu den Buchstaben a und b

Den Bürgerinnen und Bürgern entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Zu den Buchstaben c und d

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu den Buchstaben a und b

Örtlichen Unternehmensorganisationen kann ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand entstehen.

Zu den Buchstaben c und d

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu den Buchstaben a und b

Für die Länder entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Beim Bundesministerium für Gesundheit entsteht ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von jährlich 295 000 Euro.

Ein nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehen.

Den Krankenkassen entsteht jährlich ein erhöhter, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Für die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ist ein geringfügiger und nicht quantifizierbarer zusätzlicher Erfüllungsaufwand möglich.

Zu den Buchstaben c und d

Der Erfüllungsaufwand für die Verwaltung wurde nicht erörtert.

E.4 Erfüllungsaufwand für den Gemeinsamen Bundesausschuss

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Zu den Buchstaben c und d

Der Erfüllungsaufwand für den Gemeinsamen Bundesausschuss wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu den Buchstaben a und b

Kosten, die über die oben aufgeführten Kosten und Erfüllungsaufwände hinausgehen, entstehen durch das Gesetz nicht.

Zu den Buchstaben c und d

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13080 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
- b) den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13401 für erledigt zu erklären,
- c) den Antrag auf Drucksache 17/9059 abzulehnen,
- d) den Antrag auf Drucksache 17/12213 abzulehnen.

Berlin, den 26. Juni 2013

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Carola Reimann
Vorsitzende

Angelika Graf (Rosenheim)
Berichterstatlerin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

– Drucksache 17/13080 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

Vom ...

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“

1. **u n v e r ä n d e r t**

2. In § 11 Absatz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „zur“ die Wörter „Vermeidung und“ eingefügt.

2. **u n v e r ä n d e r t**

3. § 20 wird wie folgt gefasst:

3. § 20 wird wie folgt gefasst:

„§ 20

„§ 20

Primäre Prävention

Primäre Prävention

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vor, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Sie legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde. Die Leistungen sollen insbesondere folgende Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen:

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vor, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und **insbesondere** einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter **sowie geschlechtsbezogener** Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Sie legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde. Die Leistungen sollen insbesondere folgende Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung fördern,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,

1. **u n v e r ä n d e r t**
2. **u n v e r ä n d e r t**
3. **u n v e r ä n d e r t**
4. **u n v e r ä n d e r t**
5. **u n v e r ä n d e r t**

Entwurf

6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,

7. gesund älter werden.

Bei der Umsetzung der in Satz 3 Nummer 1 bis 3 genannten Ziele sind auch die Ziele und Teilziele maßgeblich, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Umsetzung der in Satz 3 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele sind auch die Ziele und Teilziele maßgeblich, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (eBAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach den §§ 20a und 20b berücksichtigen die Krankenkassen auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Berücksichtigung der Gesundheitsziele nach Absatz 1 Satz 3 bis 5 und der in Absatz 1 Satz 6 genannten Ziele einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der Leistungen der Krankenkassen nach Absatz 1 auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den Bericht nach § 20e die erforderlichen Auskünfte.

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden als Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, als Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte und als Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach § 20a erbracht. Lebenswelten im Sinne des Satzes 1 sind abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens, in denen die Versicherten große Teile ihres Lebens verbringen.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

6. unverändert

7. unverändert

Bei der Umsetzung der in Satz 3 Nummer 1 bis 3 genannten Ziele sind auch die Ziele und Teilziele maßgeblich, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Umsetzung der in Satz 3 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele sind auch die Ziele und Teilziele maßgeblich, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (eBAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach den §§ 20a und 20b berücksichtigen die Krankenkassen auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(2) unverändert

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden als Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, als Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte und als Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach § 20a erbracht. Lebenswelten im Sinne des Satzes 1 sind abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens, in denen die Versicherten große Teile ihres Lebens verbringen. **Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse und im Zusammenwirken mit den in den Ländern zuständigen Stellen insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten, indem sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für die Lebenswelt die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risi-**

Entwurf

(4) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse zertifiziert ist. Bei der Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention ist eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgegebene Empfehlung zu berücksichtigen. Für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(5) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2013 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,01 Euro und ab dem Jahr 2014 einen Betrag in Höhe von 6 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2014 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen nach § 20a sowie mindestens 1 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

(6) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2014 mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Leistungen nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens *der Hälfte* des Betrages entspricht, den die Krankenkassen nach Absatz 5 Satz 2 für die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 3 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von Absatz 5 Satz 3 jährlich anzupassen.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

ken und Potenziale erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln und deren Umsetzung unterstützen.

(4) **u n v e r ä n d e r t**

(5) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2013 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,01 Euro und ab dem Jahr 2014 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2014 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen nach § 20a sowie mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

(6) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben **und zur Sicherstellung einer einheitlichen, kassenübergreifenden Leistungserbringung** beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2014 mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen. **Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung berücksichtigt bei der Ausführung des Auftrags die regionalen Erfordernisse und orientiert sich bei der Verwendung der Mittel insbesondere an der Anzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten im jeweiligen Land. Die Durchführung der nach diesem Absatz zu erbringenden regionalen Leistungen erfolgt im Benehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden.** Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Leistungen nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens **einem Viertel** des Betrages entspricht, den die Krankenkassen nach Absatz 5 Satz 2 für die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 3 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des je-

Entwurf

(7) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 6, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität, zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. Oktober 2013. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 6 Satz 1 nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung nach Satz 1, unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen. § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Der Verband der privaten Krankenversicherung kann Tätigkeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die diese im Rahmen ihres öffentlichen Auftrags erbringt, mit Zuwendungen fördern.“

4. § 20a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Betrieb“ die Wörter „sowie der Betriebsärzte“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

b) Die folgenden Absätze 3 bis 5 werden angefügt:

„(3) Krankenkassen und Arbeitgeber können einzeln oder in Kooperation Gruppentarife abschließen. Arbeitnehmer können einem Gruppentarif ihres Arbeitgebers und der Krankenkasse, bei der sie versichert sind, beitreten. Bestandteil der Verträge nach Satz 1 sind Leistungen nach Absatz 1 Satz 1, Vereinbarungen zur Qualitätssicherung und Evaluation der Maßnahmen sowie die Dauer des Tarifs. Weitere Bestandteile von Gruppentarifen können Vereinbarungen zur Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 und 2, koordinierte Beratungs- und Betreuungsangebote sowie Mindestbindungsfristen sein. Zur Koordinierung und Durchführung der Maßnahmen von Gruppentarifen können die Vertragspartner nach Satz 1 Verträge mit geeigneten Anbietern von Präventionsleistungen einschließlich der Betriebsärzte schließen. Die Vertragspartner nach Satz 1 vereinbaren gemeinsam die Tragung der Kosten. Die Aufwendungen für primärpräventive Leistungen eines Gruppentarifs, die über die Leistungen nach Absatz 1 und nach § 20d Absatz 1 und 2 hinausgehen, müssen

Beschlüsse des 14. Ausschusses

weiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von Absatz 5 Satz 3 jährlich anzupassen. **Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird, und dokumentiert dies.**

(7) unverändert

4. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesem Gruppentarif auf Dauer finanziert werden. Die Einnahmen aus einem Gruppentarif können sich aus Prämienzahlungen des Mitglieds und Leistungen des Arbeitgebers zusammensetzen. Die Einnahmen und Ausgaben im Rahmen von Gruppentarifen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

(4) Die Krankenkassen sollen Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen mit diesen.

(5) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 5 Satz 2 für Leistungen nach § 20a, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Verteilungsschlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach Absatz 4 Satz 4 abgeschlossen haben.“

5. Nach § 20d wird folgender § 20e eingefügt:

„§ 20e

Ständige Präventionskonferenz;
Bericht über die Entwicklung von
Gesundheitsförderung und Prävention

(1) Beim Bundesministerium für Gesundheit wird eine Ständige Präventionskonferenz errichtet. Zur Unterstützung der Arbeiten der Ständigen Präventionskonferenz richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein. Die Aufgabe der Geschäftsstelle besteht insbesondere in der Zusammenstellung und Aufbereitung des für die Tätigkeit der Ständigen Präventionskonferenz erforderlichen Materials, in der Vorbereitung der Entscheidungen und Beschlüsse der Ständigen Präventionskonferenz, in der technischen Vor- und Nachbereitung der Sitzungen der Ständigen Präventionskonferenz sowie der Erledigung der sonst anfallenden Verwaltungsarbeiten.

(2) Die Ständige Präventionskonferenz hat die Aufgabe, über die Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen und deren Umsetzung zu berichten sowie Wege und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung aufzuzeigen. Die Ständige Präventionskonferenz erstellt diesen Bericht alle vier Jahre und leitet ihn dem Bundes-

5. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

ministerium für Gesundheit zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung mit den von ihr für notwendig gehaltenen Folgerungen bei.

(3) Die Bundesministerin oder der Bundesminister für Gesundheit führt den Vorsitz der Ständigen Präventionskonferenz und beruft in diese Vertreter der betroffenen Bundesministerien, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände, der Sozialleistungsträger, der repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie Vertreter der für Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände. Die Ständige Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Entscheidungen und Beschlüsse der Ständigen Präventionskonferenz werden mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder getroffen.“

6. § 23 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „nicht aus“ die Wörter „oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“ eingefügt.
- b) In Satz 2 wird die Angabe „13“ durch die Angabe „16“ ersetzt.
- c) In Satz 3 wird die Angabe „21“ durch die Angabe „25“ ersetzt.

7. Die Überschrift des Vierten Abschnitts des Dritten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten“.

8. § 25 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf alters- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 3 und 4. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 3 und 4 vermieden, beseitigt oder vermindert wer-

6. u n v e r ä n d e r t

7. u n v e r ä n d e r t

8. § 25 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf alters- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 3 und 4. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. **Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auf Angebote zur Verhaltensprävention hinweisen.**“

b) u n v e r ä n d e r t

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

den können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

c) unverändert

aa) In Satz 3 werden die Wörter „Untersuchungen nach Absatz 2“ durch die Wörter „die Untersuchungen“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften Monats des auf das Inkrafttreten nach Artikel 3 Satz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2.“

9. § 26 wird wie folgt geändert:

9. unverändert

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Sie umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 3 und 4. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung.

Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.“

b) In Absatz 2 wird die Angabe „Abs. 4 Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2 und 4“ ersetzt.

10. § 65a Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

10. unverändert

„(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen oder an Leistungen der Krankenkasse

Entwurf

zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 4 teilnehmen, Anspruch auf eine Geldleistung als Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist. Der Bonus für die Teilnahme an Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention soll vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet werden.

(2) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten eine Geldleistung als Bonus erhalten. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

11. § 70 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit und Zusammenarbeit“.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die Leistungserbringer, die andere Leistungserbringer oder Dritte an der Versorgung beteiligen, haben eine am Vertrauen des Versicherten in die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen und am Gebot der Wirtschaftlichkeit orientierte Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Anbietervielfalt zu gewährleisten. Leistungserbringer und ihre Angestellten oder Beauftragten dürfen keine Entgelte oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteile für sich oder Dritte als Gegenleistung dafür fordern, sich versprechen lassen oder annehmen, dass sie andere Leistungserbringer oder Dritte bei der Verordnung von Leistungen, der Zuweisung an Leistungserbringer, der Abgabe von Mitteln oder der sonstigen Veranlassung von Leistungen für die Untersuchung oder Behandlung von Versicherten nach diesem Buch in unangemessener unsachlicher Weise begünstigen oder bevorzugen. Ebenfalls unzulässig ist es, Leistungserbringern, ihren Angestellten oder Beauftragten solche Vorteile für diese oder Dritte anzubieten, zu versprechen oder zu gewähren. Vorteile sind auch solche nach § 128 Absatz 2 Satz 3.“

12. § 81a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen organisieren für ihren Bereich einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Einrichtungen nach Absatz 1; Vertreter der Einrichtungen nach § 197a Absatz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft sind in geeigneter Form zu beteiligen. Über die Ergebnisse sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird nach dem Wort „Aufsichtsbehörde“ ein Komma und werden die Wörter „die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigungen sind auch den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„In dem Bericht sind zusammengefasst auch die Anzahl der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, bei denen im Berichtszeitraum Pflichtverletzungen vermutet oder nachgewiesen wurden, die Art und Schwere des Fehlverhaltens und der dagegen getroffenen Maßnahmen, einschließlich der Maßnahmen nach § 81 Absatz 5, sowie der verhinderte und entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.“

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen treffen bis zum 31. Dezember 2013 nähere Bestimmungen über die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 bei ihren Mitgliedern, die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2, die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2, die Zusammenarbeit nach Absatz 3, die Unterrichtung nach Absatz 4 und die Berichte nach Absatz 5; die Bestimmungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Sie führen die Berichte ihrer Mitglieder nach Absatz 5 zusammen, gleichen die Ergebnisse mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab und veröffentlichen ihre eigenen Berichte im Internet.“

11. In § 132e Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „geeigneten Ärzten“ die Wörter „einschließlich Betriebsärzten“ eingefügt.

