



## Wortprotokoll der 124. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 16. Oktober 2024, 17:30 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und  
Zoom-Meeting.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

#### a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

#### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit**

**BT-Drucksache 20/12790**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

#### **Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales  
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

#### **Gutachtlich:**

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

#### b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

#### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit**

**- 20/12790 -**

#### **Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung**

**BT-Drucksache 20/13248**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

#### **Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales  
Haushaltsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

<b>Fraktionen</b>	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Koß, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Föhr, Alexander Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Dr. Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid Weiss, Dr. Maria-Lena
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganser, Tessa Heitmann, Linda Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Bartelt, Christian Lütke, Kristine Teutrine, Jens Ullmann, Dr. Andrew	Alt, Renata Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kuhle, Konstantin Westig, Nicole
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
Die Linke	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Sitte, Dr. Petra
BSW	Hunko, Andrej	



---

**Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung**  
**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit**  
Mittwoch, 16. Oktober 2024  
Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal E 300

---

**Verbände/Institutionen<sup>1</sup>**

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- Aktion psychische Kranke (APK)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen (BVKJ)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD)
- Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG)
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)
- Center for Planetary Health (CPHP)
- Cochrane Deutschland Stiftung (CDS)
- Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)
- Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen (DGÖG) (Keine Teilnahme)
- Deutsche Gesellschaft für Public Health
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
- Deutscher Landkreistag (DLT)

---

<sup>1</sup> Gesamtliste aller Fraktionen



- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband
- Deutscher Pflegerat (DPR) (Keine Teilnahme)
- Deutscher Städtetag
- EbM-Netzwerk – Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
- gematik GmbH (Keine Teilnahme)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
- GKV-Spitzenverband
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands
- pro familia Bundesverband
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)

#### **Namentlich benannte Sachverständige**

- Prof. Dr. Eva Baumann (Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover)<sup>2</sup>
- Prof. Dr. Cornelia Betsch (Universität Erfurt, Institute für Planetary Health Behaviour)<sup>3</sup>
- Prof. Dr. Raimund Geene (Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health)<sup>3</sup>
- Prof. Dr. Matthias Schrappe (Universität zu Köln)<sup>4</sup> (Keine Teilnahme)
- Prof. Dr. Petra Thürmann (Universität Witten/Herdecke)<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>3</sup> Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>4</sup> Auf Vorschlag der Gruppe BSW zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



### **Einziger Tagesordnungspunkt**

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

#### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit**

##### **BT-Drucksache 20/12790**

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

#### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit**

**- 20/12790 -**

#### **Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung**

##### **BT-Drucksache 20/13248**

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kap-pert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertreter der Bundesregierung und des Bundesrats, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße Sie alle ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Diese Sitzung ist wieder eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit unseren Sachverständigen. Sie haben das alle mitbekommen: Die Verschiebung der Anhörung wurde aufgrund einer kurzfristig angekündigten Regierungserklärung durch den Bundeskanzler heute Nachmittag erforderlich. Das hat von Ihnen, auch von uns im Übrigen, etwas Flexibilität erfordert. Ganz herzlichen Dank, dass Sie es möglich gemacht haben, zu dieser verschobenen und jetzt etwas späteren Zeit hier als Sachverständige uns mit Ihrer Expertise zu bereichern. Ganz herzlichen Dank dafür. Alle, die online dabei sind – auch Sie begrüße ich natürlich ganz herzlich –, darf ich bitten, einmal Ihr Mikrofon auszustellen und sich mit vollem Namen auch anzumelden, damit wir sehen können, wer auch dabei ist. Ich glaube, das ist für alle jetzt der Fall. Bevor wir dann zum weiteren Verfahren kommen, umreiße ich ganz kurz den Inhalt der Anhörung. Sie als Sachverständige und die Abgeordneten haben natürlich den Gesetzentwurf zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit auf der Drucksache 20/12790 und die dazugehörige Unterrichtung durch die Bundesregierung auf der Drucksache

20/12790 sowie die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen auf Ausschussdrucksache 20(14)226.<sup>1</sup> alle sorgfältig gelesen. Weil wir aber übertragen werden und nicht alle Zuschauerinnen und Zuschauer diese Möglichkeit vielleicht im Vorhinein hatten, einmal ganz kurz, sehr grob umrissen, worum es inhaltlich bei der heutigen Anhörung geht. Wir beraten den Gesetzentwurf zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit. Die Bundesregierung plant die Gründung eines entsprechenden Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit. Das Institut soll zum 1. Januar 2025 seine Arbeit aufnehmen und als selbstständige Bundesoberbehörde die Aufgaben einerseits der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und einzelne Themen des Robert Koch-Institutes (RKI) inkludieren. Nicht nur während der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass wir für die Gesundheitsversorgung und den Gesundheitsschutz der Bevölkerung nicht nur dringend auf den ambulanten und stationären Sektor angewiesen sind, sondern auch auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und auf eine gute Gesundheitskommunikation sowie auf eine gute Datenlage. Es hat sich gezeigt, wie relevant der Ansatz ist, den die Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagiert, nämlich Gesundheit in allen Politikbereichen mitzudenken. Das nennt man Health in All Policies. Nach Auffassung der Bundesregierung werden daher gestärkte Strukturen für die Öffentliche Gesundheit benötigt, um Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz auf bestehende und künftige Herausforderungen besser vorzubereiten. Die ebenfalls in die Anhörung einbezogenen Änderungsanträge, das sind sogenannte fachfremde Änderungsanträge, die nicht dezidiert was mit diesem Gesetzesvorhaben für die Öffentliche Gesundheit zu tun haben. Die beschäftigen sich mit den Themen Infektionsschutz, dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), sowie mit Regelungen zur elektronischen Patientenakte (ePA) und sind ebenfalls Bestandteil der heutigen Anhörung. Bevor wir beginnen, noch einige Anmerkungen zum Ablauf dieser Anhörung. Einige von Ihnen als Sachverständige sind regelmäßig hier im Ausschuss, andere seltener oder bisher noch gar nicht. Deshalb umreiße ich das einmal kurz: Uns stehen insgesamt 90 Minuten zur Verfügung, beginnend ab dem ersten Frageaufruf. Diese 90 Minuten werden entsprechend der Stärke der Fraktionen

<sup>1</sup> Anlage 20(14)226.1



und einer ausschussinternen Verabredung auf drei Frageblöcke aufgeteilt. Das heißt, die verschiedenen Fraktionen und Gruppen haben unterschiedliche Zeitkontingente zur Verfügung. Wenn Sie sich als Fragende und auch als Sachverständige inhaltlich präzise und ansonsten relativ kurzfassen, sind mehr Fragen möglich. Das kann man sich ausrechnen. Sachverständige sind gebeten, bei Ihrem ersten Aufruf einmal entsprechend den Regelungen in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das heißt, zu sagen, ob Sie finanziell mit irgendwelchen Faktoren, die wir hier diskutieren, womöglich einen Vorteil oder auch einen Nachteil verbinden könnten. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Da werden auch die schriftlichen Stellungnahmen veröffentlicht, die viele von Ihnen eingereicht haben. Vielen Dank dafür. Die werden nicht nur veröffentlicht, sondern auch von den Abgeordneten sehr sorgfältig gelesen. Auch im Übrigen für den Fall, dass es nur eine oder vielleicht gar keine Frage gibt heute – das kann auch mal vorkommen –, diese schriftlichen Stellungnahmen, die sind Bestandteil der Beratung. Ich freue mich, dass Gäste auf der Tribüne anwesend sind. Ich möchte Sie darauf hinweisen, Sie dürfen weder Unmuts- noch Beifallsäußerung machen, also weder Klatschen noch Buhen oder solche Dinge tun. Sie dürfen auch nicht filmen oder fotografieren, aber Sie dürfen später alles verwenden, was in der Mediathek des Bundestages hinterlegt wird. Wir freuen uns, dass Sie da sind. Falls Ihr Telefon klingelt – das gilt für alle hier im Saal –, kostet das fünf Euro für einen guten Zweck. Also lieber auf Stumm stellen. So, und jetzt fangen wir an. Die erste Frage stellt die Fraktion der SPD. Im ersten Frageblock hat die SPD zehn Minuten Zeit für Fragen und Antworten. Ich rufe Sie als Sachverständige dann immer auf. Frau Baehrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Geene. Halten Sie den vorgeschlagenen Namen „Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ (BIPAM) für passend? Wie könnte erreicht werden, dass die Bürgerinnen und Bürger die Bedeutung dieses Instituts für sich noch besser erkennen können, auch schon am Namen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Prof. Dr. Geene, bitte.

**Prof. Dr. Raimund Geene** (Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health): Vielen Dank, Frau Abgeordnete, für die Frage. Die Antwort heißt klar: Nein. Den Namen halte nicht nur ich, sondern natürlich auch eine überwältigende Anzahl der Fachöffentlichkeit für ungeeignet und ein kleines Bonmot dazu: Er ist auch Etikettenschwindel. Ansgar Gerhardus hatte das neulich vorgetragen. Im Gesetzestext taucht insgesamt 28-mal der Name „Medizin“ auf, davon 27-mal im Titel und nur ein einziges Mal im ganzen übrigen Gesetzestext. Das zeigt schon, dass das an und für sich wichtige Institut... Also das Richtige an dem Institut, was gegründet wird, nämlich eine Koordination, Bündelung der Prävention zu erreichen, nicht zuvor eine medizinische Frage ist, sondern eine Health and Health Policies gesamtgesellschaftliche. Daher ist der Name „Prävention und Aufklärung der Medizin“ ungeeignet. Aufklärung ist zudem auch ein veralteter Begriff, der auch der BZgA schon ein bisschen unangenehm „an den Beinen hing“. Vielmehr wäre es sinnvoll, es „Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit“ zu nennen oder möglicherweise auch „Bundesinstitut für Gesundheit“ oder „Bundesinstitut für Gesundheitsförderung“ und gerne auch mit einem Namen ergänzt. Ich hatte schon in der Anhörung im April dazu Alice Salomon als mögliche Namensgeberin vorgestellt. Von der RKI-Belegschaft kam auch der Vorschlag, Martha Frenkel zu benennen. Das sind, glaube ich, Vorschläge von herausragenden Persönlichkeiten, die das Institut auch mit Würde tragen könnten und die vielleicht auch ein bisschen den zweiten Teil Ihrer Frage mit beantworten, nämlich: Wie kann so ein Institut auch Akzeptanz bekommen? Sicherlich dahingehend, dass es sich auch eben an positiven Leitfiguren orientiert. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Baradari, bitte.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht ebenfalls an Herrn Prof. Geene. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit soll ein neues Bundesinstitut geschaffen werden. Wie bewerten Sie dieses Vorhaben grundsätzlich und welche Synergieeffekte können sich durch einen erweiterten



Aufgabenbereich des Instituts ergeben?

Die **amtierende Vorsitzende**: Prof. Dr. Geene, bitte.

**Prof. Dr. Raimund Geene** (Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health): Vielen Dank, Frau Abgeordnete, für die Frage. Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, wie es im Koalitionsvertrag 2021 dargestellt wurde, hat in der gesamten Fachöffentlichkeit breite Zustimmung bekommen, denn tatsächlich ist die Entwicklung der BZgA, die lange Zeit – Stichwort Aidsprävention – eine herausragende Rolle gespielt hat in den letzten fünf bis zehn Jahren, eigentlich seit dem Ende der Amtszeit von Elisabeth Pott, bedauerlich, von ganz starken Fluktuationen gekennzeichnet und nicht mehr in der Lage gewesen, angemessen Gesundheitsförderung, Prävention voranzutreiben. Insofern ist es ein sehr gutes Vorhaben, das Bundesinstitut für Prävention nachhaltig zu stärken, darauf hinzuweisen. Nun gab es neben der starken Kritik am Namen, was wir gerade schon hatten, auch Bedenken von Seiten des RKI mit der Abteilung 2, da bin ich auch Mitglied im Beirat, dass man eben sehr starke Risse darin befürchtet. Das ist in der Tat ein Problem der Umwandlung aus einer Organisation. Gleichzeitig ist es natürlich aus Sicht der BZgA und eines Bundesinstituts für Prävention eine sehr positive Sache, dass hier quasi das Herzstück des RKI, quasi die beste Abteilung, die auch am stärksten in der Wirkung war und die natürlich in besonderem Maße über die Gesundheitsberichterstattung präventionsrelevant ist, dass die jetzt dieses neue Bundesinstitut verstärkt. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Heidenblut.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Betsch. Inwieweit kann das neue Institut dazu beitragen, die Bürgerinnen und Bürger, zum Beispiel in den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz besser zu erreichen und was muss in der Kommunikation getan werden, um insbesondere vulnerable Gruppen zu erreichen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Betsch, Sie sind online dabei und haben jetzt das Wort, bitte.

