

2. Phänomenologische Betrachtung zu „Weiße-Kittel-Kriminalität“

Manipulationen und Missbrauch im Gesundheitswesen betreffen einen bedeutenden Teil unseres sozialen und wirtschaftlichen Lebens. Von den betreffenden Taten geht eine hohe Sozialschädlichkeit aus, die sich unter anderem in einer Vielzahl an Opfern und Einzeltaten ausdrückt. Zudem entfaltet das strafrechtliche Fehlverhalten von Leistungserbringern eine korrumptierende Sog- und Spiralwirkung auf Mitbewerber, Konkurrenten und Berufsangehörige. Diese werden zu ähnlichem Verhalten gezwungen, um auch vom „Sozialkuchen Gesundheitswesen“ profitieren zu können.⁵⁶ Jedes Delikt kann also Ausgangspunkt eines angepassten Fehlverhaltens sein. Im Folgenden werden einige Fallvarianten von „Weiße-Kittel-Kriminalität“ exemplarisch dargestellt.

2.1 Fallvarianten des Abrechnungsbetruges

Beim Abrechnungsbetrug zum Nachteil von Krankenkassen und Kassen(zahn)-ärztlichen Vereinigungen gibt es eine Fülle verschiedener Fallvarianten. Pflegedienste, die Rente verstorbener Patienten kassieren⁵⁷, ein Arzt, der den Meniskus eines Patienten schädigt, um ihn dann aus „abrechnungstechnischen Gründen“ zu entfernen, Doppelabrechnung gegenüber dem Privatpatient und der KK bzw. KV, Pflegedienste mit „doppelter Buchführung“, regelmäßiges Einlesen von Patienten, die nicht (mehr) behandelt werden, (sog. Chipkarten-, „Busse“) sind nur einige Beispiele von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen. „Dem Erfindungsreichtum und der Fantasie des einzelnen Arztes sind hier keine Grenzen gesetzt.“⁵⁸ Nachfolgend werden typische Fallvarianten des Abrechnungsbetruges für den vertrags- und privatärztlichen Bereich genannt⁵⁹:

56 Vgl. Hempler: Abrechnungsmanipulationen, S. 27f.; Wabnitz u. a.: Handbuch des Wirtschafts- und Steuerstrafrechts, S. 19, Rd. 17.

57 Weitere Fallvarianten siehe Kondziela, in: Korruption und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, S. 64 ff.

58 Janovsky, in: Handbuch des Wirtschafts- und Steuerstrafrechts, S. 698, Rd. 12.

59 Siehe auch KBV (Hrsg.): § 6 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen, S. 4. Bundeskriminalamt (Hrsg.): Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2001, S. 184; Dessim: Abrechnungsbetrug durch Ärzte und andere Angehörige medizinischer Berufe, S. 400 ff.

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.
- Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen.
- Konsequent unwirtschaftlich abgerechnete Leistungen (strittig:⁶⁰).
- Abrechnung medizinisch nicht indizierter bzw. nicht erforderliche Leistungen.⁶¹
- Abrechnung von medizinisch sinnvollen, aber (noch) nicht anerkannten Leistungen.
- Abrechnung bei unzulässigem Beschäftigungsverhältnis oder bei vorgetäuschter Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis.⁶²
- Abrechnung von Leistungen ohne vorliegenden Fachkundenachweis und fehlender Prüfung der Geeignetheit der vorgehaltenen medizinischen Geräte durch die KV (sog. Abrechnungsverbot).⁶³
- Rabattbetrug: Gewähren von Barrückzahlungen und Rabatte (z. B. für Sprechstundenbedarf) an Ärzte ohne Weitergabe der Mehreinnahmen an die Krankenkassen als Kostenträger.⁶⁴
- Betrugsverfahren betreffend privatärztliche Verrechnungsstellen.⁶⁵

Einige Fallgruppen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind ebenso für den Bereich der Privatliquidation gültig, wie etwa die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen. Da der Patient im Rahmen der Privatliquidation die Rechnung des Arztes unmittelbar erhält, scheiden hier Fallgruppen aus, die im Zusammenhang mit der Manipulation des Gesamt- bzw. Honorarverteilungsplanes stehen. Andere Fallgruppen, wie Betrug bei wahlärztlichen Leistungen im Krankenhaus kommen für den Bereich der Privatliquidation hinzu.⁶⁶

Anlässlich der 3. Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV (2001) wies Rehborn auf Abrechnungsmanipulationen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung hin.⁶⁷ Im Folgen-

60 Teyssen, in: Arzt und Abrechnungsbetrug, S. 50. Anderer Auffassung Hess, in: Arzt und Abrechnungsbetrug, S. 46f.; Hellmann u. a.: Der ärztliche Abrechnungsbetrug, S. 91ff.

61 Vertiefend zur Materie medizinisch nicht notwendiger Leistungen siehe Hellmann u. a.: Der ärztliche Abrechnungsbetrug, S. 141 – 144.

62 Zur Unterscheidung zwischen Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft siehe: Hellmann u. a.: Der ärztliche Abrechnungsbetrug, S. 6f.