13. unverändert

14. § 197a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Einrichtungen nach Absatz 1; Vertreter der Einrichtungen nach § 81a Absatz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft sind in geeigneter Form zu beteiligen. Über die Ergebnisse sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Aufsichtsbehörde“ die Wörter „und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ eingefügt.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„In dem Bericht sind zusammengefasst auch die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten, bei denen im Berichtszeitraum Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch vermutet oder nachgewiesen wurden, die Art und Schwere des Fehlverhaltens und der dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.“

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft bis zum 31. Dezember 2013 nähere Bestimmungen über die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 bei seinen Mitgliedern, die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2, die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2, die Zusammenarbeit nach Absatz 3, die Unterrichtung nach Absatz 4 und die Berichte nach Absatz 5; die Bestimmungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Er führt die Berichte seiner Mitglieder nach Absatz 5 zusammen, gleicht die Ergebnisse mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab und veröffentlicht seinen eigenen Bericht im Internet.“

15. Nach § 307b wird folgender § 307c eingefügt:

„§ 307c

Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 70 Absatz 3 Satz 2 oder Satz 3, jeweils auch in Verbindung mit Satz 4, einen dort genannten und nicht nur geringfügigen wirtschaftlichen Vorteil annimmt oder gewährt.

(2) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer in den Fällen des Absatzes 1 gewerbsmäßig handelt.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält. Antragsberechtigt sind der betroffene Versicherte, seine gesetzliche Krankenkasse, die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung und die berufsständische Kammer, bei denen der Täter Mitglied ist, und deren andere Mitglieder. Antragsberechtigt sind auch die in § 8 Absatz 3 Nummer 2 und 4 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb bezeichneten Verbände und Kammern.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 2**Änderung des Zweiten Gesetzes über die
Krankenversicherung der Landwirte**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Dies umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“
 - b) In dem neuen Satz 3 werden nach den Wörtern „Selbsthilfe, zur“ die Wörter „Vermeidung und“ eingefügt.
2. Nach § 8 Absatz 2b wird folgender Absatz 2c eingefügt:

„(2c) Für die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gelten der Dritte und Zehnte Abschnitt des Dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass § 20 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Aufwendung von mindestens 2 Euro für jeden der Versicherten für Leistungen nach § 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt ist, § 20a Absatz 5 und § 65a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht anzuwenden sind.“

Artikel 2**Änderung des Zweiten Gesetzes über die
Krankenversicherung der Landwirte**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. **u n v e r ä n d e r t**

2. **u n v e r ä n d e r t**

3. **In § 57 Absatz 1 wird die Angabe „§ 291a Abs. 4 Satz 1“ durch die Wörter „§ 291a Absatz 4 Satz 1 oder Absatz 5a Satz 1 erster Halbsatz oder Satz 2“ ersetzt.**

4. **Nach § 57 wird folgender § 58 eingefügt:**

„§ 58**Strafvorschriften**

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 15 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 70 Absatz 3 Satz 2 oder Satz 3, jeweils auch in Verbindung mit Satz 4, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen dort genannten und nicht nur geringfügigen wirtschaftlichen Vorteil annimmt oder gewährt.

(2) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer in den Fällen des Absatzes 1 gewerbsmäßig handelt.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält. Antragsberechtigt sind der betroffene Versicherte, die landwirtschaftliche Krankenkasse, die Kassenärztliche Vereinigung und die berufsständische Kammer, bei denen der Täter Mitglied ist, und deren andere Mitglieder. Antragsberechtigt sind auch die in § 8 Absatz 3 Nummer 2 und 4 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb bezeichneten Verbände und Kammern.“

Entwurf

Artikel 3**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft. In Artikel 1 Nummer 3 tritt § 20 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und in Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b tritt § 20a Absatz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils am 1. Januar 2014 in Kraft.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 3**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft. In Artikel 1 Nummer 3 tritt § 20 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und in Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b tritt § 20a Absatz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils am 1. Januar 2014 in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Angelika Graf (Rosenheim)

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 17/13080** in seiner 235. Sitzung am 19. April 2013 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Finanzausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen. Ferner hat er den Gesetzentwurf nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages an den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 17/13401** in seiner 240. Sitzung am 16. Mai 2013 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Sportausschuss und den Haushaltsausschuss überwiesen. Ferner hat er den Gesetzentwurf nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages an den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 17/9059** in seiner 195. Sitzung am 27. September 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 17/12213** in seiner 225. Sitzung am 28. Februar 2013 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung Rechtsausschuss überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu den Buchstaben a und b

Der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/13080 ist textidentisch mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/13401.

Nach Auffassung der Gesetzesinitianten fördert Gesundheit die Entwicklung, Entfaltungsmöglichkeiten und die gesellschaftliche Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger und ist Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft, für Beschäftigung und für Wettbewerbsfähigkeit. Der demographische Wandel, die Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankun-

gen sowie die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt erforderten deshalb eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung und Prävention.

Deshalb müssten die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten zielgerichtet ausgestaltet werden, um die Bevölkerung bei der Entwicklung und dem Ausbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen zu unterstützen und damit Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Es soll sowohl die Verantwortung der Menschen als auch der Selbstverwaltung und der Unternehmen gefördert werden. Für Letztere sollen die Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung verbessert werden. Eine neu einzurichtende Ständige Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit soll die Verständigung auf gemeinsame Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele unterstützen. Die Leistungen der Krankenkassen sollen auf verbindliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele ausgerichtet, die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sollen präventionsorientiert weiterentwickelt und die medizinischen Vorsorgeleistungen gestärkt werden. Darüber hinaus soll auch der Wettbewerb der Krankenkassen im Bereich der Prävention gefördert werden.

Die Finanzierung der Leistungen zur Prävention soll neu strukturiert werden: Der Ausgabenrichtwert für Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren soll auf jährlich 6 Euro je Versicherten erhöht werden, wobei auf die betriebliche Gesundheitsförderung mindestens 2 Euro pro Versicherten und Jahr entfallen sollen. Für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte sollen die Krankenkassen mindestens einen Euro je Versicherten und Jahr aufwenden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die im Auftrag der Krankenkassen kassenübergreifend Leistungen zur Prävention in Lebenswelten insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie für ältere Menschen durchführen soll, soll hierfür vom GKV-Spitzenverband eine Vergütung von mindestens der Hälfte des verbindlichen Mindestbetrags für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erhalten.

Zur Sicherstellung der Qualität und der Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung soll ein einheitliches Verfahren zur Qualitätssicherung, Zertifizierung und Evaluation des Leistungsangebotes durch den GKV-Spitzenverband entwickelt werden.

Stellungnahme des Normenkontrollrates zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drucksache 17/13401, Anlage 2)

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKRG) am 1. März 2013 eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/13401 abgegeben.

Darin fordert der NKR die Bundesregierung auf, eine alternative Regelung für den Fall der Unterschreitung des Mindestbetrags für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen zu entwickeln, da durch die Regelung des § 20a Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ein „spürbarer“ Erfüllungsaufwand anfallt. Zudem soll die dauerhafte Unterstützung der Präventionskonferenz durch eine Geschäftsstelle nach fünf Jahren evaluiert und bei der konkreten Ausgestaltung der Präventionsempfehlung auf ein bürokratiearmes Verfahren in Arztpraxen geachtet werden.

Stellungnahme der Bundesregierung zur Stellungnahme des Normenkontrollrates

(Drucksache 17/13401, Anlage 3)

Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass es zur Regelung in § 20a Absatz 5 SGB V keine Alternative gebe, da nur so eine Erhöhung der Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gesichert werden könne. Weiter geht die Bundesregierung davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der Ausgestaltung der Präventionsempfehlungen auf ein bürokratiearmes Verfahren achten werde. Außerdem sei der G-BA gesetzlich verpflichtet, aufgrund seiner Entscheidungen entstehende Bürokratiekosten zu ermitteln. Darüber hinaus werde das Bundesministerium für Gesundheit fünf Jahre nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes prüfen, ob eine permanente Unterstützung der Ständigen Präventionskonferenz durch eine eigene Geschäftsstelle erforderlich sei.

Stellungnahme des Bundesrates

(Drucksache 17/13401, Anlage 4)

Der Bundesrat hat in seiner 909. Sitzung am 3. Mai 2013 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/13401 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung genommen (Bundesratsdrucksache 217/13 (Beschluss)).

Der Bundesrat fordert unter Bezugnahme auf seine Entschließung vom 22. März 2013 (Bundesratsdrucksache 753/12 (Beschluss)) eine grundlegende Überarbeitung des Gesetzentwurfs und hält unter Verweis auf die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere die Einbeziehung der Länder, Kommunen und der anderen Sozialversicherungsträger (Rentenversicherung, Unfallversicherung, Pflegeversicherung und Arbeitslosenversicherung) sowie der privaten Krankenversicherung in die Finanzierung von Präventionsleistungen in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger für erforderlich. Der Bundesrat fordert insbesondere eine gesetzliche Regelung, mit der die Länder zur Einrichtung von Länderpräventionsfonds, in die Mittel der Sozialversicherungsträger und der Länder fließen sollen, ermächtigt werden. Darüber hinaus werden eine verstärkte Koordinierung der Präventionsakteure sowie die Definition nationaler, gemeinsam von Bund, Ländern und den Sozialversicherungsträgern entwickelter Gesundheits- und Präventionsziele unter Anknüpfung an die vereinbarten Ziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ als notwendig erachtet.

Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates

(Drucksache 17/13401, Anlage 5)

In ihrer Gegenäußerung vom 8. Mai 2013 weist die Bundesregierung die Forderungen des Bundesrates zurück. Gegenüber einer bundesgesetzlichen Ermächtigung zur Einrichtung von Länderpräventionsfonds unter finanzieller Beteiligung auch der Sozialversicherungsträger, die heute keinen Versicherungsbezug zu den Aufgaben der allgemeinen Gesundheitsförderung aufweisen, sowie der privaten Krankenversicherung macht die Bundesregierung verfassungsrechtliche Bedenken geltend. Mit Blick auf die zu berücksichtigenden verfassungsrechtlich vorgegebenen Bund-Länder-Kompetenzen und auf den Versicherungsbezug von Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung konzentrierte sich der Gesetzentwurf auf die Regelungen des SGB V. Der Gesetzentwurf trage damit dem Grundsatz der eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung sowie dem grundrechtlich gebotenen Prinzip der Beitragsäquivalenz in der Sozialversicherung Rechnung. Die Bundesregierung weist ferner darauf hin, dass der Gesetzentwurf gleichwohl die Prävention und Gesundheitsförderung in Ländern und Kommunen unterstütze. Der vorgesehene deutliche Ausbau der Leistungen der Krankenkassen zur Prävention in den Lebenswelten der Versicherten werde zu einer erheblichen Unterstützung der Aktivitäten in den regionalen und kommunalen Strukturen, insbesondere in Kindertagesstätten, Schulen und Senioreneinrichtungen, führen. Der vom Bundesrat darüber hinaus geforderten verstärkten Koordinierung der Präventionsakteure werde durch die Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz der wesentlichen Akteure unter Beteiligung der Länder beim Bundesministerium für Gesundheit Rechnung getragen. Ferner werde der als notwendig erachteten Festlegung nationaler Gesundheits- und Präventionsziele durch die vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen entsprochen, ihre Leistungen zur primären Prävention an im Gesetz bestimmten, vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Gesundheitszielen auszurichten.