**Prof. Dr. Cornelia Betsch** (Universität Erfurt, Institute für Planetary Health Behaviour): Vielen herzlichen Dank für die Frage. Ich beantworte das aus dem Blickwinkel Gesundheitskommunikation und Gesundheitsverhalten. Wir wissen, Deutschland hat sich einigen internationalen Resolutionen bei der WHO angeschlossen, um Gesundheit für alle, Sie sprechen die vulnerablen Gruppen schon an, besser zu machen. Da – gerade Stichwort Health in all Policies, Behavioural Insights, Tailoring Health Programs – hat Deutschland einigen Nachholbedarf. Da gibt es internationale Standards, die, wenn man sie gut umsetzt, zu besserer Gesundheitsinformation für alle, bedarfsgerechte, evidenzbasierte Gesundheitsförderung und auch die gezielte Unterstützung vulnerabler Gruppen führen kann. Wie kann das jetzt gelingen mit dieser Aufgabenstruktur des BIPAM? Dort ist geplant, systematisch Bedarfe zu identifizieren, auf der Basis von Daten. Also im Prinzip nicht nur zu schauen, wie viele bewegen sich zu wenig, sondern auch, warum bewegt sich wer zu wenig und wie können wir die erreichen? Und was hilft vielleicht auch, diese Barrieren zu reduzieren? Es soll also zielgruppenspezifisch gehandelt werden, was bisher nicht möglich war. Denken wir an so Großflächenplakatierungen. Wenn wir aber zielgruppenspezifische Bedarfe kennen, dann können wir die auch besser beantworten. Dafür muss jemand systematisch zuständig sein und auch die Befugnis dazu haben. Das war bisher nicht der Fall. Es soll auch evidenzbasiert interveniert werden, also auf der Basis von Daten; Verhalten durch sozialwissenschaftliche Daten verstanden werden. Wie können Interventionen gestaltet werden, die auch effektiv sind? Das kann Kommunikation sein. Das kann aber auch mal eine Veränderung der Verhältnisse sein. Das ist hier sehr zu begrüßen, dass auch das in dem neuen Institut möglich sein soll, dass es also auch Verhaltens- und Verhältnispräventionen besser miteinander verbunden werden. Das heißt, dass hier das institutionalisiert und systematisiert wird, ist, denke ich, höchste Zeit. Es ist vielleicht kritisch anzumerken, dass die finanzielle Untersetzung von diesen ambitionierten Zielen etwas dünn ist. Denn es braucht nicht nur viele Daten, gerade da ist sehr viel Augenmerk draufgelegt, auch in der Begründung der Finanzierung, dass neue Daten erhoben werden müssen. Aber die müssen natürlich auch verlinkt werden. Menschen müssen aus Daten Informationen machen, aus Information Kommunikation und Intervention. Das



muss vor allem auch umgesetzt werden. Gerade daran hat es, glaube ich, jetzt gerade in der letzten Zeit auch gehapert. Ich denke, Investitionen in Prävention lohnt. Man kann unterm Strich sagen, dass die Ziele und Aufgaben sehr relevant sind, mit den geplanten Tätigkeiten auch erreicht werden können, sodass die Bevölkerung besser informiert ist und in die Lage versetzt wird, sich gut und gesund zu verhalten. Die Frage ist nur, ob das mit dieser Finanzierung tatsächlich stattfinden kann. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Baehrens.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an Dr. Wiggerich vom Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD. Dienen die im Gesetzesentwurf genannten Aufgabenfelder dazu, den ÖGD vor Ort wirksam und effektiv in seinen Aufgaben zu unterstützen? Wie können die Lernerfahrungen aus der vorangegangenen Pandemie im neuen Institut aufgegriffen und zur Krisenvorsorge genutzt werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Wiggerich, Sie sind auch online dabei und haben jetzt das Wort. Bitte.

**Dr. Emanuel Wiggerich** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD)): Vielen Dank, Frau Abgeordnete für die Frage. Erlauben Sie mir kurz, bevor ich auf die Frage eingehe, noch zwei Vorbemerkungen. Wir würden uns wünschen, dass das BIPAM wieder Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit heißt, weil es zum einen ein gewisses Zeichen der Wertschätzung gegenüber des ÖGDs wäre und noch mal die Systemrelevanz und die Gleichwertigkeit vielleicht auch mit dem ambulanten und stationären Sektor betonen würde. Ferner begrüßen wir natürlich, dass die gesundheitliche Chancengleichheit und die soziale Dimension in den Fokus gerückt wurden. Bei dem Health in All Policies-Ansatz würden wir dafür werben, dass es nicht nur sektorübergreifend betrachtet wird, sondern auch vielleicht ressortübergreifend, weil wir in vielen Dingen erleben, dass wir bei den ressortübergreifenden Themen dann doch wieder einigen Nachholbedarf haben. Dann zu Ihrer Frage, ob die im

Gesetzesentwurf genannten Aufgabenfelder dazu dienen könnten, den ÖGD vor Ort effektiv zu unterstützen. Vielleicht erst mal zum ersten Teil der Frage. Der lässt sich mit einem ganz klaren „Ja, aber“ beantworten, weil die Umsetzung letztendlich entscheidend ist. Also alle genannten Aufgaben – die nur exemplarisch bisher im Gesetzesentwurf genannt sind, das ist ja nicht abschließend – können durchaus hilfreich sein und unterstützen. Ich möchte das vielleicht in den drei Punkten Gesundheitsberichterstattung, Vernetzung und Standards und Förderung der Gesundheitskompetenz einmal verdeutlichen. Bei der Gesundheitsberichterstattung ist es natürlich entscheidend, dass wir Bund, Länder und Kommunen mitnehmen. Da muss ein gewisser Datenfluss gewährleistet sein, damit die Gesundheitsämter vor Ort letztendlich auch was davon haben. Die Kommunikation der Daten letztendlich darf nicht nur in eine Richtung laufen. Das ist das, was wir letztendlich befürchten. Da wäre eine Datenplattform wünschenswert, wo alle, vor allem auch der ÖGD, Zugriff drauf hat und jeder für seine Ebene die Daten filtern kann, bezüglich der Vernetzung und der Standards sicherlich, was die Bedarfe fordern, auch in der Fläche. Hier befürchten wir allerdings, weil es „freiwillig“ ist, einen Flickenteppich, sodass wir keine gemeinsamen Daten haben. Da wäre eine Koordination letztendlich vom Bund und den Ländern wünschenswert.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Jetzt geht das Fragerecht an die Union und der Abgeordnete Föhr hat zunächst das Wort. Bitte.

Abg. **Alexander Föhr** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Wie bewerten Sie die mit dem Gesetzesentwurf geplanten jährlichen Mehrausgaben für das BIPAM? Sind diese ausreichend? Oder sind Sie überdimensioniert? Bitte erläutern Sie.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Neumann-Grutzeck, Sie sind auch online dabei. Bitte.

**Christine Neumann-Grutzeck** (Bundesärztekammer (BÄK)): Vielen Dank für die Frage. Schönen guten Tag auch meinerseits. Mit dem BIPAM werden mit dem Gesetzesentwurf vor allem Sachmittel



bereitgestellt für das Jahr 2025 15,5 Millionen, 14,5 Millionen für das Jahr 2026. Was wir sehen an dieser Stelle ist, wir wollen ja, ich glaube, das gemeinsame Ziel, den Bereich der Forschung und Förderung der öffentlichen Gesundheit auch und diese Public Health-Strukturen, das ist eben alles schon genannt worden, ausweiten, Fortschritte erzielen in dem Bereich. Dafür ist es aus unserer Sicht notwendig, neben den Sachmitteln auch an Personalmittel zu denken, um genau das, was man da erzielen will, umzusetzen. Bei der Zusammenlegung der beiden Bereiche, BZgA und der Abteilung 2 des RKI, das wir eben schon gesehen haben, sehen wir das zweite Problem an der Stelle, wo wir es wichtig finden, hier noch mal nachzubessern; dass hier eine künstliche Trennung, die für mich eigentlich nicht passt, und für uns als Bundesärzte, kann man sagen, Health and all Policies und übergreifendes Denken, dass wir dann eine Trennung machen in Krankheiten oder eben Prävention von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten, sondern im Sinne einer gemeinschaftlichen Betrachtung gehört das für uns zusammen. Das wäre ein Bereich, der eben auch dazugehört. Auch dafür benötigt man Personal, um das gemeinsam zu tun.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Zeulner.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine Frage geht an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und an den Verband der privaten Krankenversicherung. Ist der Ansatz der freiwilligen Vernetzung von Akteuren der Öffentlichen Gesundheit ausreichend, um nationale Gesundheitsziele zu erreichen, oder bedarf es vielmehr einer stärkeren Möglichkeit, für das BIPAM verpflichtende Kooperationen zu organisieren, um den Health in All Policies-Ansatz auch tatsächlich zu leben?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Hilber zunächst.

**Simon Hilber** (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen (BVKJ)): Frau Abgeordnete, vielen Dank für die Frage. Ich habe keine finanziellen Interessenkollisionen. Nach unserem Verständnis ist die häufige Nennung der Freiwilligkeit im Gesetzentwurf wohl dadurch begründet, dass die Länder als Träger großer Teile des ÖGD nicht zu allem

verpflichtet werden können. Der Gesetzentwurf sieht zwar eine ÖGD-Netzwerkstelle beim BIPAM vor, außerdem sollen evidenzbasierte Handlungsempfehlungen und wirtschaftliche Leitlinien sowie Standard Operating Procedures entwickelt werden. Das ist alles sehr gut und sehr wichtig, aber offenbar unverbindlich. Wir vermuten trotzdem, dass es doch wohl möglich sein müsste, gemeinsame Verantwortungsübernahme auch verbindlicher in konkreten Strukturen zu etablieren. So haben wir beim IfSG gesetzliche Regelungen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten festgelegt, wie zum Beispiel Festlegungen zu Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Auch werden Meldepflichten genauer geregelt. Da müsste es doch auch bei den nicht infektiösen Volkskrankheiten möglich sein, verpflichtende Standards zu setzen und aufzubauen. Insofern sollte der Zusatz „freiwillige“ in § 2 Absatz 2 unserer Ansicht nach entfallen. Weiterhin wäre es hilfreich, wenn die Akteure der Öffentlichen Gesundheit, die dort gemeint sind zu kooperieren, auch genannt werden. Das sind aber eben neben Bund, Ländern und Kommunen auch Experten aus der Wissenschaft, Zivilgesellschaft und, so würden wir es sehen, last but not least auch Fachexperten aus der medizinischen Praxis. Wichtig erscheint uns auch die digitale Vernetzung, die dringend angegangen werden muss. Gerade aus der Corona-Zeit haben wir aus kinder- und jugendärztlicher Sicht fehlende Strukturen auf Bundesebene, einen fast nicht vorhandenen ÖGD auf Bundesebene und ein unzureichendes Meldewesen gesehen. Das führte in den Praxen zu unzumutbarem bürokratischen Aufwand und in den Gesundheitsämtern zu massiver personeller Überlastung. Wenn Sie es hinbekommen, dass bei der Digitalisierung und Datenerfassung im Bund verbindliche Schnittstellen entstehen, verhindern Sie, dass sich auf den unteren Ebenen man sich im Klein-Klein verzettelt und am Ende jedes Bundesland seine eigenen Programme programmieren lässt. Optimalerweise wäre es, wenn aus den Arzt-Informationssystemen direkt die Daten an die Gesundheitsämter gehen, also die personalisierten Daten in dem Fall, und dann die anonymisierten Daten ans Bundesinstitut für Gesundheit oder wie sie es dann auch regeln, dem RKI geliefert werden. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Schlieker.