Zu Buchstabe c

Nach Auffassung der Antragsteller hat sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zwar deutlich verbessert, doch gebe es immer noch Versorgungsschwachstellen. Die Verlagerung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen und von physischen zu psychischen Erkrankungen sowie die pädiatrische Morbidität hätten ernsthafte Versorgungslücken zur Folge. Außerdem beeinflusse die soziale Herkunft die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Um diese negative Entwicklung zu beeinflussen, müsse die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch gezielte Maßnahmen erhalten und gefördert und die Eltern müssten bei der Erziehung der Kinder zu eigenverantwortlichem gesundheitlichen Handeln unterstützt werden.

Die Antragsteller fordern deshalb, die Kindergesundheit als nationale Aufgabe zu definieren und die gesundheitlichen Versorgungskonzepte an die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen anzupassen sowie die präventive, kurative, rehabilitative und palliative Versorgung flächendeckend und nachhaltig sicherzustellen. Hierzu müssten entsprechende Kriterien formuliert werden, wobei die Belange von Kindern

mit Behinderung besonders berücksichtigt werden sollten. Zur Umsetzung dieser Forderungen solle u. a. ein Titel „Förderung der Kindergesundheit“ in den Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit eingestellt und eine nationale Präventionsstrategie entwickelt und koordiniert werden. Des Weiteren müsse sich die wissenschaftliche Forschung insbesondere die Versorgungsforschung auf den Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit fokussieren. Die Arzneimittelsicherheit solle durch die Veröffentlichung klinischer Studien für Arzneimittel aber auch für Medizinprodukte und nicht medikamentöse Verfahren sowie durch ein Risikomanagement beim Off-Label-Use von Medikamenten gestärkt werden. Wichtig ist für die Antragsteller auch, dass ein Kompetenznetz unter Berücksichtigung der Schnittstellenproblematik aufgebaut wird.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller weisen darauf hin, dass der Bundesgerichtshof in seinem Beschluss vom März 2012 bestätigt habe, dass nach geltendem Recht korruptives Verhalten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht strafbar sei, während angestellte Ärzte strafrechtlich verfolgt werden könnten. Dies sei eine Ungleichbehandlung der angestellten und der freiberuflichen Ärzte und somit eine Regelungslücke, die dringend geschlossen werden müsse. Zudem hätten sich sowohl Selbstkontrollen als auch berufs- und standesrechtliche Regelungen zur Sanktionierung von korruptivem Verhalten von Ärzten zu als unzureichend erwiesen. Freiberufliche Ärzte müssten nur selten mit berufsrechtlichen Sanktionen rechnen, da diese nur dann ausgesprochen würden, wenn die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft letztendlich auch zu einer Verurteilung führten. Dies sei aber aufgrund der bestehenden Regelungslücke nicht möglich. Korruption im Gesundheitswesen schade zudem den Patientinnen und Patienten sowie den sich an die Vorgaben haltenden Leistungserbringern und dem Gesundheitssystem insgesamt.

Die Antragsteller fordern deshalb, dass Korruption im Gesundheitswesen generell unter Strafe gestellt wird.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu den Buchstaben a und b

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 146. Sitzung am 26. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13080 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 127. Sitzung am 26. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, die Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 17/13080 und 17/13401 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Ferner wird der Haushaltsausschuss seinen Bericht nach § 96 GO-BT dem Plenum vorlegen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** hat in seiner 110. Sitzung am 26. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE

GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13080 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 97. Sitzung am 26. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13080 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 139. Sitzung am 26. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13080 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 102. Sitzung am 26. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13080 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Sportausschuss** hat in seiner 81. Sitzung am 26. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/13401 anzunehmen.

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 138. Sitzung am 12. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9059 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 102. Sitzung am 26. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9059 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 142. Sitzung am 26. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/12213 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu den Buchstaben a, b und c

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 88. Sitzung am 24. Oktober 2012 die Beratungen zum Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9059 aufgenommen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 107. Sitzung am 24. April 2013 die Beratungen zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/13080 aufgenommen und beschlossen, zum Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13080 und zum Antrag auf Drucksache 17/9059 eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In der 111. Sitzung am 15. Mai 2013 hat der Ausschuss für Gesundheit seine Beratungen zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/13080 sowie zum Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9059 fortgesetzt.

Die öffentliche Anhörung hat in der 112. Sitzung am 15. Mai 2013 stattgefunden und war in die Themenbereiche „Prävention“ und „Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ (Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksache 17(14)416 zu Drucksache 17/13080) geteilt.

Als sachverständige Organisationen zum Themenbereich „Prävention“ waren eingeladen: AOK-Bundesverband, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., BKK im Unternehmen, Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (bvpg), dbb beamtenbund und tarifunion, Deutsche Gesellschaft für Public Health, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. (DGSM), Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), Deutsche Industrie- und Handelskammer (DIHK), Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG), Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzterverband, Deutscher Heilbäderverband (DHV), Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Deutscher Städte- und Gemeindeforschungsausschuss (G-BA), gesundheitsziele.de, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., GKV-Spitzenverband, IKK e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB), Der Paritätische Gesamtverband, PKV Verband der privaten Krankenversicherung e. V., ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). Als Einzelsachverständige waren Senator a. D. Ulf Fink, Prof. Dr. Raimund Geene, Prof. Helge Sodan und Thomas Altgeld eingeladen.

Als sachverständige Organisationen zum Themenbereich „Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha), Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Bundesverband

der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Anwaltverein (DAV) e. V., Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e. V., GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Mein Essen zahle ich selbst e. V. (MEZIS), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Transparency Deutschland, Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD gGmbH (UPD), Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP). Als Einzelsachverständige waren Prof. Dr. Wolfgang Spoerr und Dina Michels eingeladen. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Zu Buchstabe d

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 103. Sitzung am 20. März 2013 die Beratungen zu dem Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/12213 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen. Mit in die Anhörung einbezogen wurden der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidungen sichern – Korruptives Verhalten effektiv bekämpfen“ auf Drucksache 17/12451 und der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Korruption im Gesundheitswesen strafbar machen“ auf Drucksache 17/12693.

Die öffentliche Anhörung hat in der 106. Sitzung am 17. April 2013 stattgefunden. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE) e. V., Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha), Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK), Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V. (dggö), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Anwaltverein (DAV) e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (DGB), Deutscher Heilbäderverband e. V. (DHV), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Richterbund, Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e. V., GKV-Spitzenverband, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Mein Essen zahle ich selbst e. V.;

Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte (MEZIS), PKV – Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Sozialverband Deutschland e. V., Transparency Deutschland, Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD GmbH, ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand, Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) und Vereinigung demokratische Zahnmedizin (VDZM). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Kai-D. Bussmann, Jörg Engelhard, Sören Kleinke, Dina Michels und Prof. Dr. Wolfgang Spoerr. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Zu den Buchstaben a bis d

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 119. Sitzung am 26. Juni 2013 die Beratungen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/13401 aufgenommen und die Beratungen zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/13080 sowie zu den beiden Anträgen der Fraktion der SPD auf den Drucksachen 17/9059 und 17/12213 fortgesetzt und zu sämtlichen Vorlagen abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der Ausschuss für Gesundheit mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13080 in geänderter Fassung anzunehmen.

Ferner empfiehlt er einstimmig, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13401 für erledigt zu erklären.

Weiterhin empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 17/9059 abzulehnen.

Weiterhin empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 17/12213 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/13080 weitere Regelungen zur Prävention beschlossen (Ausschussdrucksache 17(14)453). Es handelt sich im Wesentlichen um folgende Änderungen:

- Es wird klargestellt, dass Leistungen zur primären Prävention entsprechend der geltenden Rechtslage insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Darüber hinaus wird geregelt, dass die Leistungen zur primären Prävention auch zum Abbau geschlechtsbedingt ungleicher Gesundheitschancen beitragen (§ 20 Absatz 1 Satz 1 SGB V).
- Die Definition der Leistungen zur Prävention in Lebenswelten wird konkretisiert. Danach fördern die Krankenkassen mit ihren Leistungen im Zusammenwirken mit den in den Ländern zuständigen Stellen und unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse insbesondere

den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten. Die Versicherten und die Verantwortlichen für die Lebenswelt sind zu beteiligen (§ 20 Absatz 3 Satz 3 SGB V). Der Richtwert der Ausgaben für Leistungen zur primären Prävention wird auf jährlich 7 Euro je Versicherten erhöht und der Mindestwert für Ausgaben für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten auf jährlich 2 Euro festgelegt (§ 20 Absatz 5 SGB V).

- Der mit der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen verfolgte Zwecke einer kassenübergreifenden Leistungserbringung sowie die damit einhergehende Zweckbindung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen entrichteten Vergütung werden klargestellt. Es wird geregelt, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bei der Ausführung des Auftrags die regionalen Erfordernisse zu berücksichtigen, die Mittel in Anlehnung an die Versichertenzahl im jeweiligen Land einzusetzen und die Leistungen im Benehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden durchzuführen hat (§ 20 Absatz 6 SGB V).
- Der wesentliche Inhalt einer Präventionsempfehlung wird konkretisiert (§ 25 Absatz 1 SGB V).

Ebenfalls beschlossen hat der Ausschuss für Gesundheit Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (Ausschussdrucksachen 17(14)454 und 17(14)455). So wird ein Verbot der Bestechlichkeit/Bestechung von Leistungserbringern vorgesehen, das sich auf alle Leistungsbereiche in der GKV erstreckt (§ 70 Absatz 3 SGB V). Außerdem wird ein an den Bestechungsdelikten des StGB angelehnter Straftatbestand eingefügt, der an dieses Verbot anknüpft (§ 307c SGB V). Demnach werden insbesondere Verstöße gegen die sozialversicherungsrechtlichen Verbote der Patientenzuweisung oder Versorgungsbeteiligung gegen Entgelt unter Strafe gestellt, sofern es sich nicht nur um geringwertige Zuwendungen handelt. Ferner werden Regelungen zur Weiterentwicklung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen sowie zur Standardisierung und Zusammenführung der Berichte dieser Stellen vorgesehen (§§ 81a und 197a SGB V).

Die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP wurden wie folgt abgestimmt:

Die Änderungsanträge Nummer 1 bis 4 und Nummer 6 auf Ausschussdrucksache 17(14)453 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen. Der Änderungsantrag Nummer 5 wurde zurückgezogen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(14)454 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(14)455 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Frak-

tion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Darüber hinaus haben dem Ausschuss für Gesundheit vier Änderungsanträge der Fraktion der SPD auf Ausschussdrucksache 17(14)420 vorgelegen:

Änderungsantrag 1

Nach Artikel 1 wird folgender Artikel 2 eingefügt:

„Artikel 2

Änderung des Strafgesetzbuchs

Das Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe zu § 299 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 299a Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“.

b) In der Angabe zu § 300 werden die Wörter „und im Gesundheitswesen“ angefügt.

c) In der Angabe zu § 302 werden die Wörter „Vermögensstrafe und“ gestrichen.

2. Nach § 299 wird folgender § 299a eingefügt:

„§ 299a

Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen

(1) Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung dieses Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei dem Bezug, der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder bei der Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

1. einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb bevorzugt oder

2. sich in sonstiger unlauterer Weise beeinflussen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer einem Angehörigen eines Heilberufs im Sinne des Absatzes 1 im Zusammenhang mit dessen Berufsausübung einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt, dass er bei dem Bezug, der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder bei der Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

1. ihn oder einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb bevorzugt oder

2. sich in sonstiger unlauterer Weise beeinflussen lässt.“

3. § 300 wird wie folgt gefasst:

„§ 300

Besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr und im Gesundheitswesen

In besonders schweren Fällen wird eine Tat nach den §§ 299 und 299a mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn

1. die Tat sich auf einen Vorteil oder eine Bevorzugung großen Ausmaßes bezieht oder

2. der Täter gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung solcher Taten verbunden hat.“

4. § 302 wird wie folgt gefasst:

„§ 302

Erweiterter Verfall

In den Fällen der §§ 299 und 299a ist § 73d anzuwenden, wenn der Täter gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung solcher Taten verbunden hat.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einfügung eines § 299a StGB sowie zur Änderung der §§ 300 und 302 StGB.

Zu Nummer 2 (§ 299a)

Der Gesetzentwurf schlägt die Einfügung eines neuen Straftatbestandes der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen als § 299a in den sechszwanzigsten Abschnitt des Besonderen Teils des Strafgesetzbuchs vor. Für eine systematische Einordnung an dieser Stelle spricht im Hinblick auf die erste Tatbestandvariante die Anlehnung an das „Wettbewerbsmodell“ des Tatbestandes von § 299 StGB. Sie ist zudem vor dem Hintergrund konsequent, dass sich vor der Entscheidung des Großen Senats vom 29. März 2012 die rechtswissenschaftliche Diskussion über eine mögliche Strafbarkeit von Vertragsärzten beginnend mit den Ausführungen Pragals (NStZ 2005, 133 ff.) und befördert durch eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Braunschweig aus dem Jahre 2010 (NStZ 2010, 392 f.) zunehmend auf die Anwendbarkeit des § 299 StGB konzentriert hat. In der genannten Entscheidung des Großen Senats ist zudem die Freiberuflichkeit niedergelassener Vertragsärzte betont worden, was auch zu der Annahme geführt hat, dass diese keine öffentlichen Aufgaben wahrnehmen. Dies ist auf andere Gesundheitsberufe übertragbar, so dass sich der Regelungsgehalt der neuen Vorschrift weit überwiegend auf den privatwirtschaftlichen Bereich erstreckt, was wiederum gegen eine Verortung in den dreißigsten Abschnitt des Besonderen Teils des Strafgesetzbuchs spricht.

Der vorliegende Gesetzentwurf ist in zweierlei Hinsicht durch gewichtige Interessen des Gemeinwohls bedingt. Er dient zum einen dem Schutz des lauterer und freien Wettbewerbs auf dem inländischen und – angelehnt an § 299 Absatz 3 StGB – ausländischen Gesundheitsmarkt. Eine Ge-

fährdung dieses Rechtsguts durch korruptive Absprachen tritt unabhängig davon ein, ob der behandelte Patient privat oder gesetzlich versichert ist, so dass keine tatbestandliche Beschränkung auf das öffentliche Gesundheitssystem vorgesehen ist. Zudem ist der Wettbewerb nicht nur dann betroffen, wenn der Bestochene neben seiner Beziehung zum Patienten auch noch in einem Auftrags- bzw. Angestelltenverhältnis zu einem Dritten steht. Daher soll auf ein entsprechendes Tatbestandsmerkmal verzichtet werden.

Zum anderen soll durch die im Vergleich zu § 299 StGB vorgeschlagene Erweiterung um die Tatbestandsvariante der Vereinbarung eines „Beeinflussen-Lassens“ in sonstiger – also wettbewerbsunabhängiger – unlauterer Weise der Schutz der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen nicht nur als Reflex, sondern in umfassender und hervorgehobener Weise erreicht werden. Der Regelungsvorschlag unter § 299a Absatz 1 Nummer 2 und Absatz 2 Nummer 2 StGB-E bildet im Hinblick auf die erste Tatbestandsvariante einen Grund- bzw. Auffangtatbestand für Fälle, in denen nicht eine Bevorzugung gegenüber Mitbewerbern, sondern beispielsweise allgemeine Steigerungen von Bezugs- oder Verordnungsmengen oder wettbewerbsunabhängige Privatinteressen erreicht bzw. verfolgt werden sollen.

Dem Wesen des Korruptionsstrafrechts entsprechend ist für die Überschreitung der Strafbarkeitsgrenze das Vorliegen einer Unrechtsvereinbarung oder die auf ihren Abschluss zielende Erklärung entscheidend. Der Vorteil muss bei bestimmten, im Tatbestand aufgezählten medizinischen Entscheidungen als Gegenleistung für eine künftige Bevorzugung im Wettbewerb oder ein „Beeinflussen-Lassen“ in sonstiger unlauterer Weise gefordert, angeboten, versprochen, angenommen oder gewährt werden.

Die Tat ist – wie die übrigen Bestechungsdelikte auch – ein abstraktes Gefährdungsdelikt. Auf einen über die tatbestandlichen Handlungsmodalitäten (Fordern, Sich-Versprechen-Lassen, etc.) hinausgehenden Erfolg, etwa den Eintritt einer tatsächlichen Bevorzugung oder eines Vermögensvorteils bzw. -nachteils, kommt es nicht an. Da der Tatbestand dadurch die Vollendung in den Vorfeldbereich ausdehnt, ist eine Versuchsstrafbarkeit nicht normiert.

Die Vornahme der durch die korruptive Unrechtsvereinbarung erkaufte Handlung („Ausführungshandlung“) kann jedoch nach der bisherigen Rechtsprechung unter bestimmten Voraussetzungen als Untreue oder Betrug strafbar sein (vgl. BGH NJW 2004, 454 ff. und NStZ 2004, 568 ff.). Hinsichtlich des Konkurrenzverhältnisses dieser Taten bestehen Parallelen zu den §§ 299 und 331 ff. StGB, so dass die hierzu ergangene Rechtsprechung zugrunde gelegt werden kann (vgl. BGH NJW 2001, 2560 ff. zu § 332 StGB und NJW 2006, 925 ff. zu § 299 StGB).

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Vorschrift des § 299a StGB-E enthält spiegelbildliche Tatbestände der Bestechlichkeit (Absatz 1) und der Bestechung (Absatz 2) im Gesundheitswesen. Absatz 1 enthält ein Sonderdelikt für Angehörige von staatlich anerkannten Heilberufen. Es gilt insoweit § 28 Absatz 1 StGB. Die Tat nach Absatz 2 kann von jedermann begangen werden. Beide Absätze haben verschiedene gemeinsame Tatbestandsmerkmale:

Vorausgesetzt wird jeweils die Bestechung von Angehörigen eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert. Der Kreis der Normadressaten entspricht demjenigen des § 203 Absatz 1 Nummer 1 StGB. Erfasst sind sowohl die akademischen Heilberufe, deren Ausübung eine durch Gesetz und Approbations(ver-)ordnung geregelte Ausbildung voraussetzt (Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Apotheker), als auch die sogenannten Gesundheitsfachberufe wie z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Logopäden oder Physiotherapeuten, deren Ausbildung ebenfalls gesetzlich geregelt ist.

Ein Vorteil im Sinne beider Absätze ist grundsätzlich alles, was die Lage des Empfängers irgendwie verbessert und auf das er keinen Anspruch hat. Gemeint sind sowohl materielle als auch immaterielle Vorteile. Der Begriff ist aus den §§ 299 und 331 ff. StGB entlehnt. Auf die diesbezügliche Kommentarliteratur und Rechtsprechung kann verwiesen werden. Die Vorteile können dem Angehörigen eines staatlich anerkannten Heilberufs selbst oder einem Dritten zugedacht sein oder zugewandt werden.

Die Tathandlung muss mit der Ausübung des Heilberufs im Zusammenhang stehen. Ein solcher Zusammenhang setzt einen sachlichen Konnex zwischen Vorteilsvereinbarung und der Art der Berufsausübung voraus. Ausgenommen sind damit rein private Tätigkeiten, also insbesondere der Bezug bzw. Erwerb zum Zwecke der eigenen Verwendung.

Im Hinblick auf die bereits angesprochene Unrechtsvereinbarung findet die in den §§ 331, 333 StGB erfolgte Lockerung trotz der Einfügung einer zweiten Tatbestandsvariante sprachlich keine Entsprechung. Es genügt nicht, dass der Vorteil für die allgemeine Berufsausübung gefordert oder angeboten wird, um ein unspezifisches „Wohlfühlen“ herbeizuführen. Die Gegenleistung für den Vorteil muss in einer hinreichend bzw. in groben Umrissen bestimmten Bevorzugung oder in einem entsprechend konkretisierten sonstigen „Beeinflussen-Lassen“ im Zusammenhang mit dem Bezug, der Verordnung oder der Abgabe bestimmter medizinischer Produkte oder der Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial stehen. Allerdings wird bei großzügigen Einladungen oder Geschenken etwa durch Arzneimittelhersteller der für eine Strafbarkeit hinreichende Bezug auf das künftige Bezugs-, Abgabe- oder Ordnungsverhalten nahe liegen und so eine Unrechtsvereinbarung indiziert sein.

Der vorausgesetzte Unrechtszusammenhang fehlt – wie allgemein im Korruptionsstrafrecht – in den Fällen der Sozialadäquanz. Grundsätzlich können solche Leistungen als sozialadäquat angesehen werden, die der Höflichkeit oder Gefälligkeit entsprechen und sowohl sozial üblich als auch unter Gesichtspunkten des Rechtsgutsschutzes allgemein gebilligt sind (vgl. Fischer, a.a.O., § 331 Rn. 25). Für den vorgeschlagenen Straftatbestand der Korruption im Gesundheitswesen kann in diesem Zusammenhang auf die in Literatur und Rechtsprechung zu den §§ 299 und 331 ff. StGB erarbeiteten Grundsätzen zurückgegriffen werden. Für den privat-wirtschaftlichen Bereich werden die Grenzen sozialadäquater Zuwendungen grundsätzlich weiter zu ziehen sein als im Bereich der öffentlichen Verwaltung. Hierbei ist auch zu beachten, dass die angewandte Prüfung von Medizinprodukten und Arzneimittel ein für Forschung und Ent-

wicklung unerlässliches Instrument darstellt. Angemessene Honorierungen für die Mitwirkung an solchen – wissenschaftlich werthaltigen – Studien können durchaus rechtmäßig sein und sollen nicht unter einen pauschalen Korruptionsverdacht gestellt werden. Entscheidend wird sein, dass die handelnden Akteure auch und gerade im Sinne der Transparenz die gesetzlichen Vorschriften zum Verfahren – im Bereich der Anwendungsbeobachtung etwa § 67 Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes (AMG) – einhalten (vgl. zum Bereich der Drittmittelforschung BGHSt 47, 295 ff. = NJW 2002, 2801 ff.).

Die in der ersten Tatbestandsvariante vorausgesetzte Bevorzugung im (inländischen oder ausländischen) Wettbewerb des Vorteilsgebers soll inhaltsgleich aus § 299 StGB übernommen werden. Zur Konkretisierung der Begrifflichkeiten kann folglich auf die bestehende Kommentarliteratur und Rechtsprechung verwiesen werden. Die zweite Tatbestandsvariante des „Beeinflussen-Lassens“ bildet einen Grund- bzw. Auffangtatbestand für Fälle, in denen eine wettbewerbsbezogene Bevorzugung nicht möglich oder gegeben ist. Dies spielt etwa bei bestehenden Monopolen, bei Vorteilen für die – ggf. sogar indikationsunabhängige – allgemeine Steigerung von Bezugs-, Verordnungs- oder auch Zuweisungsmengen oder bei allein auf den Wirkstoff bezogenen Arzneimittelverordnungen sowie bei Heil- und Hilfsmittelverordnungen eine Rolle. Gleichzeitig sind wettbewerbsunabhängige Privatinteressen denkbar, die sich etwa auf medizinisch nicht indizierte Verordnungen beziehen. In diesem Bereich wären gegebenenfalls auch Vorteile erfasst, die seitens der Patienten selbst oder durch Angehörige angeboten, versprochen oder gewährt werden.