**Dr. Anke Schlieker** (Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)): Sehr gerne. Genau, zum Thema Freiwilligkeit. Der Bund kann aufgrund der föderalen Zuständigkeiten nicht einfach durchregieren. Das ist klar. Aber wir denken, dass er seine Verantwortung im Mehrebenensystem, also aus Bund, Ländern, Kommunen, Sozialversicherung und Zivilgesellschaft besser wahrnehmen muss. Wir meinen auch, dass transparente Zuständigkeiten und durchstrukturierte Prozesse zwischen den Beteiligten, also das, was auch schon angeklungen ist, dass das dazu beiträgt, wenn es gut funktioniert und wenn es wirklich praktikabel ist, dass man besser zusammenarbeitet. Das ist auch im Interesse der Länder. Die haben auch genug zu tun. Wenn man ein bisschen besser teilt und Ressourcen bündeln kann, dann werden die da sehr gerne mitmachen. Hinsichtlich des Health in All Policies-Ansatzes sollte man in drei Schritten oder in mehreren Schritten vorgehen. Erstmal, dass man guckt: Was ist heute eigentlich rausgekommen bei der bisherigen Präventionsstrategie? Also was nützt und was nützt nicht? Eine bessere Zusammenarbeit, vor allen Dingen in Richtung, dass man bessere Ressourcenallokationen dahin kriegt, also ineffiziente Parallelstrukturen, dass Programme parallel entwickelt werden und so weiter, dass man das wirklich abstellt und da voneinander profitiert. Mehr Evidenz in der Mittelverwendung, also dass man da wirklich schaut, was kann man evaluieren und dass es da mehr Vorgaben gibt, weniger Wildwuchs. Zum Thema Health in All Policies, das ist uns auch noch mal ganz, ganz wichtig, dass man ressortübergreifend arbeitet. Also wir denken hier nicht in Medizin und Gesundheit, sondern wir haben Auswirkungen in allen Bereichen: Verkehr, Bau, Umwelt, Klima. Das heißt, man muss wirklich eine Abgrenzung und einen Interessenausgleich hinbekommen. Das ist aus unserer Sicht ganz, ganz wichtig.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Müller, mir wurde angezeigt, dass Sie etwas sagen möchten. Bitte.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Dankeschön, Frau Vorsitzende. Ich hätte eine Frage an die Bundesärztekammer. Wie beurteilen Sie denn die Trennung zwischen den übertragbaren Krankheiten, die beim RKI etabliert bleiben sollen und den nicht

übertragbaren beim BIPAM? Auch vor dem Hintergrund, dass im Vertrag der Ampelkoalition die Stärkung und die Etablierung der Public Health-Strategie mit aufgenommen wurde. Passt das denn alles zusammen, was da so getrennt bleibt?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Neumann-Grutzeck, bitte. Eineinhalb Minuten.

**Christine Neumann-Grutzeck** (Bundesärztekammer (BÄK)): Okay, ganz kurz. Ich habe eben beim ersten Mal vergessen zu sagen, dass ich keine finanziellen Interessen habe. Das wollte ich hier noch der Ordnung halber sagen. Wir halten diese Trennung für nicht sinnvoll. Selbst im Gesetzentwurf steht drin, dass die Zuständigkeit für nicht übertragbare Erkrankungen, die mit übertragbaren Krankheiten im Zusammenhang stehen, weiterhin beim RKI bleiben soll. Das zeigt schon das große Problem. Es ist eben nicht ganz einfach zu sagen: Das ist übertragbar, das ist nicht. Wir haben die Zusammenhänge in verschiedenen Bereichen. Ich mag an HPV erinnern. Insofern denke ich, diese ganz einfache Trennung ist eben nicht sinnvoll, sondern es scheint uns deutlich sinnvoller, das alles gesamt zu denken. Das entspricht der Health in All Policies. Wir sehen doch, dass es da Abstimmungsprobleme und Risiken geben kann. Einfach durch diese, aus unserer Sicht, künstliche Trennung zwischen diesen Bereichen. So einfach ist es leider in der Medizin dann nicht.

Die **amtierende Vorsitzende**: Wunderbar. Tino Sorge, bitte.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, auch für die Flexibilität. Meine Frage richtet sich an den Herrn Prof. Dr. Geene. Sehen Sie Risiken in der Umstrukturierung der BZgA zum BIPAM, insbesondere hinsichtlich der bestehenden Kompetenzen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Prof. Dr. Geene, bitte.

**Prof. Dr. Raimund Geene** (Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health): Aus der Perspektive der BZgA ist der jetzige Aufwuchs,



der dort erfolgt, eine große Erfolgsgeschichte, insofern weitere Kompetenzen dazukommen, die natürlich die Kernkompetenzen für die BZgA, oder dem BIPAM in bereichernder Art und Weise vergrößern. Bei der AIDS-Prävention beispielsweise hat die BZgA in den 80-er, 90-er, 2000-er Jahren ganz hervorragende Arbeit geleistet und es geschafft, dass tatsächlich Präventionsstrategien entwickelt worden sind, die nah an den Menschen gewesen sind, also die ihnen unmittelbar genutzt haben und die auch die Adressatengruppe erreicht haben. Jetzt noch verknüpft damit, dass die unmittelbaren Daten, insbesondere der nicht übertragbaren Krankheiten, die präventionsrelevanten Daten des RKI erhalten, ist eine sehr gute Konstellation auf der Fläche. Wobei man natürlich genau aufpassen muss, dass die Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitskommunikation zwei verschiedene Bereiche sind, die nicht gesteuert werden dürfen. Die wissenschaftliche Unabhängigkeit ist nicht nur für wissenschaftlichen Bereich der Forschung, der Gesundheitsberichterstattung, sondern auch für Bereich der Kommunikation enorm wichtig. Das darf sozusagen nicht als Indienstnahme gesehen werden, so wie das zuletzt bei der Pandemie für die BZgA mit dem vermeintlichen Maulkorb infrage stand.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Jetzt geht das Fragerecht an BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Dr. Dahmen, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne Frau Prof. Thürmann fragen wollen. Frau Prof. Thürmann, Sie sind Mitglied des Expertenrats Resilienz und Gesundheit beim Bundeskanzleramt und waren langjährig Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in dieser Rolle bis im letzten Jahr maßgeblich daran beteiligt, ein Gutachten mit dem Titel „Resilienz im Gesundheitswesen“ zu erarbeiten und zu erstellen. In diesem Gutachten haben Sie auch Vorschläge für die Zielsetzung und Ausgestaltung eines Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit gemacht. Eine der Empfehlungen ist, dass es bei der Ausgestaltung dieses Institutes nicht nur darum gehen darf, eine individualmedizinische Perspektive einerseits oder punktuell eine Perspektive Öffentlicher Gesundheit einzunehmen,

sondern dass es darum geht, eine breite Public Health-Perspektive einzunehmen. Würden Sie daher empfehlen, in dem zukünftigen Institut einen Public Health-Plan zu erarbeiten und kontinuierlich weiterzuentwickeln? Welche Aspekte sollten dabei auch nationale Gesundheitsziele spielen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Thürmann, Sie sind auch online dabei und haben jetzt das Wort, bitte.

**Prof. Dr. Petra Thürmann** (Universität Witten/Herdecke): Dankeschön. Vielen Dank für diese Frage. Ich möchte gleich vorneweg erklären, dass ich Vizepräsidentin für Forschung an der Universität Witten/Herdecke bin und diesbezüglich keine Interessenkonflikte bestehen. Ja, ganz kurz könnte ich das mit einem unbedingten Ja beantworten. Wir haben tatsächlich in Deutschland im Gegensatz zu vielen anderen Ländern eben keinen breiten Public Health-Ansatz, in dem zum Beispiel übergreifend Konzepte für Prävention, aber zum Beispiel auch Handlungen in Pandemien vorgedacht werden und beispielsweise auch Ziele erarbeitet werden, die bis in das letzte Glied auch umgesetzt werden können. Wir wissen, dass gerade an der Umsetzungsstelle die Aufgabe des ÖGD in den jeweiligen Ländergesetzen geregelt sind. Hier kann und sollte und muss ein solches Institut eine sektor- und auch ressortübergreifende Koordination übernehmen. Das können wir nicht auf kommunaler Ebene liegen lassen. Um das auch nochmal etwas international zu beleuchten, dort kennt man in vielen Ländern, Niederlande, Österreich, Großbritannien, Frankreich, aber auch in den USA eben tatsächlich richtige Public Health-Pläne. Die werden beispielsweise in den USA über die Center for Disease Control and Prevention erarbeitet und datengeschützt, das ist ein ganz wichtiger Punkt und das ist auch für das BIPAM vorgesehen, gemonitort. Hier werden die Zusammenhänge eben zwischen ökonomischen, umweltbezogenen Faktoren und natürlich sozialen und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung gemonitort und darauf hingehend auch Ziele erarbeitet. Das ist ja genau eine Funktion, die wir brauchen, eben nicht nur auf einzelner Ebene mit kleinen Regelungen Einzelziele zu erreichen. Wir haben uns das im Sachverständigenrat-Gutachten auch bis dahin aufgedröselt, dass man wie in manchen Ländern – Schweden, Italien – auch



Gesundheitsziele auf Regionen herunterbrechen kann und zum Beispiel vergleichen kann: Warum funktioniert etwas in der einen Gegend und nicht in der anderen? Wo sind die Unterschiede? Da sind natürlich nationale Gesundheitsziele eine sehr gute Idee, aber die bisher eben nicht in einem ganzen strategischen Paket eingepackt waren und eben halt nicht bis zur Messung von Outcomes konsequent verfolgt wurden. Das heißt ja...

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Thürmann, ich kriege das Signal, dass die Frage gut beantwortet ist. Herzlichen Dank. Dr. Dahmen, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde noch mal bei Frau Prof. Dr. Thürmann nachfragen wollen. Sie haben in dem Gutachten auch empfohlen, dass die Betreuung des Nationalen Gesundheitsportals durch das Bundesinstitut mit übernommen werden sollte, um das als Teil der Kommunikation zu stärken. Können Sie kurz erläutern, warum?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Thürmann, dann fahren Sie gerne fort. Bitte.

**Prof. Dr. Petra Thürmann** (Universität Witten/Herdecke): Vielen Dank. Der Punkt ist einfach. Wir haben das auch in der Pandemie gesehen. Daten müssen nicht nur für die Wissenschaft und Politik dargestellt und aufbereitet werden, sondern auch für eine breite Öffentlichkeit. Wir haben auch beispielsweise in der Pandemie gesehen, dass das nationale Gesundheitsportal doch dann auch immer mehr Bedeutung gewonnen hat. Was liegt näher, als dass – sozusagen, wenn ich die Quelle der Daten habe und auch die ganze Expertise – diese Daten sowohl für Politik, Wissenschaft als eben auch die Bevölkerung zur Verfügung stehen sollten. Das kann am besten auch über das Nationale Gesundheitsportal stattfinden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde weiter Frau Prof. Dr. Thürmann fragen wollen.

Inwieweit halten Sie es für sinnvoll, auch Aspekte der Notfallversorgung, aber auch das Erkennen lebensbedrohlicher Krankheiten wie Sepsis etc. zum Teil eben solcher Präventions-, Aufklärungs- und Kommunikationsarbeit eines solchen Instituts zu machen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Prof. Dr. Thürmann.

**Prof. Dr. Petra Thürmann** (Universität Witten/Herdecke): Vielen Dank. Wir haben gerade in den letzten Jahren gesehen, dass nicht nur Pandemien, sondern auch andere Krisen, Massenanfälle von Verletzten oder Flutkatastrophen immer näher an unsere Bevölkerung herankommen. Wir haben hier zwei Dinge, nämlich einmal, dass die Gesundheitskompetenz im Notfall häufig fehlte, aber auch die Kompetenz, was Logistik anbetrifft. Zum Beispiel: An wen wende ich mich? Oder nicht nur wie mache ich eine Wiederbelebung, sondern wen rufe ich jetzt an? Wem soll ich in der Nachbarschaft auch noch helfen? Hier brauchen wir einfach eine sehr breite Kommunikation, verständlich für alle, wie in welchen Situationen Wege beschritten werden können, um aus Notlagen auch wieder herauszukommen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dr. Dahmen nochmal.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, ich würde weiter gerne Herrn Prof. Dr. Geene fragen wollen. Frau Prof. Dr. Thürmann hatte sich gerade schon dafür ausgesprochen, dass es einen Public Health-Plan und nationale Gesundheitsziele bräuchte, um da zielgerichteter populationsbezogen vorzugehen. Was halten Sie davon?

Die **amtierende Vorsitzende**: Prof. Dr. Geene, bitte.

**Prof. Dr. Raimund Geene** (Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health): Vielen Dank für die Frage. Dieser nationale Public Health-Plan ist auf der Agenda des Zukunftsforums Public Health seit ihrer Gründung 2016, im Übrigen auch initiiert durch das RKI, Abteilung 2. Dort wurde schon 2020 eine Roadmap für eine Public



Health-Strategie für Deutschland entwickelt. Sehr stark anschlussfähig, wichtig auch, dass es eben eine Strategie ist, die sich dann wirklich breit beteiligt, die auch Bürgerforen mit einschließt, Partizipationsprozesse. Sowas ist im Moment dringend notwendig.

Die **amtierende Vorsitzende**: Jetzt haben wir noch 30 Sekunden. Nehmen wir in die nächste Runde?

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Nein, ich würde noch kurz nachfragen wollen: Würden Sie auch vorschlagen, das zur Aufgabenbeschreibung ins Gesetz mit aufzunehmen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Prof. Geene, bitte.