Die Bevorzugung oder das „Beeinflussen-Lassen“ muss sich auf den Bezug, die Verordnung oder die Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder auf die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial beziehen. Der Begriff der Arzneimittel ist in § 2 AMG legaldefiniert. Eine Legaldefinition von Medizinprodukten findet sich in § 3 des Medizinproduktegesetzes. Die Begriffe „Heil- und Hilfsmittel“ sind wiederum aus dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (§§ 32 und 33 SGB V) entlehnt. Mit Hilfsmitteln sind Sachen gemeint, die durch ersetzende, unterstützende oder entlastende Wirkung den Erfolg der Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen bzw. ihr vorbeugen. Unter Heilmitteln sind dagegen persönliche medizinische Dienstleistungen zu verstehen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern.

Soweit bereits der Bezug u.a. von Arzneimitteln oder Medizinprodukten vom Tatbestand erfasst wird, ist dies unter Berücksichtigung des geschützten Rechtsguts des freien Wettbewerbs gerechtfertigt. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die bereits im Hinblick auf den Bezug erfolgte Beeinflussung im Rahmen der späteren Verordnung oder Abgabe zum Nachteil der Patienten fortwirkt.

So wie nach herrschender Meinung unter „Bezug“ das gesamte wirtschaftlich auf die Erlangung von Ware gerichtete Geschäft zu verstehen ist, sollen mit dem Begriff der „Verordnung“ über seinen eigentlichen Wortsinn hinaus auch Tätigkeiten erfasst werden, die hiermit in einem engen inneren Zusammenhang stehen. Dies wird beispielsweise in Sachverhalten wie demjenigen relevant, der dem Vorlagebeschluss des 3. Strafsenats (3 StR 458/10; NStZ 2012, 35) zu-

grunde lag. Hier wurde der Vorteil nicht für die Verordnung, sondern für deren Übersendung an den Händler der betroffenen Hilfsmittel gewährt. Denn in der Regel wird lediglich das Hilfsmittel selbst und nicht das Produkt eines bestimmten Herstellers verordnet. Dies gilt entsprechend für die Verordnung von Heilmitteln. Vergleichbare Fälle werden in der Regel aber auch unter die Variante der Zuweisung von Patienten fallen (siehe unten).

Soweit die Vereinbarung einer Bevorzugungen oder eines „Beeinflussen-Lassens“ bei der Abgabe u.a. von Arzneimitteln unter Strafe gestellt werden soll, sind hiervon insbesondere auch Apotheker betroffen. Von großer Relevanz ist diese Fallgestaltung, wenn der Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Präparat nicht ausschließt („aut-idem“).

Die Zuweisung von Patienten meint alle Fälle der Überweisung, Verweisung und Empfehlung von Patienten an Ärzte, Kliniken, Apotheken, Geschäfte oder an Anbieter von gesundheitlichen (Dienst-) Leistungen (vgl. zur Begrifflichkeit in der MBO-Ä: BGH I ZR 111/08, Entscheidung vom 13.01.2011, zitiert nach juris). Erfasst wird jedwede Zuführung von Patienten an einen anderen Anbieter gesundheitlicher Leistungen. Somit wird beispielsweise auch die Empfehlung eines bestimmten Heilmittelerbringers nach einer entsprechenden vorherigen Verordnung erfasst. Als Zuweisender kommt dabei jeder Angehörige eines staatlich anerkannten Heilberufs in Betracht. Durch die Aufnahme des Begriffs des Untersuchungsmaterials wird die Zusammenarbeit mit medizinischen Laboren in den Regelungsbereich der Vorschrift einbezogen.

Das Merkmal der Unlauterkeit wird in beiden Tatbestandsvarianten vorausgesetzt. Dies kommt sprachlich durch die in beiden Absätzen jeweils unter Nummer 2 gewählte Formulierung „in sonstiger unlauterer Weise“ zum Ausdruck. Das Merkmal grenzt sachwidrige von sachgerechten Motiven der Bevorzugung oder des „Beeinflussen-Lassens“ ab. Es beschreibt das Verhältnis von Leistung (Vorteil) und Gegenleistung (Bevorzugung, „Beeinflussen-Lassen“). Zum Tatbestandsausschluss sozialadäquater Zuwendungen ist es demnach insoweit geeignet, als es das Erfordernis der Konkretisierung der Unrechtsvereinbarung oder der auf sie abzielenden Tathandlung verdeutlicht (vgl. hierzu Fischer, a.a.O., § 299 Rn. 16a).

Zu Absatz 1

Der Tatbestand des Sonderdelikts nach Absatz 1 verlangt vom Täter das Fordern, Sich-Versprechen-Lassen oder Annehmen eines Vorteils. Die Begrifflichkeiten sind den bestehenden Korruptionsvorschriften (§§ 299 Absatz 1, 331 und 332 StGB) entlehnt. Auf die hierzu durch Literatur und Rechtsprechung entwickelten Definitionen kann zurückgegriffen werden. In keiner Fallvariante bedarf es ausdrücklicher Erklärungen. Vielmehr genügt jeweils schlüssiges Verhalten.

Zu Absatz 2

Der Tatbestand des Absatzes 2 entspricht spiegelbildlich demjenigen des Absatzes 1. Der Täterkreis der aktiven Bestechung ist dabei nicht auf Angehörige der staatlich anerkannten Heilberufe beschränkt. An diese muss sich jedoch

das Angebot im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufes richten. Tauglicher Täter ist jedermann, der zum Zwecke des Wettbewerbs oder mit dem Ziel einer Beeinflussung in sonstiger unlauterer Weise handelt. Im ersten Fall kann es sich entweder um den Wettbewerb des Vorteilsgewährenden oder eines Dritten handeln, nicht jedoch um den des Bestochenen.

Hinsichtlich der Auslegung der Tatbestandshandlungen des Anbietens, Versprechens und Gewährs kann auf die Kommentarliteratur und Rechtsprechung zu § 299 Absatz 2 StGB oder den §§ 333 und 334 StGB zurückgegriffen werden.

Zu Nummer 3 (§ 300)

Durch die Erweiterung des § 300 StGB soll eine Strafschärfung auch für besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen eingeführt werden. Die Vorschrift nennt zwei Regelbeispiele, die sich an der Vorschrift des § 335 Absatz 2 Nummern 1 und 3 StGB orientieren.

Das Regelbeispiel nach Satz 2 Nummer 1 soll jedoch um die Variante einer Bevorzugung großen Ausmaßes erweitert werden. Dies ist im Hinblick auf das geschützte Rechtsgut des freien Wettbewerbs konsequent. Denn der Umfang der wettbewerbsbezogenen Beeinträchtigung bemisst sich insbesondere am Ausmaß der unlauteren Bevorzugung. Ein Vorteil oder eine Bevorzugung großen Ausmaßes liegen vor, wenn der Wert des erlangten oder erstrebten Vorteils bzw. der Umfang der erstrebten unlauteren Bevorzugung – messbar etwa an den durch die Bevorzugung mittelbar erstrebten zusätzlichen Einnahmen – den tatbestandsspezifischen Durchschnitt erheblich übersteigt.

Das Regelbeispiel nach Satz 2 Nummer 2 bedroht gewerbs- und bandenmäßiges Handeln mit dem erhöhten Strafraum. Das Vorliegen von Gewerbsmäßigkeit oder die Annahme einer Bande bestimmen sich jeweils nach der hierzu gefestigten Rechtsprechung.

Unbenannte besonders schwere Fälle nach Satz 1 können im Hinblick auf den vorgeschlagenen § 299a StGB etwa bei einer eingetretenen objektiven Schädigung von Mitbewerbern oder bei langfristiger wiederholter korruptiver Zusammenarbeit in Betracht kommen. Gleichzeitig können aber auch gesundheitliche Schäden, die durch eine korruptiv beeinflusste, aus medizinischer Sicht falsche Verordnungspraxis eingetreten sind, einen besonders schweren Fall begründen.

Zu Nummer 4 (§ 302)

Der Gesetzentwurf sieht zum einen vor, in § 302 StGB den Verweis auf § 43a StGB zu streichen, da diese Vorschrift nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 20. März 2002 verfassungswidrig und nichtig ist (BGBl. I S. 1340). Mit dieser Streichung ist die bisher vorgenommene Differenzierung zwischen Bestechlichkeit und Bestechung nicht mehr erforderlich, weshalb beide Begehungsweisen zusammengefasst werden können. Zudem soll der Anwendungsbereich des § 302 StGB auf den vorgeschlagenen § 299a StGB erweitert werden, so dass auch bei Straftaten der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen die Möglichkeit der Anordnung des Erweiterten Verfalls geschaffen wird.

Änderungsantrag 2

Nach Artikel 2 wird folgender Artikel 3 eingefügt:

„Artikel 3

Änderung der Strafprozessordnung

In § 100a Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe r der Strafprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. April 1987 (BGBl. I S. 1074, 1319), zuletzt geändert durch ..., wird die Angabe „nach § 299“ durch die Wörter „nach den §§ 299 und 299a“ ersetzt.“

Begründung:

Durch die Ergänzung des § 100a Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe r StPO wird die Telekommunikationsüberwachung entsprechend der bestehenden Regelung zu § 299 StGB auch für besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen zugelassen. Dies ist zur Aufklärung und effektiven Bekämpfung hochorganisiert funktionierender korruptiver Systeme notwendig, zumal diese typischerweise durch heimliche und verschleierte Absprachen gekennzeichnet sind und nach außen nicht in Erscheinung treten. Infolge der Aufnahme in den Katalog des § 100a Absatz 2 StPO wird ergänzend eine allgemeine Erhebungsbefugnis für Verkehrsdaten nach § 100g Absatz 1 Nummer 1 StPO bestehen.

Änderungsantrag 3

Nach Artikel 3 wird folgender Artikel 4 eingefügt:

„Artikel 4

Einschränkung eines Grundrechts

Durch Artikel 3 dieses Gesetzes wird das Grundrecht des Briefgeheimnisses sowie des Post- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“

Begründung:

Mit der Vorschrift wird dem Zitiergebot des Artikels 19 Absatz 1 Satz 2 GG entsprochen.

Änderungsantrag 4

Die bisherigen Artikel 2 und 3 werden die Artikel 5 und 6.

Der diesen Änderungen zugrunde liegende Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(14)420 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner abschließenden Beratung auch den Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidungen sicher – Korruptives Verhalten effektiv bekämpfen“ auf Drucksache 17/12451 und den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Korruption im Gesundheitswesen strafbar machen“ auf Drucksache 17/12693 gewürdigt.

Die **Fraktion der CDU/CSU** war der Auffassung, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ein entscheidender Schritt zur Früherkennung von Krankheiten und zur Unterstützung der Bevölkerung bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen gelungen sei. Damit sei auch die Basis für eine effektive Reduzierung der gesundheitlichen Risi-

ken gelegt worden. Es sei unklug, nur aus wahltaktischen Gründen dieses Gesetz abzulehnen. Verschiedentlich werde zu Unrecht eine ungenügende Einbindung der Länder kritisiert. Es werde nämlich noch genügend Zeit bleiben, sich mit den Ländern über eine konstruktive Zusammenarbeit zu verständigen. Als Ergebnis der Anhörung müssten die präventiven Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stärker regionalisiert und auf die örtlichen Besonderheiten abgestimmt sein. Zudem sei der finanzielle Ansatz für Präventionsleistungen in Lebenswelten verdoppelt worden, so dass nun ca. 65 Mio. Euro zusätzlich bereit stünden. Diese Verbesserungen und die Konkretisierung der Zuständigkeiten und Beteiligungsmöglichkeiten der Länder bildeten die Grundlage für eine erfolgreiche Präventionsarbeit, an die sich noch weitere Maßnahmen anschließen würden.