**Prof. Dr. Raimund Geene** (Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health): Danke. Das habe ich auch explizit in Formulierungsvorschläge mit aufgenommen, dies zum Aufgabenpaket zu machen, auch mit konkreten Vorstellungen der Ausgestaltung. Bisher hat das Zukunftsforum Public Health für den Roadmap bereits einen Sitz in der Geschäftsstelle des RKI mit zweieinhalb Stellen. Das sollte ausgebaut werden mit drei festen Stellen und längerfristig sogar mit 15 wissenschaftlichen Mitarbeiterstellen, um tatsächlich die Public Health-Strategie an den zwölf FOs zu hinterlegen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Das Frage geht an die FDP. Frau Lütke, bitte.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage richtet sich an Dr. Koch vom IQWiG. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wollen wir eine bessere Vernetzung verschiedener Akteure im Bereich des ÖGD erreichen. Da wird jetzt im Entwurf ausdrücklich auf die Freiwilligkeit hingewiesen. Würden Sie denn eine möglichst hohe Verbindlichkeit für die entsprechenden Akteure befürworten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Koch, bitte.

**Dr. Klaus Koch** (Institut für Qualität und

Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)): Vielen Dank für die Frage. Ich weiß nicht mehr genau, wer die Position eben schon formuliert hat. Wir würden uns aber dem anschließen, dass das verbindlicher geregelt werden sollte. Freiwilligkeit kann an der Stelle, glaube ich, nur an Grenzen stoßen, wo diejenigen, die Akteure sein könnten – und das könnten auch zum Beispiel wir als IQWiG sein –, auf ihrer bestehenden Rolle an Grenzen stoßen müssen, was die Beteiligungsmöglichkeiten angeht. Diese Grenzen müssen eröffnet werden für die, die sich beteiligen wollen. Das sollte geregelt sein, um denen, die sich wirklich beteiligen wollen, auch die Möglichkeiten zu schaffen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Lütke.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Vielen Dank. Ich habe noch eine weitere Frage direkt an Sie. Uns als Freien Demokraten ist natürlich auch wichtig, dass die wissenschaftliche Arbeit des neuen Bundesinstituts, mit welchem Namen dann auch immer, geklärt ist und dass eben diese Arbeit auch vor allem nach den Kriterien der guten wissenschaftlichen Praxis erfolgen kann. Sind Sie der Auffassung, dass wir hier noch Klarstellungen im Gesetzestext vornehmen müssten, oder ist das, wie es geregelt ist, so ausreichend?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Koch, bitte.

**Dr. Klaus Koch** (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)): Nach unserer Einschätzung wird auch die Glaubwürdigkeit und die Rolle des Instituts davon abhängen, dass es wissenschaftlich arbeiten kann, also an der Stelle fachlich unabhängig ist und das auch verankert ist. Da gibt es auch in einigen anderen Stellungnahmen Hinweise zu, wie man das regeln könnte. Das unterstützen wir ausdrücklich. Wir selbst sind eine Institution, die neben der üblichen, ich sag mal, Rechts- und Haushaltsaufsicht, aber eine fachliche Unabhängigkeit hat und, glaube ich, durch Elemente, die erstens Transparenz in den Methoden, Einbindung von Stakeholdern und natürlich auch eine gewisse Pflicht zur Rechenschaft gegenüber der Öffentlichkeit, durchaus zeigt, dass es wertvoll ist, wissenschaftliche Unabhängigkeit zu erhalten und zu sichern. Das betrifft nicht



nur die wissenschaftliche Arbeit im Kern des Instituts, sondern auch gerade die Kommunikation zu Gesundheitsthemen, weil ich glaube, dass die Glaubwürdigkeit einer Institution sehr davon abhängt, dass sie auf wissenschaftlicher Basis kommuniziert und weniger unter politischem Einfluss steht.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Lütke, bitte.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Vielen Dank. Meine nächste Frage, die richtet sich zum einen an die Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände und dann aber auch an den Verband der Forschenden Arzneimittelunternehmen. Wir haben in den fachfremden Änderungsanträgen eine Lösung. Da schlagen wir vor, dass die Impfungen durch Apotheken ausgeweitet werden, vor allem, wenn es um die Impfungen ab 18 Jahren und um die Totimpfstoff-Impfungen geht. Welche Effekte erhoffen Sie sich hier auf die Impfquoten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Schmitz, Sie sind online dabei und haben jetzt das Wort.

Dr. **Sebastian Schmitz** (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Wir begrüßen diese Regelung. Wir haben Erfahrungen mit den Grippe-schutz-Impfungen und vorher auch mit den Corona-Impfungen, die sehr gut angenommen werden in der Bevölkerung. Wir gehen davon aus, dass es genauso gilt für die Impfungen mit Totimpfstoffen. Wir haben mit den Apotheken einen niedrigschwelligen Zugang zu diesen Impfungen. Die Erfahrungsberichte, die wir hören, gehen auch dahin, dass diese Impfungen, die in Apotheken stattfinden, nicht ersetzend zu den ärztlichen Impfungen stattfinden, sondern in weiten Teilen einfach ergänzend – also als weitere Zugangsmöglichkeit, sodass sich insgesamt die Impfquote aus unserer Sicht auf diesem Wege erhöht und deshalb diese Erweiterung des Impfangebotes in den Apotheken positiv zu bewerten ist.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Dann war noch angesprochen, Dr. Prietzel.

Dr. **Sven Prietzel** (Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)): Es gibt keine finanziellen Interessenkonflikte bei mir. Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Dr. Schmitz nur anschließen. Wir erwarten auch von dieser Regelung eine Erhöhung der Impfquoten. Das kann man auch mit relativ fester Stimme sagen. Wenn wir in andere Länder schauen, wo auch das Apothekenimpfen ausgeweitet oder ermöglicht wurde, sieht man denselben Effekt. Gutes Beispiel dafür ist Irland. Da kann man sehen, dass sowohl in den Praxen als auch in den Apotheken die Impfquoten hochgehen in so einer Situation. Da ist ein genauso niedrigschwelliges Angebot das, was es jetzt braucht. Wenn das jetzt verzahnt wird mit weiteren Maßnahmen rund um die Impfprävention und die Ausweitung von Angeboten, dann ist das auf jeden Fall eine sehr sinnvolle Maßnahme, die jetzt in diesem Gesetz glücklicherweise schnell dem legislativen Verfahren zugeführt wird.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Jetzt geht das Fragerecht an die AfD. Herr Dietz hat das Wort.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Vielen Dank. Meine Frage geht auch an Herrn Dr. Sven Prietzel. Eine wesentliche Aufgabe des neuen Bundesinstituts soll es unter anderem sein, den Zugang zu datenhaltenden Stellen des Bundes, der Länder und der Kommunen zu schaffen, Daten zu ergänzen, zu standardisieren, zu digitalisieren, interoperabel zu verknüpfen, bereitzustellen und so aufzubereiten, dass sie für Zielgruppen spezifische gesundheitliche Maßnahmen genutzt werden können. Diese Aufgaben sollen laut Bundesregierung von sachbezogenen Forschungsprojekten begleitet werden, die eng mit der nationalen, europäischen und internationalen Forschungslandschaft verknüpft werden. Inwiefern werden künftig Mitgliedsunternehmen des vfa von den Erkenntnissen des neuen Instituts profitieren bzw. an den geplanten Forschungsprojekten beteiligt sein? Mit welchen dieser Unternehmen sind bereits Gespräche mit der Bundesregierung bzw. mit Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) geführt worden? Inwiefern waren der vfa bzw. einzelne Mitgliedsunternehmen des vfa in die Konzeption des neuen Instituts eingebunden?



Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Prietzel, bitte.

**Dr. Sven Prietzel** (Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)): Ich werde mich bemühen, Ihre Frage zu beantworten. Den letzten Punkt kann ich weitestgehend ausschließen. Wir wurden nicht aktiv in die Entwicklung des Gesetzentwurfs eingebunden jenseits dessen, was wir hier alle machen, nämlich Stellungnahmen einzureichen, als der Referentenentwurf vorlag. Ihre andere Frage ging in die Richtung, wie wir Daten nutzen könnten für die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln. Das hängt ganz von der Datenqualität ab, die am Ende dort vorliegt und welche Arten von Daten das dann eben sind. Perspektivisch sind natürlich, wenn wir jetzt an die Gesetzgebung der Vergangenheit denken, an das Gesundheitsdatennutzungs-gesetz zum Beispiel, Möglichkeiten geschaffen worden. Deswegen sage ich – wenn ich die Frage hier beantworten kann, überhaupt –, wenn diese Daten jetzt im Forschungsdatenzentrum zusammenlaufen, die jetzt hier erhoben werden, dann kann das einen Mehrwert bringen. Aber ich kann das per se nicht beantworten. Die zweite Frage ist ich mir leider entfallen.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Mit welchen Unternehmen sind dazu bereits Gespräche mit der Bundesregierung beziehungsweise Vertretern des BMG geführt würden?

**Dr. Sven Prietzel** (Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)): Genau, das wäre nämlich mein Punkt gewesen. Ich bin nicht informiert über alle Aktivitäten unserer Mitgliedsunternehmen. Dem-entsprechend kann ich dazu auch wenig sagen. Vfa-seitig haben wir das, was wir eingebracht haben, im Rahmen anderer Gesetzgebung – die Digitalgesetzgebung, habe ich eben erwähnt –, dort mit unseren Stellungnahmen eingebracht. Aber wie gesagt, ich kann nicht hier für die Gesamtheit unserer Mitgliedsunternehmen sprechen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dietz, eine weitere Frage?

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht an das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Ein

Themenschwerpunkt des neuen Instituts wird laut Gesetzentwurf die Gewinnung wichtiger Erkenntnisse durch die Analyse einer Vielzahl von Faktoren zu komplexen Prozessen mithilfe neuester Methoden aus den Bereichen Künstlicher Intelligenz, digitaler Epidemiologie, Citizen Science und Modellierung sein. Was halten Sie von diesem Plan? Sind die Mehrausgaben für das Institut von rund 30 Millionen Euro allein im ersten Jahr und weitere jährliche Sachausgaben in Höhe von 14,5 Millionen Euro sinnvoll? Stimmt Ihr Netzwerk der Aussage zu, dass bestimmte Arten von wichtigen Erkenntnissen nur mithilfe des von der Bundesregierung geplanten Instituts gewonnen werden können? Wenn ja: Um welche Art von Erkenntnissen handelt es sich dabei? Inwiefern ist nachgewiesen, dass diese Erkenntnisse die Öffentliche Gesundheit verbessern werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Dr. Mühlhauser. Bitte, Sie haben noch eine Minute Zeit.

**Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser** (EbM-Netzwerk – Netzwerk Evidenzbasierte Medizin): Vielen Dank für die Frage. Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Die Fragen, die Sie an mich gerichtet haben, sind sehr breit. Da kann ich nicht auf alles eingehen. Aber insgesamt muss man sagen, was Sie zu den Analysemethoden gefragt haben: Es ist wichtig, dass ein solches Institut sich tatsächlich nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Methodik orientiert und berücksichtigt, um den möglichen Nutzen und die unerwünschten Effekte und die Unsicherheiten von verschiedenen Präventionsmaßnahmen wissenschaftsbasiert tatsächlich zu erarbeiten. Diese Daten müssen dann auch entsprechend verständlich für die breite Nutzbarkeit bereitgestellt und veröffentlicht werden. Soweit zu dieser Teilfrage. Mehr kann ich nicht machen in dieser Zeit.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Jetzt geht das Fragerecht an die Gruppe Die Linke. Kollegin Vogler, bitte.

Abg. **Kathrin Vogler** (Gruppe Die Linke): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Fragen gehen ans EbM-Netzwerk. Ein wichtiger Kritikpunkt an der Corona-Pandemie war die desaströse und



unprofessionelle Risikokommunikation. Inwiefern ist jetzt beim neuen BIPAM eine gute und evidenzbasierte Kommunikation sozusagen by design gesichert?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Mühlhauser, dann haben Sie wieder das Wort. Bitte.

**Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser** (EbM-Netzwerk – Netzwerk Evidenzbasierte Medizin): Gesichert ist das in keiner Weise, vor allem, weil die Informationsmaterialien zur Aufklärung der Bevölkerung unter der Fachaufsicht des BMG stehen. Es ist nicht gewährleistet, dass die Aufklärung der Bevölkerung evidenzbasiert und wissenschaftlich unabhängig erfolgt. Für medizinische Präventionsmaßnahmen ist eine evidenzbasierte Risikokommunikation unerlässlich. Im Gesetz ist das nicht explizit vorgesehen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Vogler.

Abg. **Kathrin Vogler** (Gruppe Die Linke): Vielen Dank. Die nächste Frage auch an Prof. Dr. Mühlhauser. Während und nach der Corona-Pandemie wurden einerseits die Unabhängigkeit des RKI in Frage und andererseits eine Diktatur der Wissenschaft in den Raum gestellt. Bitte stellen Sie uns Ihre Vorstellungen zur Unabhängigkeit des neuen Instituts vor. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf diesbezüglich? Obwohl Sie das schon teilweise beantwortet haben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Mühlhauser, dann fahren Sie fort.

**Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser** (EbM-Netzwerk – Netzwerk Evidenzbasierte Medizin): Danke. Es muss eine klare Trennung geben zwischen der Präsentation der wissenschaftlichen Evidenz und den politischen Entscheidungen. Forschung und Kommunikation von wissenschaftlichen Daten müssen unabhängig von politischer Einflussnahme bleiben. Das ist unter einer Fachaufsicht des BMG nicht gewährleistet. Cochrane und das IQWiG zeigen, wie es funktionieren kann. Sie arbeiten methodenbasiert, transparent und wissenschaftlich unabhängig.

Abg. **Kathrin Vogler** (Gruppe Die Linke): Meine nächste Frage geht an den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Wie unterscheiden sich denn die Public Health-Strategien zur Bekämpfung von übertragbaren und nicht übertragbaren Erkrankungen? Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die getrennte Zuständigkeit von BIPAM und RKI?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Rosenbrock, das geht an Sie. Sie haben jetzt noch 50 Sekunden, bitte.

**Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband): Vielen Dank für die Frage. Ich habe keine Interessenkonflikte. Die sozialen Determinanten, die das Auftreten, also Prävalenz und Inzidenz von übertragbaren und nicht übertragbaren Erkrankungen bedingen, überschneiden sich sehr stark, sind in weiten Feldern identisch. Auch die Interventionsmethoden, die man anwenden muss, um auf Bevölkerungsebene Prävention und Gesundheitsförderung zu betreiben, also Inzidenz und Prävalenz zu senken, überschneiden sich auch sehr weitgehend. Deswegen ist bei einer institutionellen Trennung der Datenerhebung und Datenverwendung zwischen übertragbaren und nicht übertragbaren Erkrankungen eigentlich nichts anderes zu erwarten als beständige Abgrenzungsprobleme, Doppelarbeit, Doppelstrukturen und verminderte Effektivität. Damit auch ein schlechter Umgang mit den eingesetzten Steuergeldern.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Die Gruppe BSW ist nicht anwesend und kann von daher nicht fragen. Deshalb geht jetzt das Fragerecht direkt wieder an die SPD. Frau Baradari, bitte.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Prof. Geene. Meine Fraktion setzt sich anhaltend für eine strukturierte Evaluation der COVID-Pandemie ein. Halten Sie es für denkbar, dass das BIPAM hierfür einen guten Beitrag leisten kann? Was müsste dazu gegebenenfalls geregelt und welche Akteure müssten dafür einbezogen werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Prof. Dr. Geene, bitte.



**Prof. Dr. Raimund Geene** (Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health): Vielen Dank für die Frage. Ich kann mir durchaus vorstellen, dass das Bundesinstitut gut geeignet ist, dafür hier federführend tätig zu sein in dieser Frage. Um das entsprechend unabhängig abzusichern, wäre es meiner Meinung nach sehr vorteilhaft, wenn es auch im Gesetz geregelt würde, dass ein Beirat für das BIPAM eingerichtet würde. So einen Beirat denke ich durchaus nicht als einen rein wissenschaftlichen Beirat, sondern der könnte idealerweise eigentlich den Dreiklang einerseits von Politik und Gestaltung auf der einen Seite, auf der anderen Seite von Praxis der Öffentlichen Gesundheit und der Public Health-Wissenschaft dort vereinen. Ein solcher Art gestalteter Beirat könnte zum Beispiel auch, ähnlich wie wir das am Beirat der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland auch diskutiert und geregelt haben, auch zum Beispiel Abgeordnete des Bundestages mit einbeziehen, um den ganzen Prozess eben auch stärker transparent zu machen, auch in die Politik hineinzutragen, nicht rein kooperativistisch auszuhandeln und die einzelnen Ministerien mit einbeziehen, die Sozialversicherungsträger aus der nationalen Präventionskonferenz, aber auch die Selbsthilfe, die Patientenverbände. In einer solchen Struktur ist das, glaube ich, grundsätzlich auch geeignet, die Corona-Pandemie aufzuarbeiten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Heidenblut.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die ABDA. Es wurde vorhin schon nach dem erweiterten Einsatz der Apotheken im Präventionsbereich gefragt. Durch ein BGH-Urteil sind Skonti beim Einkauf von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln weggefallen. Welche Folgen hat das für die Apotheke vor Ort? Wie dringlich ist aus Ihrer Sicht der Regelungsbedarf für eine Korrektur der Rechtslage bei der Gewährung von Skonti?

Die **amtierende Vorsitzende**: Dr. Schmitz, bitte.

**Dr. Sebastian Schmitz** (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Die Apotheken befinden sich, wie wir Ihnen schon vorgetragen haben, in einer sehr schwierigen wirtschaftlichen

Situation. Die Erträge sinken, die Kosten steigen stark, die Honorare sind nicht angepasst worden. Das war die Ausgangslage, in der sich die Apotheken befinden. Dann hat jetzt im Februar der BGH die von Ihnen gerade erwähnte Entscheidung getroffen zu den Skonti, die jetzt noch mal dazu führt, dass die Erträge der Apotheken stark gemindert werden, weil die Skonti-Erträge wegfallen. Das sind Beträge im unteren fünfstelligen Bereich, die unmittelbar auf den Gewinn durchschlagen. Deswegen ist hier aus unserer Sicht in der Tat Eile geboten, wenigstens diese Einbuße an dieser Stelle schnellstmöglich zu beseitigen und dafür dann eine Regelung zu finden, die die Skonti wieder ausdrücklich gestattet. Es gibt einen ersten Ansatz in dem Apothekenreformgesetz, der aber aus unserer Sicht zwar in die richtige Richtung geht, aber noch anders formuliert werden müsste. Aber der Handlungsbedarf ist hier sehr groß und dringend.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Baehrens.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die Deutsche Krebsgesellschaft. Wie bewerten Sie die Einbettung des Zentrums für Krebsregisterdaten in das zu gründende BIPAM?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Hartlaub, bitte.

**Richard Hartlaub** (Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)): Vielen Dank für die Frage. Keine finanziellen Interessenkonflikte. Zunächst mal ist der Übergang des ZfKD, der entspricht durchaus der Regelungslogik dieses Gesetzes, aber er zeigt gleichzeitig auch seine Grenzen auf. Die Bundesärztekammer hat ja schon HPV angesprochen. Das ist zunächst mal sexuell übertragbar, kann dann aber verschiedene Krebsentitäten auslösen. Damit müsste es eigentlich im RKI verbleiben. Sinnvollerweise müsste es aber mit dem ZfKD ans BIPAM übergehen. Also da zeigt sich einfach ein Konstruktionsfehler im Gesetz, den man beheben sollte. Zum anderen sollte man sich auch keine Illusionen machen, dass rein mit dem Übergang des ZfKD die Krebsprävention schon gestärkt wird, sondern es ist wichtig, dass sowohl das Gesundheitsmonitoring und die Gesundheitsberichterstattung, für die das ZfKD mit zuständig ist, als auch die Krebsprävention ausreichend mit Ressourcen versehen werden



und dass vor allen Dingen im Bereich Prävention auch mit bereits etablierten Anbietern zusammengearbeitet werden kann, beziehungsweise dass bereits etablierte Anbieter auch gefördert werden können. Zu guter Letzt wäre das auch eine gute Gelegenheit, das ZfKD noch mal nachhaltig zu stärken, indem man auch Daten zum Krebscreening ins Register mit aufnimmt, damit man hier auch gut evaluieren kann, inwieweit sich das Screening denn in der Prävalenz verschiedener Tumorentitäten niederschlägt, beziehungsweise wie es die Outcomes und Überlebenschancen verbessert.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Baradari.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen. Wie könnten aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen mit der Errichtung des neuen Instituts gestärkt werden? Sehen Sie Ergänzungsbedarf?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Hilber, bitte.

**Simon Hilber** (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen (BVKJ)): Vielen Dank für die Frage. Wie gerade eben schon angeklungen ist, ist es aus unserer Sicht nicht damit getan, dass man eine Neuorganisation von Aufgaben oder eine neue Institution schafft, sondern wir brauchen weitere Maßnahmen, um die Prävention zu stärken. Das Mindeste, was man sich wünschen würde, ist, dass z.B. der Pakt für den ÖGD, der sehr erfolgreich war, der zu einem Personalaufwuchs geführt hat und wo auch Investitionen in die Digitalisierung erfolgt sind, fortgesetzt und verstetigt wird. Wir würden uns außerdem wünschen, dass die Aufgaben, die das BIPAM, nennen wir es mal „haben soll“, noch ausgeweitet und konkretisiert werden. Zum Beispiel würden wir uns wünschen, dass die Verhältnisprävention explizit auch genannt wird und dort Ansätze entwickelt werden können und die Beratung der Bundesregierung bzw. des Parlaments in den Aufgabenkatalog des Bundesinstituts übernommen werden. Wenn wir den Health in All Policies-Ansatz ernst nehmen und die Gesundheitsprävention als Querschnittsaufgabe verstehen, mit Wechselbeziehungen z.B. zur Bildung, zur Ernährung, zur Schule, zum Arbeitsleben, Umwelt, Klima und

alles Mögliche, dann muss sich das eben auch in der Aufgabenstellung eines solchen Instituts widerspiegeln. Außerdem würden wir uns wünschen, wenn Sie das Thema Chancengleichheit nennen würden. Chancengleichheit und Verhältnisprävention werden im Begründungsteil des Gesetzes genannt, aber nicht in den Aufgaben explizit. Wir erleben das zum Beispiel, dass...

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, die Zeit ist um. Das Fragerecht geht an Herrn Heidenblut.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die Aktion Psychisch Kranke. Die Erhebung von Daten zur Feststellung des aktuellen Versorgungsbedarfs und zur Beobachtung des Versorgungsverlaufs über die Zeit ist ein wichtiges Instrument der Gesundheitsprävention. Inwiefern sehen Sie das Monitoring durch Umstrukturierung der Mental Health Surveillance sichergestellt und sollte es um weitere Maßnahmen erweitert werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Rosemann, bitte schön, Sie haben das Wort.

**Matthias Rosemann** (Aktion Psychische Kranke (APK)): Vielen Dank für die Frage. Keine Interessenkonflikte. Wir sehen das auch so, dass die Strategie zur Mental Health Surveillance gestärkt werden muss. Die ist begonnen worden, ist auf einem wunderbaren Weg, liefert wesentliche Erkenntnisse und sollte hier als Querschnittsaufgabe im neuen Bundesinstitut erhalten sein. Das Wesen psychischer Erkrankungen besteht darin, dass sie viele Lebensbereiche berühren. Aus dem Grund muss sich das auch in allen Phasen oder in allen Aufgabenbereichen des neuen Bundesinstituts niederschlagen. Ein weiterer Bereich zur Stärkung des Monitorings wäre aus Sicht der psychiatrischen Versorgung allerdings auch noch die Aufgabe des Zwangsmonitorings. Also wann finden Zwangsmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen statt? Dazu könnte man noch weitere Ausführungen machen. Die haben wir in schriftlichen Stellungnahmen gemacht. Aber das wäre eine weitere zusätzliche Aufgabe, die in einer grundsätzlichen Bund-Länder-Betrachtungsweise hier in das Institut integriert werden könnte, weil es keine andere Bundesbehörde gibt, die das gleichwertig gut aufbereiten könnte wie das neue BIPAM.



Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. 30 Sekunden ziehen in die nächste Runde. Jetzt geht das Fragerecht erneut an die Union. Herr Föhr, bitte.

Abg. **Alexander Föhr** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Wie bewerten Sie die Gefahr, dass durch die neue Organisation Doppelstrukturen mit bestehenden Behörden wie dem RKI entstehen? Wie beurteilen Sie die Herausforderung von Einheiten aus dem RKI?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Fix, bitte.

**Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Herzlichen Dank, Keine Interessenkonflikte. Ich kann hier direkt an die Ausführungen von Herrn Prof. Dr. Rosenbrock bezüglich der künftig vorgesehenen Aufgabenteilung übertragbare Krankheiten ans RKI, BIPAM nicht übertragbare Krankheiten anschließen und an die Kritik, sozusagen diesen Ansatz zu polarisieren. Wir sehen auch mit großer Sorge, dass die Gesundheitsberichterstattung aus dem RKI rausgenommen wird, ebenso wie Monitoring und Reporting. Diese Aufgaben sollten ganz klar beim RKI verbleiben und auch die bewährte Aufgabenteilung – Ursachenforschung Sozialepidemiologie beim RKI einerseits und Anwendungsforschung, Interventionsforschung, Gesundheitskommunikation und Aufklärung beim BIPAM –, das sollte sich im Aufgabenkatalog widerspiegeln. Und noch ein letztes Wort: Bei der BZgA sehen wir mit großer Sorge, dass die Bereiche, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) verantwortet hat, im Bereich Schwangerschaft, Frühe Hilfen, Prävention künftig nicht mehr in derselben Art und Weise sozusagen erfüllt werden können, weil sie sich nicht hinreichend im Aufgabenkatalog nach Absatz 3 des § 2 wiederfinden. Da würden wir noch mal bitten, sozusagen nachzubessern und noch einmal zu überdenken, ob das wirklich schon hinreichend gesichert ist. Es reicht nicht aus, das in die Begründung zu schieben. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Föhr.