Die **Fraktion der FDP** erklärte, man habe sich aus guten Gründen dem Thema Prävention angenommen und einen Gesetzentwurf vorgelegt, der im Lichte der öffentlichen Anhörung noch weiter verbessert worden sei. So seien z. B. die finanziellen Mittel erhöht und der Settingansatz gestärkt worden. Die Verminderung sozialbedingter Ungleichheiten sei ein wichtiges Anliegen, dem man ebenfalls Rechnung getragen habe. Gleichzeitig habe man Prävention in Lebenswelten stärker berücksichtigt und versucht, die Länder stärker zu beteiligen. Eine Ablehnung durch den Bundesrat müsse nunmehr gut begründet werden. Mit der Schaffung eines neuen Straftatbestandes im Sozialgesetzbuch könne Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpft werden. Korruption schade dem Vertrauen der Patienten, der Solidarität und der Wirtschaftlichkeit. Deshalb habe man ein entsprechendes Verbot im SGB V normiert und damit auch die bestehende Rechtslücke geschlossen, ohne ein Sonderdelikt für freiberuflich tätige Vertragsärzte zu schaffen. Vielmehr gelte gleiches Recht für alle Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die **Fraktion der SPD** führte aus, dass man in den Fokus eines Präventionsgesetzes einen gesamtgesellschaftlichen Präventionsansatz stellen müsse. Auch dürfe die Finanzierung nicht nur von den GKV-Versicherten getragen werden, wie es im Gesetzentwurf der Fall sei, sondern es müssten sich auch die PKV-Versicherten beteiligen. Auch die Konstruktion, dass die Mittel über die Krankenkassen an die BZgA und von dieser dann verausgabt würden, sei nicht effektiv und entspreche nicht dem Anspruch, die eine Prävention, die in den Lebenswelten ankommen solle, habe. Man sei der Auffassung, dass das Gesetz scheitern werde. Daran änderten auch die vorgenommenen Korrekturen nichts. Auch die Regelungen zur Korruption im Gesundheitswesen lehne man ab. Die Korruptionsbekämpfung müsse im Strafgesetzbuch geregelt und nicht im Sozialgesetzbuch „versteckt“ werden. Die Anhörung habe daran keinen Zweifel gelassen. Nahezu alle Sachverständigen hätten die Kritik der Fraktion der SPD geteilt. Es werde eine Regelung im Strafgesetzbuch benötigt, die nicht nur den Wettbewerb, sondern auch die Patienten schütze. Dafür habe die Fraktion der SPD konkrete Änderungsanträge vorgelegt. Die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen zur Korruptionsbekämpfung würden abgelehnt, da sie halbherzig, handwerklich schlecht gemacht und vor allem verfassungswidrig seien. In der Konsequenz würde in Zukunft bei nachgewiesener Bestechung ein Krankenhausarzt nach dem Strafgesetzbuch und ein freiberuflicher

Vertragsarzt nach dem Sozialgesetzbuch verfolgt und bestraft, während ein Privatarzt gar nicht strafrechtlich belangt würde. Diese willkürliche Ungleichbehandlung führe dazu, dass Privatpatienten, z. B. Beamte, zum Freiwill bei Bestechung und Bestechlichkeit würden. Diese unsinnigen Folgen ihrer Gesetze seien der Koalition bekannt. Aus den genannten Gründen werde man den Gesetzentwurf insgesamt ablehnen.

Die **Fraktion DIE LINKE** kritisierte, dass der vorliegende Gesetzentwurf weder auf dem Stand der Zeit sei, noch Gesundheitsförderung und Prävention wirklich nach vorne bringe. Die Koalitionsfraktionen würden unter dem Deckmantel eines Präventionsgesetzes ihre politischen Anliegen einbringen, die wenig mit guter Gesundheitsförderung zu tun hätten. So stünden die Eigenverantwortung der Menschen und nicht die Verhältnisprävention im Mittelpunkt der Regelungen. Es würden zwar Begriffe aus der modernen Gesundheitsförderungsforschung benutzt, aber in keiner Weise mit Inhalt gefüllt. Es fehle die gesamtgesellschaftliche Einbindung. Die krankheitsbezogene Prävention stehe im Vordergrund, was grundsätzlich ungenügend sei. Die Regelungen zur Korruptionsbekämpfung seien halbgar. Man zweifle, dass es zu einer verstärkten Strafverfolgung kommen werde, da die Regelung als Antragsdelikt formuliert worden sei. Außerdem würden Privatversicherte durch eine sozialrechtliche Regelung benachteiligt. Der eigene Antrag auf Drucksache 17/12451 lehne sich dagegen an §§ 331 und 333 StGB an. Damit wäre es allen Ärztinnen und Ärzten verboten, größere Geschenke anzunehmen sowie der Industrie und anderen verboten, diese zu gewähren.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** war der Meinung, dass durch die Änderungsanträge der Gesetzentwurf zwar verbessert, die Defizite aber nicht beseitigt würden. Nach wie vor sei es nur ein Flickwerk, da man ausschließlich über das SGB V versuche, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Es gebe keine gesamtpolitische Präventionsstrategie, die die Schnittstellen zu den weiteren Akteuren einschließe. Ein wirklicher Perspektivwechsel zu Prävention und Gesundheitsförderung sei nicht gelungen. Das Gesetz beinhalte viele Maßnahmen zur Früherkennung, aber kaum eine zielgerichtete Gesundheitsförderung. Dies sei zudem schlecht organisiert, so dass sie nicht in den Lebenswelten ankommen werde und verankert werden könne. Auch die wichtige Einbeziehung der Länder sei schlecht gelungen, da es keine entsprechenden Vereinbarungen an den Schnittstellen der Bund-Länder-Zuständigkeit gebe. Die Verhältnisprävention fehle gänzlich, obwohl diese ein wichtiger Faktor darstelle. Schlecht geregelt sei auch die Bekämpfung der Korruption. Dies nur im SGB V zu verankern sei falsch und keine transparente Grundlage zur Eindämmung von Korruption. Künftig würden Ärzte, je nachdem wo sie arbeiteten und ob sie gesetzlich oder privat versicherte Patienten behandelten, bei Fehlverhalten unterschiedlich behandelt.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 17/13080 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken.

Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V)

Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Zu Nummer 3 (§ 20 Primäre Prävention)**Zu Absatz 1 Satz 1**

Die Änderung bestätigt die geltende Rechtslage, wonach Leistungen zur primären Prävention insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten sollen. Darüber hinaus sollen die Leistungen auch zum Abbau geschlechtsbedingt ungleicher Gesundheitschancen beitragen. Geschlechtsspezifische Aspekte sind bei der Entwicklung und der Umsetzung von Präventionsleistungen zu berücksichtigen.

Zu Absatz 3

Die Regelung beschreibt die Aufgabe, mit denen Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte insbesondere erbracht werden sollen. Präventionsleistungen sollen nicht nur auf das individuelle Gesundheitsverhalten einwirken, sondern auch Präventionspotentiale im Lebensumfeld der Versicherten stärken, also an den Rahmenbedingungen des täglichen Lebens einschließlich zu berücksichtigender regionaler Erfordernisse anknüpfen. Die Krankenkassen sollen im Zusammenwirken mit den in den Ländern zuständigen Stellen die für die jeweilige Lebenswelt Verantwortung tragenden Akteure beim Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen unterstützen.

Zu Absatz 5 Satz 1

Die Änderung führt zu einer Erhöhung des Richtwertes der Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur primären Prävention auf 7 Euro für jeden ihrer Versicherten ab dem Jahr 2014.

Zu Absatz 5 Satz 2

Leistungen zur Prävention in Lebenswelten sind besonders geeignet, um sozial benachteiligte Gruppen für Präventionsangebote zu erreichen. Mit der Erhöhung des Mindestwerts für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten soll daher ein noch größerer Beitrag zur Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet werden.

Zu Absatz 6 Satz 1

Die Änderung stellt den Zweck des Auftrags an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung klar. Leistungen in den Lebenswelten unterliegen besonderen Anforderungen. Sie können nur erfolgreich sein, wenn sie einheitlich und kassenübergreifend erbracht werden. Die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt zu einer Bündelung der Ressourcen und vermeidet Konflikte einzelner Krankenkassen innerhalb einer Lebenswelt.

Zu Absatz 6 Satz 3 (neu) und 4 (neu)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll bei der Ausführung von Leistungen in Lebenswelten – wie die Krankenkassen auch – die jeweiligen regionalen Erfordernisse berücksichtigen. Um eine unter regionalen Gesichtspunkten

adäquate Mittelverwendung sicherzustellen, soll sich diese insbesondere an der Anzahl der im jeweiligen Land in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten orientieren. Grundlage hierfür sind die Versichertenzahlen der Statistik KM 6 zum Stichtag 1. Juli des jeweiligen Vorjahres.

Bereits heute stimmt sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in ihrer Präventionsarbeit mit den Ländern ab. Die Regelung stellt klar, dass sich eine gemeinsame Koordinierung zukünftig auch auf die Durchführung der Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach Absatz 6 erstreckt und notwendige Voraussetzung für die Mittelverwendung ist. Im Rahmen der Abstimmung mit den Ländern sollen auch deren vorhandene Programme und Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Insoweit wird auch sichergestellt, dass die Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zwischen den unterschiedlichen Akteuren wie Bund, Länder, Kommunen, öffentlicher Gesundheitsdienst, Träger der gesetzlichen Krankenversicherung koordiniert wird und die in der jeweiligen Finanzverantwortung liegenden Mittel die höchste Wirksamkeit erzielen können. Den Ländern wird so ein Rahmen zur Realisierung ihrer präventionspolitischen Zielsetzungen und zur Abstimmung mit den maßgeblichen Akteuren gegeben.

Zu Absatz 6 Satz 5 (neu)

Es handelt sich um Folgeänderung aufgrund der Erhöhung des Mindestwerts für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten in § 20 Absatz 5 Satz 2.

Zu Absatz 6 Satz 8 (neu)

Die Regelung stellt klar, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Mittel, die sie vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält, ausschließlich zur Durchführung des Auftrags verwenden darf. Keinesfalls dürfen diese Mittel für die allgemeine Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verwendet werden. Dies ist zu dokumentieren.

Zu Nummer 8 (§ 25 Gesundheitsuntersuchungen)**Zu Buchstabe a**

Die Regelung beschreibt den wesentlichen Inhalt einer Präventionsempfehlung. Sie soll die Versicherten über konkrete Möglichkeiten zur gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung informieren. Mit Hilfe der ärztlichen Bescheinigung kann dem Versicherten – so wie es bereits mit dem von der Bundesärztekammer, dem Deutschen Olympischen Sportbund und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin entwickelten „Rezept für Bewegung“ erfolgt – ein bestimmtes präventives Angebot empfohlen werden.

Zu Nummer 11 (§ 70 Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit und Zusammenarbeit)

Der neue Absatz 3 regelt allgemeine Maßstäbe für eine sachgerechte Zusammenarbeit von Leistungserbringern mit anderen Leistungserbringern oder Dritten bei der Versorgung von Versicherten nach den näheren Vorgaben des SGB V und verbietet dabei ausdrücklich korruptive Verhaltensweisen.

Nach Satz 1 haben Leistungserbringer, die andere Leistungserbringer oder Dritte an der Versorgung der Versicherten beteiligen, eine am Wohl des Versicherten und am Wirtschaftlichkeitsgebot orientierte, sachgerechte Zusammenarbeit zu gewährleisten, die auch der Vielfalt der Leistungsanbieter Rechnung trägt. Die speziellen gesetzlichen Regelungen des SGB V in den einzelnen Leistungsbereichen über zulässige und unzulässige Kooperationsformen zwischen Leistungserbringern erhalten damit einen allgemeinen Grundsatz im Leistungserbringungsrecht der §§ 69 ff. SGB V, der die bestehenden allgemeinen Grundsätze einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung in § 70 Absatz 1 und 2 ergänzt und die Schutzzwecke der Kooperationsregelungen verdeutlicht. Neben dem Vertrauen des Versicherten, dass die Zusammenarbeit auf Grund unabhängiger medizinischer Diagnose- und Therapieentscheidungen und frei von wirtschaftlichen Eigeninteressen der beteiligten Leistungserbringer erfolgt, und dem allgemeinen Interesse, korruptionsbedingte Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung zu vermeiden, ist auch das Interesse der verschiedenen Anbieter medizinischer Leistungen geschützt, bei der Entscheidung der Leistungserbringer über ihre Beteiligung nicht in unlauterer Weise benachteiligt zu werden. Diese Schutzzwecke sind bei Anwendung und Auslegung der speziellen Regelungen im SGB V über zulässige und unzulässige Kooperationsformen zwischen Leistungserbringern zu berücksichtigen.