Abg. **Alexander Föhr** (CDU/CSU): Diesmal an Herrn Prof. Dr. Geene. Welche Maßnahmen sind notwendig, um mögliche Lücken in der Versorgung und Gesundheitskommunikation zu schließen, die durch die Umstrukturierung entstehen könnten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Geene.

**Prof. Dr. Raimund Geene** (Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health): Vielen Dank für die Frage. Die Frage der Lücke bezieht sich ganz wesentlich auf die Finanzausstattung. Die war auch im vorangegangenen Referentenentwurf bzw. in der Vorlage, bevor sie durchs Kabinett ging, ein bisschen großzügiger ausgestattet mit 30 Millionen Euro. Wir haben das auch mal im Einzelnen durchgerechnet und kommen darauf, dass alleine eine KiGGS-Untersuchung beispielsweise einen Umfang hat, die kostet 20 Millionen Euro auf drei Jahre. Da sieht man schon, dass das schon ganz andere Dimensionen sind. Diese 30 Millionen Euro, die ursprünglich eingepreist waren in der Gesetzesbegründung, scheinen dafür durchaus realistischer und sinnvoller, das auch finanziell mitzunehmen. Zudem ist eine enge Zusammenarbeit zwischen dem neuen Institut und dem RKI angezeigt, natürlich wegen den erwähnten Schnittstellenproblematiken. Wir hatten das in der Anhörung im April auch schon, dass wir auch nachgedacht haben über die Idee insgesamt, beide Institute unter ein gemeinsames Dach zu stellen. Letztendlich diese immer noch währende Idee eines Bundesgesundheitsamtes auch was andere Institute betrifft, wäre natürlich eigentlich die angemessenere Lösung dafür, dass man diese Schnittstellenproblematiken verringert.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Rüddel, bitte.

Abg. **Erwin Rüddel** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Wie sollte der Erfolg des BIPAM aus Ihrer Sicht langfristig evaluiert werden und welche Maßnahmen sollten ergriffen werden, falls die gesetzten Ziele nicht erreicht werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Kopp, Sie



sind online dabei und haben jetzt das Wort.

**Prof. Dr. Ina Kopp** (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)): Danke für die Frage. Ich habe keine Interessenkonflikte als Angehörige eines Dachverbandes. Ich sehe eine Notwendigkeit, selbstverständlich, eine begleitende Evaluation durchzuführen, aber auf zwei Ebenen. Oder sagen wir vielleicht in einem Evidenzzyklus. Frau Prof. Dr. Mühlhauser hat es schon angesprochen: Wesentlich ist, dass irgendwelche Früherkennungspräventionsmaßnahmen systematisch auf Nutzen und Schaden getestet sein müssen entsprechend der Methodik der evidenzbasierten Medizin. Aber nicht diese frühe Nutzenbewertung reicht allein. Wir brauchen auch für diese Präventionsmaßnahmen tatsächlich Folge-schätzungen und tatsächlich systematische Versorgungsforschung. Was kommt an? Und auch Nachbemessungen. Welche Effekte hat es gehabt? Und das Zweite gilt für das Institut an sich mit seiner Infrastruktur. Auch dort ist wirklich zu erwägen, eine Evaluation stattfinden zu lassen im Sinne: Ist es ökonomisch? Ist es effizient? Wie können die Strukturen verbessert werden und effizienter arbeiten? Ist diese Wahnsinnsaufgabe der Vernetzung, die wir alle gesehen haben, nicht nur über diese Sektoren hinweg RKI- und BIPAM-Aufgaben, sondern auch die Vernetzung mit den notwendigen Akteuren einschließlich der Wissenschaftlichkeit und der wissenschaftlichen Informationsgeber gewährleistet? Dazu bräuchte es wirklich ein Evaluationsmodell, in das man auch ein externes Institut, ein unabhängiges einbeziehen muss.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Müller.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an den Deutschen Landkreistag. Der Bundesrat sieht bei dem in Gesetz angelegten Strukturen eine Vermischung zwischen Zuständigkeiten beziehungsweise Doppelstrukturen in Bezug auf die Kompetenz des ÖGD. Auf Länderebene unterscheiden sich jedoch die Standard-Vorgehensweisen. Wie könnte eine Vereinheitlichung stattfinden, ohne dass in die Länderkompetenzen eingegriffen würde?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Freese, bitte sehr.

**Jörg Freese** (Deutscher Landkreistag (DLT)): Ich habe keine finanziellen Interessen. Danke für die Frage. Das geht nur über freiwillige Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern, dass wir dort zu einer Zusammenarbeit kommen. Denn alle sind einem ÖGD verpflichtet. Der größte Teil der Aufgaben des ÖGD liegt bei den Ländern. Der größte Teil davon wiederum wird in den Kommunen verantwortet, aber in den Ländern ist die Masse und der Bund hat wichtige bundeszentrale Aufgaben. Darüber wird man sich ja wohl verständigen können. Es muss nicht gesetzlich sein, wahrlich nicht, das kann man auch durch Absprachen, Verwaltungsvereinbarungen in dieser Weise machen, wenn das erforderlich ist. Ich denke, es wird Themen geben, wo das erforderlich ist. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Föhr noch mal.

Abg. **Alexander Föhr** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Das Bundesinstitut soll im Rahmen der Zuständigkeit des Bundes die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik unterstützen. Was ist hierfür aus Perspektive der Sozialversicherung als Träger der Nationalen Präventionskonferenz relevant?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Hupfeld.

**Jens Hupfeld** (GKV-Spitzenverband): Es bestehen keine finanziellen Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage. Die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, die Strukturen für Öffentliche Gesundheit zu stärken, um alle Ebenen der Gesundheitsförderung, Prävention fortzuentwickeln, begrüßen wir ausdrücklich. Relevant, und das ist auch schon hier ausgeführt worden, ist dafür eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die entsprechend auch als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe im Sinne von Health in All Policies ausgestaltet wird. Angesichts der großen sozialbedingten Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung sollten dafür insbesondere – auch das ist schon ausgeführt worden – verhältnispräventive Maßnahmen im Sinne gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen noch stärker genutzt werden. Dafür sollte das Bundesinstitut die gesundheitsrelevanten Faktoren nicht nur beobachten, sondern auch bewerten und entsprechende Empfehlungen



erarbeiten. Dazu beitragen könnte das Institut auch durch die verbindliche Koordination der Aktivitäten im Bereich der Öffentlichen Gesundheit über alle Politikfelder, also auch die verschiedenen Ressorts der Bundesregierung und über alle Politikebenen, um die Umsetzung bis hinein in die Kommunen zu initiieren. Dafür sind nicht nur freiwillige, sondern auch verbindliche Kooperationen notwendig. Auch wenn das auf der Bundesebene nicht unbedingt geregelt werden kann, sollte das zumindest auch eine verbindliche Aufgabe des Bundesinstituts sein. An dieser Stelle möchte ich noch einen Punkt einbringen, der uns wichtig ist. Die Geschäftsstelle der Nationalen Präventionskonferenz sollte nicht mit von der BZgA auf das Bundesinstitut übergehen, sondern die Nationale Präventionskonferenz sollte die Möglichkeit bekommen, sich selbst eine Geschäftsstelle einzurichten. Das würde dem Selbstverwaltungsprinzip entsprechen und wäre auch hinsichtlich der Effizienz sinnvoll. Eine eigene Geschäftsstelle würde die Präventionsstrategie voranbringen und zugleich auch die ohnehin knappen Personalressourcen des Bundesinstituts schonen. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Jetzt hat BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erneut das Wort. Johannes Wagner, bitte.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an Frau Prof. Dr. Baumann. Sie sind stellvertretende Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirates der BZgA. Ein Beirat war vorhin schon Thema, auch bei einem anderen Sachverständigen. Können Sie aus Ihrer Sicht noch mal darlegen, ob es notwendig ist, dass das neue Bundesinstitut auch einen Beirat bekäme? Wenn ja: Welche Aufgaben sollte dieser Beirat haben? Wie sollte er zusammengesetzt sein?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Baumann, bitte sehr.

**Prof. Dr. Eva Baumann** (Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover): Vielen Dank für die Frage. Auch meinerseits gibt es keine finanziellen Interessenkonflikte. Auf die Frage, ob ein wissenschaftlicher Beirat erforderlich ist, glaube ich,

kann man insofern gut antworten mit einem klaren Ja, weil es eben wissenschaftlich relevant ist und weil es um Wissenschaftlichkeit geht. Ich glaube, die wissenschaftliche Unabhängigkeit, die ist jetzt schon von Dr. Koch, Prof. Dr. Mühlhauser und Prof. Dr. Geene und Prof. Dr. Betsch angesprochen worden. Es ist also so, dass die Forschungsaktivitäten beider Institutionen bereits jetzt wirklich in der wissenschaftlichen Unabhängigkeit essenziell sind. Von daher würde ich mich auch für eine klarstellende Ergänzung zur Weisungsunabhängigkeit im Gesetz aussprechen. Eben als stellvertretende Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirates der BZgA in dieser Amtsperiode und auch in der davor habe ich ein bisschen Erfahrung in dieser Beiratstätigkeit in einem sehr stark wissenschaftlich geprägten Beirat und kann vor dem Hintergrund nur unterstreichen, dass ich es für wichtig finde, dass es auch künftig einen starken und primär wissenschaftlich ausgerichteten Beirat gibt und dafür auch eine entsprechende Verankerung im Gesetz vorschlagen. Was das jetzt konkret heißen kann, das würde ich in zwei Aspekte einteilen. Das eine ist, dass es jetzt gerade in diesem von hoher Unsicherheit geprägten Transformationsprozess, glaube ich, auch wichtig und hilfreich ist, dass die aktuell bestehenden Beiräte in beiden Institutionen diesen Prozess konstruktiv und integrativ wirkend unterstreichen. Auch dafür werden bereits entsprechende Maßnahmen umgesetzt, aber innerhalb des Prozesses, der jetzt schon angestoßen ist und der auch sehr die Bedenken des Personals der jeweiligen Institutionen aufgreift. Und dann ein späterer Gesamtbeirat, der sollte meiner Ansicht nach einen starken, wirklich wissenschaftlichen Schwerpunkt haben, beide Unterorganisationen repräsentieren, interdisziplinär zusammengesetzt sein, aber eben auch die wissenschaftliche Expertise mit Fachwissen verknüpfen und auch die Fachpraxis aus Ländern und Kommunen einbinden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Prof. Dr. Baumann. Ich bekomme das Signal, das ist gut so. Herr Wagner, fahren Sie fort.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Meine Frage geht an die BVPG zu den einzelnen Maßnahmen und Aufgaben des Bundesinstitutes. Halten Sie es für notwendig, dass eine Evaluation der einzelnen durch das



Bundesinstitut umzusetzenden Maßnahmen im Errichtungsgesetz festgeschrieben werden müsste? Worauf sollte bei einer solchen Regelung besonders geachtet werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Altgeld, bitte.

**Thomas Altgeld** (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPF)): Herzlichen Dank für die Frage an dieser Stelle. Ich habe auch keine Interessenkonflikte. Ich würde mir wünschen, dass die alten Aktivitäten der BZgA auch endlich mal evaluiert werden, weil das ist ein Sammelurium von Lieblingsprojekten von Ex-Gesundheitsministern, die nie evaluiert wurden. Es ist auch gar nicht klar, was daraus wird. Wir haben bei der Corona-Aufklärung gesehen, da wird Millionen, über eine Viertelmillion in Plakate gesteckt, ohne dass jemals gemessen wurde: Was ist das? Das ist im internationalen Standard völlig verantwortungslos. Nie würde eine amerikanische Kampagne so laufen, dass nicht gleichzeitig auch Geld für die Forschung der Wirkungen tatsächlich zur Verfügung gestellt wird. Da sind wir in Deutschland ein echtes Entwicklungsland, dass wir da maximal in Google Analytics bei irgendwas gucken oder Bekanntheitsmarken machen. Das nicht mitzudenken und auch nicht zu gucken: Was wird aus den Aktivitäten der BZgA? Wie kann man da vielleicht einen neuen Standard reinbringen, dass nicht nur Geld für Agenturen zur Verfügung steht, sondern auch für wissenschaftliche Begleitforschung, die die Effekte evaluiert? Das wäre eine wesentliche Herausforderung, die im Gesetzentwurf überhaupt gar nicht klar wird und die auch nicht intern geregelt werden kann, indem man Monitoring-Daten vielleicht querschaltet. Danke aber für die Frage.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Wagner.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die BVKJ. Wie bewerten Sie den Plan im Rahmen des BIPAMP, ein Panel für Kinder und Jugendliche aufzubauen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Hilber, bitte sehr.

**Simon Hilber** (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen (BVKJ)): Vielen Dank für die Frage. Wir begrüßen das natürlich sehr, dass da ein Panel aufgebaut werden soll und die KiGGS-Studien so weitergeführt würden. Wir halten solche Daten tatsächlich für unverzichtbar. Außer den Schuleingangsuntersuchungen und dem KiGGS haben wir keine repräsentativen Quer- und Längsschnittdaten zur Kindergesundheit in Deutschland. Es gibt zwar von den Krankenkassen sporadisch Berichte, die sie auf der Basis von KBV-Abrechnungsdaten haben. Das ist sicher sehr verdienstvoll, aber dort findet keine Verknüpfung mit anderen wichtigen Daten statt. Wir haben sehr hohe Fallzahlen bei den KiGGS gehabt, ich glaube über 10 000, so lassen sich dann Regressionsanalysen darstellen. Wir können die Beziehungen zwischen verschiedenen Variablen herstellen und so weiter. Also nur mal, um zu erläutern, was das für Themen betrifft: Es geht um die psychosozialen Risikofaktoren bei Kindern, Aussagen zu ADHS, Sozialverhalten, Mediennutzung, Betreuung chronisch kranker Kinder, zum Beispiel auch, wie entwickeln sich ehemalige Frühgeborene, die Teilnehmerquoten bei den U-Untersuchungen. Es sind sehr viele Themen, bei denen der Finger in die Wunde gelegt werden kann, wo wir auch nicht nur anekdotische Evidenz haben, sondern auch zu sozioökonomischen Einflussfaktoren, zum Beispiel beim Thema Ernährung. So können wir dann wirklich sinnvolle Präventionsempfehlungen und Handlungsempfehlungen in die Politik hineintragen. Das wäre sehr wichtig. Die letzte KiGGS-Studie stammt von 2017. Das heißt, wir haben keine Daten über die Entwicklung nach Corona.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Lütke, bitte.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Vielen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. In Ihrer Stellungnahme, und da zitiere ich, sprechen Sie von der „Notwendigkeit der Vernetzung mit Akteuren auch aus anderen Politikfeldern jenseits des Gesundheitsbereiches.“ Welche könnten die sein? Welche Vorteile erhoffen Sie sich für das Bundesinstitut davon? Vielleicht können Sie auch noch ein, zwei Worte dazu sagen, welche Möglichkeiten Sie sehen, eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen den Akteuren zu gestalten.



Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Neumann-Grutzeck, bitte sehr.

**Christine Neumann-Grutzeck** (Bundesärztekammer (BÄK)): Vielen Dank. Also als Teil der Prävention von Krankheiten ist es wichtig, auch wenn wir das Ziel einer besseren Gesundheit in der Gesamtbevölkerung haben wollen, dass wir die gesundheitlichen Chancengleichheiten mit aufnehmen, weil das eben ein ganz wichtiger Part ist, den wir in dem Zusammenhang für ganz wichtig halten. Wir sehen halt die Lebenserwartung, die deutlich abhängig ist von sozialen Indikatoren. Da sehen wir als Beispiel eine niedrigere Lebenserwartung, abhängig vom Standard der Einkommensgruppe bei Männern zum Beispiel. So als Beispiel gesagt, 27 Prozent der Männer in niedrigeren Einkommensgruppen sterben vor dem 65. Lebensjahr, bei nur 14 Prozent in den höheren Gruppen. Wir können es auch am Lebensalter und an vielen Aspekten sichtbar machen. Neben Verhaltens- gibt es eben auch die Verhältnisprävention. Das ist auch alles schon angesprochen worden heute. Um das zu gewährleisten, ist es eben wichtig, dass wir Health in All Policies wahr machen und nicht nur als Schlagwort haben, sondern auch real machen. Dazu gehört eben die ressortübergreifende Zusammenarbeit in allen Bereichen, zum Beispiel in den Behörden. Da würden wir uns auf Bundesebene – BMG, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMFSFJ – eben sehen, dass die ganzen Bereiche, die die Gesundheit betreffen, Arbeitsumfeld, soziale Indikatoren, dass die mit aufgenommen werden, die Situation der älteren Bevölkerung. Insofern sehen wir, dass diese Zusammenarbeit stattfinden muss und dieses natürlich auch mit den dort nachgeordneten Behörden. Insofern fänden wir es wichtig, hier tätig zu sein. Ein Beispiel wäre zum Beispiel – etwas, was es schon gibt, man muss nicht alles neu erfinden –, den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, wenn man die weiter stärkt. Da sind 75 Akteure aus den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention drin. Das wäre auch so ein Bereich, den wir sinnvoll hätten zu stärken, als gutes Beispiel.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Lütke, bitte sehr.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Vielen Dank. Meine nächste Frage richtet sich dann an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Im Zuge des Gesetzes ist auch die Einführung einer sogenannten favorisierten Apotheke für ambulant versorgte Pflegebedürftige vorgesehen. Wie bewerten Sie dieses Vorhaben auch hinsichtlich der Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und welche Bedeutung kommt vor diesem Hintergrund der schnellstmöglichen Anwendung des Apotheken-Ident-Verfahrens zu, was ebenfalls mit diesem Gesetz vorangebracht werden soll?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Grote, bitte.

**Norbert Grote** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)): Keine Interessenskonflikte. Wir begrüßen das ausdrücklich. Diesem Thema kommt eine große Bedeutung zu, insbesondere für viele Pflegebedürftige in der Häuslichkeit, die keine professionelle Unterstützung bekommen. Das ist die größte Gruppe. Von daher ist das natürlich ausdrücklich zu begrüßen. Jetzt ist aber das eine, was zu begrüßen ist und das andere, wo wir eigentlich in der Umsetzung stehen. Ohne das Apotheken-Ident-Verfahren wird es nicht funktionieren. Es wird auch nicht funktionieren ohne E-Rezept-Apps, die auch noch nicht in der Breite – ich glaube noch nicht mal in der allgemeinen Bevölkerung und erst recht nicht bei Pflegebedürftigen und An- und Zugehörigen – bestehen. Das heißt, es wird im Wesentlichen darauf ankommen, wie man jetzt die Struktur dieser Apotheken-Ident-Verfahren, wie man die hinbekommt. Da würden wir uns natürlich freuen, wenn das schnell gehen würde, sonst wird es nicht klappen. Aber hilfreich. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Lütke, ganz kurz noch eine Frage.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Vielleicht noch eine anschließende Frage zum Thema der Änderungsanträge, die die heimversorgenden Apotheken betreffen. Was wäre hier aus Ihrer Sicht wichtig, was bei der Umsetzung beachtet werden müsste?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Grote, bitte.



**Norbert Grote** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)): Auch das begrüßen wir ausdrücklich. Hier ist allerdings ein nicht unwichtiger Player – nämlich die Pflegeheime – aus unserer Sicht im Gesetz vergessen worden, weil wir natürlich zukünftig, wenn die Verfahren so laufen zwischen Apotheke und Ärzten, die Schnittstelle Pflegeheime immer noch mitdenken müssen. Hier sehen wir keine Pflichten der Kommunikation, der Information, die die Pflegeheime aber brauchen. Die Kooperationsverträge, die zwar vom Grundsatz her bestehen, sind kein geeignetes Instrumentarium, da die alle angepasst werden müssten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Jetzt geht das Frage-recht erneut an die AfD. Herr Dietz, bitte.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine Frage geht an Prof. Dr. Cornelia Betsch. Die politische Vereinbarung der Ampelregierung zur Errichtung eines Bundesinstituts folgt nach Angaben der Bundesregierung unter anderem den Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie. Zu den Aufgaben des neuen Instituts soll auch eine evidenzbasierte, zielgruppen-spezifische, insbesondere auf vulnerable Bevölkerungsgruppen ausgerichtete Kommunikation gehören. Wie kann aus Ihrer Sicht gewährleistet werden, dass das geplante Institut der Öffentlichkeit nicht nur politisch opportune, aber wissenschaftlich fragwürdige Maßnahmen gegenüber politisch unbequemen, aber inhaltlich richtigen Vorschlägen bevorzugt? Zumal das neue Institut dem BMG ebenso weisungsgebunden unterstehen soll wie das RKI, von dem wir spätestens seit Veröffentlichung der RKI-Protokolle wissen, dass es keineswegs unabhängig Empfehlungen und Einschätzungen geben konnte und kann. Inwiefern waren Sie in die Konzeption und die Forschungsarbeiten des neuen Instituts eingebunden, beziehungsweise inwiefern werden Sie künftig in die Forschungsarbeiten und die Konzeption von Kommunikationsstrategien des Instituts eingebunden sein?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Betsch.

**Prof. Dr. Cornelia Betsch** (Universität Erfurt, Institute für Planetary Health Behaviour): Vielen Dank. Ich glaube, erst mal in der Pandemie haben wir gesehen, wie wichtig es ist, auch vulnerable Gruppen

im Blick zu haben. Wir haben gesehen, dass sehr viele Leute, die vielleicht aus sozialschwächeren Verhältnissen kamen oder nicht als Muttersprache Deutsch hatten, in den Krankenhäusern gelandet sind. Ich denke, dass eine Bedarfsermittlung, die datenbasiert ist, vorher auch sehr gut einschätzen kann, was vulnerable Gruppen sind und dann auch mit Interventionen auf diese Gruppen gut zugehen kann. Es wurde hier schon mehrfach angesprochen, dass die Wichtigkeit eines solchen Instituts auch ist, dass vertrauensvolle Kommunikation stattfindet, dass sie evidenzbasiert ist, dass sie wissenschaftsbasiert ist, dass dafür ein Beirat wichtig ist und dadurch irgendwie auch die Wissenschaftlichkeit der kommunizierten Inhalte und natürlich auch der Intervention gewährleistet ist. Ich selbst war auch im Corona-ExpertInnenrat und dort haben wir die Stellungnahme 5 zum Thema Kommunikation entwickelt. Die kann ich nach wie vor sehr empfehlen. Ich bin auch Teil des Mitglieds des Behavioral Science Connect Netzwerks, dort haben wir auch eine Stellungnahme verfasst, die alle diese Punkte noch mal unterstreicht. Da ist das alles auch noch mal nachlesbar. Die sind also auch in diesen Prozess so eingegangen. Außerdem habe ich teilweise zum Thema Gesundheitskommunikation mich näher mit dem Gesundheitsministerium ausgetauscht und wir arbeiten auch in Projekten zum Thema Gesundheitskommunikation mit dem BMG zusammen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dietz.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Ich frage den GKV-Spitzenverband. In die Analysen des neuen Instituts sollen unter anderem Daten der gesundheitlichen Versorgung der GKV und sonstiger Körperschaften der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel der Früherkennung, einfließen. Diese Aufgaben wurden laut Gesetzesentwurf von sachbezogenen Forschungsprojekten beteiligt, die eng mit der nationalen, europäischen und internationalen Forschungslandschaft verknüpft werden. Wer sind nach Erkenntnis des GKV-Spitzenverbandes jeweils die Akteure in diesen Forschungslandschaften? Gehören dazu auch Pharma- und Versicherungsunternehmen? Inwiefern bzw. wo und wie werden die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen im Detail darüber informiert, welche ihre Gesundheitsdaten von wem, für welche Zwecke genutzt werden?



Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Hupfeld, bitte.

**Jens Hupfeld** (GKV-Spitzenverband): Das Bundesinstitut hat wichtige Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Dazu gehört zum Beispiel auch die Gesundheitsberichterstattung und das Gesundheitsmonitoring, die das Bundesinstitut vom RKI entnehmen soll. Das Bundesinstitut soll relevante Informationen zu Gesundheitsbedingungen, zu gesellschaftlichen und individuellen Gesundheitsdeterminanten und zum Gesundheitszustand der Bevölkerung für den Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz beisteuern. Diese Aufgaben müssen planbar und langfristig gesichert finanziert umgesetzt werden. Das ist ein wichtiger Punkt. Hier ist eine Verzahnung mit der Nationalen Präventionskonferenz wichtig. Das sind ganz wichtige Aufgaben, um dann entsprechend auch Maßnahmen, entsprechende Präventionspotenziale und Bedarfe planen zu können. Von daher ist eine wichtige Verzahnung mit der Nationalen Präventionskonferenz herzustellen. Das muss auch möglich sein. Das ist eine wichtige Aufgabe des neuen Gesundheitsinstituts.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Jetzt geht das Fragerecht an die Union. Herr Rüddel, bitte.

Abg. **Erwin Rüddel** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an den Herrn Prof. Dr. Geene. Welche konkreten Mechanismen sollten seitens des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte geplant werden, um Falschinformationen effektiv zu bekämpfen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Geene.