Erfasst werden Leistungserbringer, ihre Angestellten und Beauftragten, die den Regelungen des SGB V unterliegen. Dies trägt den Besonderheiten der Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung. Im Unterschied zu privaten Krankenversicherungen finanziert sich die gesetzliche Krankenversicherung weit überwiegend aus gesetzlichen Pflichtbeiträgen der Versicherten. Die Versicherungspflichtigen werden auf gesetzlicher Grundlage zu einer Solidargemeinschaft zusammengefasst und zur Entrichtung der Solidarbeiträge verpflichtet. Es liegt daher im besonderen öffentlichen Interesse, dass diese Beiträge zweckentsprechend verwendet werden. Der Gesetzgeber hat im SGB V ein dichtes Regelungsgeflecht geschaffen, um einen effizienten Mitteleinsatz sicherzustellen und Fehlallokationen zu verhindern. Zudem gelten für Kooperationen zwischen Leistungserbringern in der gesetzlichen Krankenversicherung ungleich höhere Anforderungen und Beschränkungen als im Versicherungsrecht der privaten Krankenversicherungen, das maßgeblich auf dem Grundsatz der Privatautonomie und Vertragsfreiheit der Beteiligten beruht. Die Komplexität der Versorgungs- und Abrechnungsmodalitäten in der gesetzlichen Krankenversicherung erhöht dabei nicht nur den Aufwand zur Kontrolle ordnungsgemäßer Leistungserbringung und zur Verfolgung von Fehlverhalten, sie macht die gesetzliche Krankenversicherung wegen des mit steigendem Kontrollaufwand sinkenden Entdeckungsrisikos auch anfälliger für entsprechende Fehlansätze, denen durch gesetzliche Regelungen zur Bekämpfung korruptiver Verhaltensweisen begegnet werden muss.

Satz 2 verbietet ausdrücklich die Bestechlichkeit von Leistungserbringern bzw. deren Angestellten oder Beauftragten. Wer nach den für ihn maßgeblichen Vorschriften des SGB V für die medizinische Versorgung der Versicherten Verantwortung trägt und durch seine Verordnungs-, Zuweisungs- oder Abgabeentscheidung die medizinischen Leistungen an-

derer Leistungserbringer oder gewerblicher Anbieter veranlasst, darf sich dabei nicht von unzulässigen finanziellen Zuwendungen beeinflussen lassen. Finanzielle Zuwendungen dürfen niemals die medizinische Unabhängigkeit der Leistungserbringer einschränken oder die Orientierung der medizinischen Entscheidungen am Wohlergehen der Versicherten in Frage stellen. Unzulässig sind daher wirtschaftliche Vorteile jeglicher Art, die von Leistungserbringern als Gegenleistung für den Missbrauch medizinischer Entscheidungsverantwortung zur Begünstigung oder Bevorzugung anderer Leistungserbringer oder Anbieter gefordert oder angenommen werden. Die Unrechtsvereinbarung über eine solche unangemessene unsachliche Einflussnahme auf die ärztliche Diagnose- und Therapiefreiheit ist Kern korruptiver Verhaltensweisen, durch die finanzielle Interessen über das Wohl des Versicherten gestellt und andere Leistungserbringer und Anbieter benachteiligt werden. Die Formulierung orientiert sich an § 299 StGB („in unlauterer Weise“) und formuliert das Erfordernis der Unrechtsvereinbarung im Hinblick auf die besonderen Schutzgüter des § 70 Absatz 3 als Einflussnahme „in unangemessener unsachlicher Weise“ (angelehnt an die wettbewerbsrechtliche Rechtsprechung des BGH zu einschlägigen Fallkonstellationen; vgl. Urteil vom 21. April 2005 – I ZR 201/02 – Quersubventionierung von Laborgemeinschaften I; Urteil vom 24. Juni 2010 – I ZR 182/08 – Brillenversorgung II; Urteil vom 23. Februar 2012 – I ZR 231/10 – Dentallaborleistungen). Insoweit dient die Gesetzesformulierung auch der Klarstellung, dass gesetzlich zulässige kollektiv- oder selektivvertragliche Vergütungsvereinbarungen mit Leistungserbringern nicht von der Vorschrift erfasst werden und daher auch in Verbindung mit § 307c keine Strafbarkeit begründen können.

Vergleichbare Verbote gelten bereits in einzelnen Versorgungsbereichen, namentlich das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt in § 73 Absatz 7 SGB V in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung (vgl. auch die §§ 31 ff. der Musterberufsordnung für Ärzte, § 2 Absatz 7 und 8 Musterberufsordnung der Zahnärzte) und das Verbot der Beteiligung gegen Entgelt in § 128 Absatz 2 Satz 1 SGB V in der Hilfsmittelversorgung, das über § 128 Absatz 5b und 6 SGB V auch in der Heil- und Arzneimittelversorgung gilt. Das Verbot der Bestechlichkeit erfasst hier jedoch alle Versorgungsbereiche gleichermaßen und ist gesetzlicher Anknüpfungspunkt für die strafrechtliche Ahndung nach § 307c – neu – SGB V.

Das Verbot gilt für alle Berufsgruppen, die an der Versorgung der Versicherten beteiligt sind. Es unterscheidet nicht nach Art der Berufsausübung (freiberuflich, angestellt oder gewerblich), so dass es auch für die Angestellten von Leistungserbringern und sonstige beauftragte Personen gilt, durch die der Leistungserbringer die Versorgungsleistung erbringt (z. B. Honorarärzte oder angestellte Ärzte in Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen). Neben den Angehörigen der Heilberufe im engeren Sinn (Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Apotheker) sind auch die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, des Heilgewerbes und sonstige berufsmäßig tätige Gehilfen erfasst, soweit ihnen die Entscheidung über die Veranlassung nicht selbst erbrachter Leistungen nach den gesetzlichen Vorschriften übertragen werden kann (z. B. Pflegeberufe im Rahmen von Modellvorhaben oder bei Delegation ärztlicher Leistungen). Das Verbot nennt als Regelbeispiele für korruptionsanfällige Entscheidungssituationen die Verordnung von

Leistungen, die Zuweisung an Leistungserbringer und die Abgabe von Mitteln für die Untersuchung oder Behandlung der Versicherten. Dabei handelt es sich um begrifflich feststehende Versorgungsmaßnahmen, die regelmäßig als berufstypische Eigenleistungen behandelt und abgerechnet werden (vgl. § 73 Absatz 2 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung). Daneben ist ein Auffangtatbestand der „sonstigen Veranlassung medizinischer Leistungen“ erforderlich, um andere Formen der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und gewerblichen Anbietern zu erfassen, die vergleichbare Fälle betreffen. So sind als „Zuweisung an Leistungserbringer“ nicht nur die Überweisung an Fachärzte oder die Einweisung ins Krankenhaus erfasst, sondern auch die Übersendung von Untersuchungsmaterial an Labore (vgl. § 31 Absatz 1 der Musterberufsordnung für Ärzte). Die „Abgabe von Mitteln“ (z. B. im sog. verkürzten Versorgungsweg) meint nicht nur Arznei-, Heil- und Hilfsmittel im sozialversicherungsrechtlichen Sinn, vergleichbar ist auch die Abgabe sonstiger medizinischer Waren und Produkte zu Untersuchungs- oder Behandlungszwecken, für die sondergesetzliche Begriffsbestimmungen gelten (z. B. Medizinprodukte im Sinne des § 3 MPG). Insoweit werden alle Versorgungsleistungen nach dem SGB V erfasst, die von Leistungserbringern veranlasst und durch andere Leistungserbringer oder gewerbliche Anbieter erbracht werden bzw. die in die Leistungserbringung des veranlassenden Leistungserbringers einbezogen sind.

Im Rahmen der sozialgesetzlich erwünschten engen Kooperation der Leistungserbringer dürfen an sich erwünschte und zulässige Geschäftsbeziehungen nicht zum Zweck der sachwidrigen Beeinflussung von Diagnose- und Therapieentscheidungen missbraucht werden. Kooperationspartner dürfen ihre Beteiligung an der Leistungserbringung nicht dafür einsetzen, sachwidrigen Einfluss auf die unabhängige medizinische Entscheidung des Leistungserbringers zu nehmen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Leistungserbringung auf gesetzlicher oder vertraglicher Grundlage gegenüber dem Versicherten, dessen Krankenkasse oder dem veranlassenden Leistungserbringer erfolgt. Für das Bestechlichkeitsverbot ist auch unerheblich, ob den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern oder Dritten die Untersuchung und Behandlung des Versicherten überlassen wird oder ob sie dem veranlassenden Leistungserbringer medizinische oder technische Leistungen für dessen Tätigkeit zur Verfügung stellen (z. B. Zahntechniker, die für Vertragszahnärzte Zahnersatz fertigen).

Neben der Bevorzugung im Wettbewerb der Leistungsanbieter erfasst das Verbot auch die Begünstigung unabhängig vom Vorhandensein konkurrierender Wettbewerber (z. B. zur sachwidrigen „Unterstützung“ der Markteinführung eines neuen Arzneimittels). Das Vertrauen des Versicherten in die Diagnose- und Therapiefreiheit und Unabhängigkeit des Vertragsarztes und der beteiligten anderen Leistungserbringer ist bereits verletzt, wenn bestimmte medizinische Maßnahmen nur wegen des in Aussicht genommenen wirtschaftlichen Vorteils erwogen werden und damit die Gefahr der Fehl- oder Überversorgung besteht. Nicht erforderlich ist, dass der Vorteil als Gegenleistung für vorsätzlich unnötige oder falsche Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen gefordert oder angenommen wird, ebenso wenig die subjektive Inkaufnahme einer Gesundheitsschädigung des Versicherten. Ob der Bestochene den wirtschaftlichen Vorteil für

sich oder einen Dritten (z. B. Angehörige oder Berufskollegen) fordert oder annimmt, spielt keine Rolle.

Satz 3 erfasst spiegelbildlich die Bestechung von Leistungserbringern. Bestechender kann jedermann sein, der die pflichtwidrige Begünstigung oder Bevorzugung für sich oder einen Dritten anstrebt, also die veranlassten Leistungen selbst erbringen oder zum Vorteil solcher Leistungsanbieter handeln will (z. B. als Zulieferer von medizinischen Waren und Dienstleistungen oder Vertriebs- und Werbepartner).

Satz 4 konkretisiert den Begriff des wirtschaftlichen Vorteils. Dieser ist weit zu verstehen und umfasst alle Zuwendungen, Entgelte und sonstigen wirtschaftlichen Vorteile, namentlich auch die in § 128 Absatz 2 Satz 3 SGB V genannten (unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Unternehmensbeteiligungen, die durch das Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten maßgeblich beeinflussen werden). Erfasst werden nicht nur direkte Schmiergeldzahlungen, sondern auch stillschweigende Absprachen über verdeckte Rückvergütungen (Kick-Back-Zahlungen), die als Provisionen, Aufwandsentschädigungen, Beraterhonorare oder auf andere Weise getarnt oder die für Gegenleistungen gezahlt werden, die nur zum Schein vereinbart oder nur gegen unangemessen oder unüblich hohe Vergütungen erbracht werden (z. B. im Rahmen von Studien oder Anwendungsbeobachtungen); ebenso Gelegenheiten zum Abschluss wirtschaftlich günstiger Verträge, auf die kein Anspruch besteht (z. B. über einträgliche Nebentätigkeiten).