**Prof. Dr. Raimund Geene** (Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health): Vielen Dank für die Frage. Wir haben darin ein Positivbeispiel der vorangegangenen Pandemie oder jedenfalls ähnlich behandelt, nämlich die Frage der Aidsprävention. In der Frage der Aidsprävention ist es gelungen, eben ganz anders als jetzt im Rahmen von Corona, wo sich eher Falschinformationen gebündelt haben oder das eher polarisiert ist, mit den Adressatengruppen, den Bevölkerungsgruppen selber direkt zusammenzuarbeiten. Dadurch ist es

auch im Rahmen der Aidsprävention gelungen, dass es eigentlich Verschwörungstheorien oder Falschinformationen nur ganz am Rande gegeben hat und die auch quasi in dem Diskurs mit aufgefangen werden konnten. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, den wir auch für die Zukunft lernen müssten. Denn auch Fragen von Falschinformationen in bestimmten Blasen, in bestimmten Meinungsklustern entstehen speziell immer dort, wo es eben keine Kommunikation und keine Zusammenhänge mehr gibt. Daher ist es immer ganz wichtig, dass man diesen offenen Kommunikationsprozess organisiert und fährt auch nicht nur als eine Frage von Alibi-Partizipation, sondern tatsächlich auch Adressatengruppen, Bevölkerungsgruppen, betroffene Gruppen einbindet. Mustergültig in dem Zusammenhang und auch international häufig herangeführt oder zitiert ist das Beispiel von der BZgA und der Bundeshilfe, die mal eben so zwei Säulen schaffen konnten. Das ist ein Bereich, den man sich auch unbedingt für die weitere Arbeit des Bundesinstituts als erfolgreiches Modell auf die Fahnen schreiben sollte, dass man hier immer wieder versucht, nicht über Schubladen zu arbeiten, sondern konkret die Menschen auch in den sozialen Belastungslagen mit hereinzuholen. Denn in dem Sinne wird ja auch häufig gesagt: Gesundheitsförderung ist Demokratieförderung. Das kann man gar nicht genug betonen, diesen Punkt. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Föhr.

Abg. **Alexander Föhr** (CDU/CSU): Danke sehr. Eine Abschlussfrage. Sie geht die an den BVMed. Wie bewerten Sie den fachfremden Änderungsantrag zur Verlängerung der Übergangsfrist bei Wundaufgaben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, damit die Übergangsfrist im nächsten Jahr nicht erneut verlängert werden muss?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Pohl, bitte sehr.

**Juliane Pohl** (Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)): Keine Interessenkonflikte. Die Übergangsfrist, auf die Sie ansprechen und innerhalb der beispielsweise antimikrobiell wirkende Wundaufgaben ihren Nutzen nachweisen müssen vor dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), endet derzeit im Dezember 2024. Die Erstattungsfähigkeit



dieser Produkte entfällt dann, sofern der Nutzenmaßnachweis nicht erbracht werden konnte. Der Änderungsantrag sieht nur eine Verlängerung um ein Jahr vor, was wir an sich begrüßen. Jedoch ist es so, dass nach wie vor Unklarheit besteht, welche Bewertungskriterien heranzuziehen sind bei der Bewertung der Produkte, also Endpunkte, Studiendesign etc., die maßgeblich sind für die Bewertung der Produkte. Der G-BA hat nun das IQWiG beauftragt, Klarheit zu schaffen. Das Gutachten wird voraussichtlich im Frühjahr vorliegen. Aber die sich anschließenden Prozesse, also die Bewertung des Gutachtens im G-BA, das Beratungsverfahren, das Antragsverfahren etc. werden weitere Zeit in Anspruch nehmen. Das heißt, die Bewertung der Produkte ist auch nicht bis Dezember 2025, also mit einem Jahr Übergangsfrist machbar, wenn wir über unzählige Wundprodukte sprechen. Das heißt, trotz einiger Verlängerung würden die Wundprodukte aus der Versorgung rausfallen, ohne dass überhaupt die Möglichkeit bestünde, die Bewertung durchzuführen - das dann mit beträchtlichen Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen. Das heißt, wir sprechen uns aus für zwei Jahre Verlängerung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Nun geht das Frage recht nochmal an die SPD. Frau Baehrens.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an den GKV-Spritzverband. Der Änderungsantrag 7 sieht Anpassungen bei den Energiehilfen für Pflegeeinrichtungen vor. Halten Sie es für sachgerecht, dass die nicht abgerufenen Mittel für die Deckung von Pandemiekosten umgewidmet werden, um so die Liquidität der Pflegeversicherung zu sichern? Wären darüber hinaus weitere Maßnahmen, zum Beispiel Beitragssatzanpassung erforderlich, um die Pflegeversicherung über den Legislaturperiodenwechsel zu stabilisieren?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Hupfeld, bitte.

**Jens Hupfeld** (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage, Frau Abgeordnete. Eine Umwidmung von nicht abgerufenen Bundesmitteln für Energiehilfen zur Deckung der Pandemiekosten erscheint aus Sicht der sozialen Pflegeversicherung für sachgerecht. Allerdings können diese Mittel angesichts des hierfür insgesamt bereitgestellten

Gesamtvolumens von zwei Milliarden Euro nicht annähernd die bislang noch nicht gegenüber der Pflegeversicherung ausgeglichenen Pandemiekosten ausgleichen. Diese betragen 5,3 Milliarden Euro. Gleichwohl wäre die Umwidmung ein zu begrüßender Beitrag zur Sicherung der Liquidität des Ausgleichsfonds und damit auch der Pflegekassen. Weitere Maßnahmen sind darüber hinaus in jedem Fall erforderlich, um die Finanzierung der Pflege im kommenden Jahr zu sichern. Da die neuen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für das Jahr 2025 noch immer nicht veröffentlicht wurden und auch die weiteren Maßnahmen zur Finanzstabilisierung im Rahmen der angekündigten Reform der Pflegefinanzierung unbekannt sind, lässt sich der konkrete Umfang der zusätzlich erforderlichen Mittel für die Pflegeversicherung derzeit nicht beziffern. Auch aus verfahrenstechnischen Gründen ist es dringend nötig, dass wir Klarheit bekommen, erstens über die konkreten Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung, zweitens über die Maßnahmen zur Liquiditätssicherung des Ausgleichsfonds im kommenden Jahr. So müssten die Pflegekassen jetzt zeitnah wissen, welche Leistungsbeträge sie für 2025 in ihre Software einpflegen müssen. Ausgehend von einem bislang nach geltendem Recht erwarteten Defizit der Pflegeversicherung für 2025 von 3,4 Milliarden Euro ist jedoch davon auszugehen, dass eine zusätzliche Beitragsanhebung unvermeidlich ist, sofern nicht weitere Bundesmittel zur Verfügung gestellt werden. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Baradari.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Center for Planetary Health, Frau Wabnitz. Im Zuge des Klimawandels sehen wir uns auch in Deutschland zunehmend mit umwelt- und klimabedingten Herausforderungen für die Öffentliche Gesundheit konfrontiert. Was kann aus Ihrer Sicht das neu zu gründende Bundesinstitut leisten, um die Bevölkerung bestmöglich zu schützen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Wabnitz, Sie sind online dabei.

**Katharina Wabnitz** (Center for Planetary Health (CPHP)): Dankeschön. Ich bedanke mich im Namen



des Center for Planetary Health Policy für die Möglichkeit, hier teilzunehmen und für die Frage. Ich und wir haben keine finanziellen Interessenkonflikte in Bezug auf den Beratungsgegenstand. Ich würde gerne drei große Handlungsfelder für ein Bundesinstitut skizzieren, um die Gesundheit der Bevölkerung bestmöglich vor den Auswirkungen von Klima- und Umweltveränderungen zu schützen. Das erste Handlungsfeld ist Monitoring und Evaluation, also die Erhebung von Daten hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen der Klima- und Umweltveränderungen der aktuellen und zukünftigen dadurch entstehenden Krankheitslasten und ihrer Verteilung innerhalb und zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Kurz gesagt: klima- und umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring, Vulnerabilitäts- und Risikoanalysen und die Entwicklung entsprechender Indikatoren. Der zweite Punkt, prospektive sowie begleitende Erhebung bzw. Evaluation der Auswirkungen von politischen Maßnahmen, und zwar aller Ressorts auf Klima, Umwelt und Gesundheit. Das Stichwort ist hier Gesetzesfolgenabschätzung, wobei das Augenmerk auf der Ausschöpfung von Co-Benefits, also von Mehrgewinnen für diese drei Bereiche liegen sollte. Da Klimagesundheit vor allem über die Gestaltung der Verhältnisse, in denen Menschen leben, bedingt wird, ergibt sich daraus eine politische Verantwortung aller Ressorts, was jetzt auch schon mehrfach anklang. Dieser ressortübergreifende Fokus muss sich in der Legitimation und institutionellen Verankerung dieses Bundesinstituts widerspiegeln. Das zweite Handlungsfeld ist Beratung und Wissenschaft. Darunter fällt die evidenzbasierte Beratung politischer Entscheidungstragender, was Maßnahmen mit dem besten Verhältnis von Mehrgewinnen für Gesundheit, Klima und Umwelt angeht, und zwar eben, wie gesagt, ressortübergreifend und nicht nur am BMG. Darunter fällt auch die Entwicklung konkreter Ziele für den Bereich Klima, Gesundheit, zum Beispiel im Kontext der deutschen Anpassungsstrategie, die sich dann mindestens zu gleichen Teilen auf die Verhältnis- und Verhaltensveränderungen beziehen sollten. Aktuell sieht die deutsche Anpassungsstrategie vier Ziele im Cluster Gesundheit vor, die allesamt rein verhaltensorientiert sind. Darunter fällt auch die Antwort auf klima- und umweltbedingte Gesundheitsgefahren, wie zum Beispiel Hitzewellen oder die Entstehung und Verbreitung neuer Erreger, zum Beispiel

durch die Entwicklung von Musterhitzeaktionsplänen oder andere Formen von Richt- und Leitlinien für Akteure in den Versorgungswesen im ÖGD und in den Kommunen. Das letzte Handlungsfeld ist Advocacy und Bildung, das heißt also die Bereitstellung von Informationen und Bildungsmaterialien für die Bevölkerung und für das Fachpersonal und die Etablierung effektiver Strukturen und Prozesse für gesundheitsbezogene Risikokommunikation im Kontext Klima und Umwelt. Zusammenfassend sollte also ein Bundesinstitut, welches einen greifbaren...

Die **amtierende Vorsitzende**: Das reicht, wird mir hier angezeigt, Frau Wabnitz. Sie haben das hervorragend beantwortet. Danke. Herr Heidenblut stellt die voraussichtlich letzte Frage dieser Anhörung.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände. Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, den Adressatenkreis des Änderungsantrags 5 auf alle Betroffenen auszuweiten, die Botendienste in Anspruch nehmen? Wie könnte man den Personenkreis dann eingrenzen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Fix, bitte.

**Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Vielen herzlichen Dank. Änderungsantrag 5 betrifft wahrscheinlich die favorisierten Apotheken. Es ist zunächst mal gut, dass diejenigen Pflegebedürftigen, die keinen Pflegedienst haben, hier einen besseren Zugang bekommen. Dahingehend unterstützen wir den Vorschlag uneingeschränkt. Perspektivisch ist es jedoch erforderlich, dass auch die ambulanten Pflegedienste an den Fachdienst angeschlossen werden, um das E-Rezept zu übermitteln. Da sehen wir auch im Übrigen für den stationären Bereich die Kritik. Wir wollen keine Direktzuweisung zwischen Arzt und Apotheke, sondern – Herr Grote hat es auch schon gesagt – das Pflegeheim muss immer als aktiver Akteur in der Kette dazwischengeschaltet sein, weil es für die Medikamentenversorgung zuständig ist. Das gilt dann auch für den ambulanten Pflegedienst. Wenn er das Medikamentenmanagement übernommen hat, dann ist auch er verantwortlich. Insoweit brauchen wir da eine



Erweiterung. Beide Einrichtungen, stationär und ambulant, sollen an den Fachdienst angeschlossen werden. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Damit sind wir am Ende unserer Anhörung angelangt. Ich danke Ihnen ganz herzlich, die Sie hier in Präsenz dabei waren, die Expertinnen, die online dabei waren, für Ihre sehr fachkundigen Antworten, den Abgeordneten für die präzisen Fragen. Sie haben uns sehr geholfen. Das fließt jetzt alles, genau wie die Stellungnahmen, in die weitere Bearbeitung dieses Gesetzesvorhabens ein, ins parlamentarische Verfahren. Dann darf ich Ihnen noch einen guten Abend wünschen. Kommen Sie gut nach Hause.

Schluss der Sitzung: 19:11 Uhr

gez.

**Dr. Kirsten Kappert-Gonthier**  
Amtierende Vorsitzende