Zu Nummer 12 (§ 81a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)

Zu Buchstabe a

Der gesetzliche Auftrag dient der Verstärkung der übergreifenden Zusammenarbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Zu diesem Zweck haben die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einen organisatorischen Rahmen zu schaffen, innerhalb dessen die Vertreter der genannten Stellen ihre Erfahrungen im Rahmen regelmäßiger Tagungen austauschen können. Solche Treffen, die im Bereich der Krankenkassen bisher schon in freiwilliger Initiative einzelner Krankenkassen und Verbände organisiert worden sind, ermöglichen den direkten persönlichen und fachlichen Austausch der verantwortlichen Personen und die gemeinsame Abstimmung über das Vorgehen bei streitigen oder unklaren Fragestellungen. Der gesetzliche Auftrag verstetigt diesen Austauschprozess, um die Tätigkeit der genannten Stellen zu intensivieren und zu vereinheitlichen.

Die Einzelheiten der Zusammenarbeit regeln die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für ihre jeweiligen Mitglieder nach Absatz 6. Damit auch die Erfahrungen aus der disziplinar-, berufs- und strafrechtlichen Verfolgung und Ahndung des Fehlverhaltens eingebracht werden können, sind neben Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auch Vertreter der berufsständischen Kammern (der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten oder Apotheker, ggf. auch Organisationen der Pflegeberufe) sowie der Staatsanwaltschaft zu beteiligen.

Den Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes sind die Tagungsergebnisse zu übermitteln.

Da die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen und ihren Verbänden nach § 197a Absatz 3 SGB V den gleichen gesetzlichen Auftrag haben und eine gegenseitige Beteiligung vorgeschrieben ist, kann der Erfahrungsaustausch auch gemeinsam organisiert werden.

Zu Buchstabe b

Mit der bereits bestehenden Berichtspflicht der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sollen sich die Vertreter der Selbstverwaltung eine konkrete Vorstellung über das tatsächliche Ausmaß des Fehlverhaltens machen können. Dafür sind in den Berichten auch die im Berichtszeitraum aufgetretene Zahl der bekannt gewordenen Fälle, deren Art, Schwere und Ahndung zu dokumentieren sowie der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung zu beziffern, der durch Prüfungen vermieden werden konnte und der nicht vermieden werden konnte. Dadurch soll auch das tatsächlich weitgehend unklare Ausmaß des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen erhellt werden. Die Fallbeschreibung wiederholt ermittelten Fehlverhaltens kann darüber hinaus helfen, einzelne Strukturen der Leistungserbringung und Versorgung aufzudecken, die Fehlverhalten begünstigen können, und organisatorische Maßnahmen zu dessen Vermeidung zu entwickeln.

Der Bericht ist neben der zuständigen Aufsichtsbehörde auch der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorzulegen, damit diese ihre Berichtspflicht nach Absatz 6 erfüllen kann. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln nach Absatz 6 einheitlich für ihre jeweiligen Mitglieder die näheren inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen der Berichterstattung.

Zu Buchstabe c

Nach den geltenden gesetzlichen Regelungen ist nicht auszuschließen, dass sich die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen der Fehlverhaltensbekämpfung in sehr unterschiedlicher Intensität widmen. Angesichts der hohen Bedeutung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist es jedoch erforderlich, dass alle Kassenärztlichen Vereinigungen einen ihrer Größe und Finanzkraft entsprechenden Anteil an der Fehlverhaltensbekämpfung tragen. Andernfalls würden die Kassenärztlichen Vereinigungen, die nur in geringem Umfang persönlich und sächliche Verwaltungsmittel für diese Aufgabe einsetzen, von der Tätigkeit diesbezüglich sehr engagierter Kassenärztlicher Vereinigungen profitieren. Um eine Tätigkeit der Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung nach vergleichbaren Maßstäben zu gewährleisten, werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beauftragt, das Nähere für die Tätigkeit der genannten Stellen verbindlich für ihre jeweiligen Mitglieder zu regeln.

Darüber hinaus haben sie die Berichte ihrer Mitglieder nach Absatz 5 regelmäßig in einem eigenen Bericht zusammenzuführen und durch dessen Veröffentlichung Transparenz über

die Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen herzustellen.

Zu Nummer 15 (§ 307c – neu –, Strafvorschriften)

§ 307c SGB V regelt einen Straftatbestand zur Bestechlichkeit und Bestechung von Leistungserbringern. Nach § 70 Absatz 3 Satz 2 und 3 SGB V sind finanzielle Zuwendungen an Leistungserbringer als Gegenleistung für die Begünstigung oder Bevorzugung bei medizinischen Entscheidungen über die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern oder sonstigen an der Versorgung der Versicherten mitwirkenden Leistungsanbietern ausdrücklich verboten. Der Straftatbestand knüpft an dieses Verbot an.

Der Straftatbestand ist erforderlich, weil die bestehenden straf-, disziplinar- und berufsrechtlichen Regelungen nicht ausreichen, korruptive Verhaltensweisen in der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern wirksam zu verhindern. Nach der Entscheidung des Großen Senats für Strafsachen vom 29. März 2012 – GSSt 2/11 – handelt ein niedergelassener, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassener Arzt bei der Wahrnehmung der ihm in diesem Rahmen übertragenen Aufgaben (§ 73 Absatz 2 SGB V; hier: Verordnung von Arzneimitteln) weder als Amtsträger im Sinne des § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c StGB noch als Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne des § 299 StGB. Die allgemeinen Korruptionsdelikte der §§ 299 ff. StGB sind daher für die hier fraglichen Fälle regelmäßig nicht einschlägig. Der Große Senat für Strafsachen, der in seiner Entscheidung ausdrücklich die grundsätzliche Berechtigung des Anliegens anerkennt, korruptivem Verhalten im Gesundheitswesen mit Mitteln des Strafrechts effektiv entgegenzutreten, sieht deshalb den Gesetzgeber berufen, nach seinen Strafwürdigkeitserwägungen hier passende strafrechtliche Regelungen zu erlassen. Den vorhandenen disziplinar- und berufsrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten mangelt es daran, dass nicht alle Leistungserbringer (auch nicht die gewerblichen Anbieter medizinischer Leistungen) gesetzliche Mitglieder der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen oder der berufsständischen Kammern auf Landesebene mit entsprechender Disziplinargewalt sind und diese Einrichtungen auch nur über eingeschränkte hoheitliche Ermittlungskompetenzen verfügen, Korruptionsfälle unter den eigenen Mitgliedern effektiv aufzuklären und zu ahnden (insbesondere regelmäßig keine unabhängigen Ermittlungsorgane und keine ausreichenden eigenen Ermittlungsbefugnisse, z. B. zur Durchsuchung- und Beschlagnahme). In der Praxis sind diese Einrichtungen daher auf die Ergebnisse staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen angewiesen, um ergänzende disziplinar- und berufsrechtliche Maßnahmen ergreifen zu können.

Der Straftatbestand erfasst die Verbote in § 70 Absatz 3 Satz 2 und 3 SGB V nur insoweit, als die Tathandlung in der nachweisbaren tatsächlichen Annahme oder Gewährung von unzulässigen wirtschaftlichen Vorteilen besteht. Das erfolglose Fordern oder Versprechen solcher Vorteile bzw. schwer nachweisbare Absprachen im Vorfeld der Zuwendung werden dagegen nicht erfasst. Das Tatbestandsmerkmal der Annahme kann auch dadurch erfüllt werden, dass ein Vorteil im Einverständnis mit dem Täter unmittelbar an den Dritten gelangt. Die Strafbarkeit erstreckt sich auch nicht auf geringwertige Zuwendungen, bei denen eine sachwidrige Beeinflussung des Leistungserbringers von vorneherein ausge-

geschlossen erscheint (z. B. bei Abgabe von Kleinigkeiten). Ein mehr als nur geringfügiger wirtschaftlicher Vorteil kann sich jedoch aus der fortgesetzten Annahme mehrerer kleinerer Vorteile ergeben, die in der Gesamtheit die Erheblichkeitsschwelle überschreiten. Ob ein Vorteil ein mehr als nur geringfügiges Ausmaß erreicht, ist anhand der Umstände des konkreten Falles zu beurteilen. Hierbei ist auf die Situation der an der jeweiligen geschäftlichen Beziehung Beteiligten und auf die jeweilige Wettbewerbssituation abzustellen. Nicht erfasst werden daher die Vorteile, die für die wirtschaftliche Situation des Begünstigten nicht ins Gewicht fallen, sodass hiervon kein oder nur ein geringer Einfluss auf Diagnose- und Therapieentscheidungen ausgehen kann und eine Strafwürdigkeit daher zu verneinen ist.

Nicht erfasst werden auch Zuwendungen, die unabhängig von einer Begünstigung oder Bevorzugung auf Grund unangemessener unsachlicher Einflussnahme auf die ärztliche Diagnose- und Therapiefreiheit bei der Veranlassung einer Versorgungsleistung gewährt werden, es also an einer konkreten Unrechtsvereinbarung im Sinne des § 70 Absatz 3 Satz 2 SGB V fehlt. Die Strafbarkeit erstreckt sich dann auch nicht auf gesetzlich zugelassene Werbegaben oder Zuwendungen gewerblicher Anbieter (z. B. im Rahmen des Heilmittelwerbegesetzes).

Der Strafraum orientiert sich an den allgemeinen Bestechungsdelikten im StGB, hier §§ 299, 300 StGB. Absatz 2 übernimmt das dortige Regelbeispiel der gewerbsmäßigen Tatbegehung als Qualifikationstatbestand. Sind Täter zugleich Angestellte oder Beauftragte eines geschäftlichen Betriebs im Sinne des §§ 299 ff. StGB (z. B. Krankenhausärzte) oder Amtsträger im Sinne der §§ 331 ff. StGB (z. B. Amtsärzte), können die allgemeinen Bestechungsdelikte des StGB daneben zusätzlich einschlägig sein. Bei diesen abstrakten Gefährdungsdelikten stehen nicht das Wohl des Versicherten und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung, sondern die Interessen des Geschäftsherrn und der Mitbewerber am freien Wettbewerb und das Vertrauen der Allgemeinheit in den öffentlichen Dienst im Vordergrund.

Absatz 3 orientiert sich an § 301 StGB. Bestechung und Bestechlichkeit sind weder Officialdelikte noch reine Antragsdelikte. Eine Strafverfolgung von Amts wegen oder auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung und berufsständischen Kammer wird insbesondere geboten sein, wenn betroffene Versicherte oder sonstige Antragsberechtigte aus Furcht vor persönlichen oder beruflichen Nachteilen einen Strafantrag nicht stellen. Der Geschäftsherr angestellter oder beauftragter Täter (z. B. von Krankenhausärzten) ist nicht antragsberechtigt; der Vertrauensbruch im innerbetrieblichen Verhältnis wird von § 299 StGB erfasst.

Zu Artikel 2 (Änderung des KVLG 1989)

Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen für die landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Zu Nummer 3

Bereinigung eines Redaktionsversehens. Mit dem Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz vom 12. Juli 2012 wurde die Strafvorschrift des § 307b Absatz 1 SGB V angepasst. Die notwendige Folgeänderung in § 57 Absatz 1 KVLG 1989 wurde nicht vorgenommen.

Zu Nummer 4

§ 58 KVLG 1989 entspricht der Vorschrift des § 307c (neu) SGB V und regelt einen Straftatbestand zur Bestechlichkeit und Bestechung von Leistungserbringern. Nach § 70 Absatz 3 Satz 2 und 3 SGB V, der gemäß § 15 KVLG 1989 auch für die landwirtschaftliche Krankenversicherung Anwendung findet, sind finanzielle Zuwendungen an Leistungserbringer als Gegenleistung für die Begünstigung oder Bevorzugung bei medizinischen Entscheidungen über die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern oder sonstigen an der Versorgung der Versicherten mitwirkenden Leistungsanbietern ausdrücklich verboten. Der Straftatbestand knüpft an dieses Verbot an.

Berlin, den 26. Juni 2013

Angelika Graf (Rosenheim)
Berichterstatlerin