63 Vertiefend Schnapp u. a.: Handbuch des Vertragsarztrechts, S. 508.

64 Vertiefend Hellmann u. a.: Der ärztliche Abrechnungsbetrug, S. 145 – 147.

65 Verrechnungsstellen bieten etwa den Service der „maximalen Abrechnung“, bei der die Gebührenziffern zu einer vom Arzt gestellten Diagnose sinnvoll ergänzt werden, siehe Janovsky, in: Handbuch des Wirtschafts- und Steuerstrafrechts, S. 708, Rd. 61.

66 Siehe weiterführend Kondziela in: Korruption und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, S. 62ff.; Hellmann u. a.: Der ärztliche Abrechnungsbetrug, S. 117ff.; Dahm: in: Plausibilitätsprüfung, Rechtsfragen der Gemeinschaftspraxis, Abrechnungsmanipulation, S. 237 – 256.

67 Rehborn, in: Plausibilitätsprüfung, Rechtsfragen der Gemeinschaftspraxis, Abrechnungsmanipulation, S. 257 – 273.

den werden zwei Fallvarianten des Abrechnungsbetruges, welche die Delikte in qualitativer und quantitativer Hinsicht besonders charakterisieren, vertiefend behandelt.

2.1.1 Abrechnung nicht erbrachter Leistungen

Bei der Methode, dass auf den Krankenscheinen der Patienten nicht erbrachte Leistungen aufgeführt und den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden,⁶⁸ handelt es sich um die am weitesten verbreitete Variante des Abrechnungsbetruges zum Nachteil der Krankenversicherung bzw. Kas- senärztlichen Vereinigungen.⁶⁹ Bei der Abrechnung nicht erbrachter Leis- tungen sind drei Fallgruppen zu unterscheiden:⁷⁰

- a) Luftabrechnungen
- b) eine Leistung wurde erbracht, es wird jedoch eine höher vergütete nicht erbrachte Leistung abgerechnet
- c) Leistungssplitting

Zu a) Bei **Luftabrechnungen** wird eine fingierte Leistung abgerechnet. Vornehmlich am Quartalsende wird der Behandlungsschein um nicht erbrachte Leistungen ergänzt. Aus dem Bereich des Rezeptbetruges sind Fälle einer klassischen „Win-Win-Situation“ zwischen Arzt und Apotheker bekannt. Hierbei stellt der Arzt gegen Provision bzw. Rückvergütungen Rezepte auf Patienten aus, ohne dass diese die Arznei jemals erhalten haben. Der Apotheker rechnet seinerseits diese Luftrezepte gegenüber der KK ab, ohne die Arznei herauszugeben. „Patienten kommen [beispielsweise] mit einem Rezept über das Potenzmittel „Caverject“ in die Apotheke, wollen jedoch Viagra ausgehändigt bekommen. Der Patient gibt an, dass ihm das sein Arzt versprochen hätte. Der Arzt versieht die Rezepte mit einem gelben Klebezettel, worauf er „Viagra 100“ notiert. Tatsächlich ist das Potenzmittel „Caverject“ teurer als Viagra. Die Apotheker rechnen gegenüber der KK das teure Rezept ab, geben jedoch nur Viagra aus. Die Differenz des Betrages teilen sich dann Apotheker und Arzt gemäß ihrer Absprache.⁷¹ Nicht nur die KK tritt hier als Geschädigte dieser Geschäfts- praxis auf. Bei Menschen mit Herz-Kreislaufschwäche kann Viagra zur töd- lichen Gefahr werden, so dass die Verschreibung und Ausgabe von „Caver- ject“ medizinisch notwendig sein kann. Die Methode des Rezeptbetruges

⁶⁸ Dies bestätigen auch erste Zwischenergebnisse einer aktuellen Studie der Universität Hannover zu Betrug im Gesundheitswesen, wonach in 22 % der untersuchten Fälle Luftleistungen und in 10,9 % höherwertige Leistungen abgerechnet wurden, s. Meier: Betrug im Gesundheitswesen.

⁶⁹ Das bestätigt auch eine Studie der Universität Hannover siehe Homann: Betrug in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 310.

⁷⁰ Hess, in: Arzt und Abrechnungsbetrug, S. 36 ff.

⁷¹ Michels: Weiße Kittel – dunkle Geschäfte, S. 61 ff.

steht in der Praxis auch häufig im Zusammenhang mit der Anforderung von Sprechstundenbedarf.⁷² Diesen darf der Arzt über ein Sprechstundenbedarfsrezept in der Apotheke nach den Regelungen über die Verordnung von Sprechstundenbedarf der KK und KV erwerben. „Als Sprechstundenbedarf gelten nur solche Mittel, die bei mehr als einem Berechtigten regelmäßig mit einem nur geringen Teil einer Einzelpackung in den Behandlungsräumen des Arztes angewendet werden oder bei Notfällen zur Verfügung stehen müssen.“⁷³ Tatsächlich wird der Sprechstundenbedarf unzulässigerweise für Privatpatienten verwendet und ihnen in Rechnung gestellt oder Rezepte im Tausch mit Privatgütern für den Arzt verwendet. Janovsky spricht in diesem Zusammenhang von einem kriminellen Netzwerk zwischen Ärzten und Apothekern.⁷⁴ Auch Tauschgeschäfte zwischen Apothekern und Patienten sind bekannt. Dem Patienten, vor allem Drogen- und Medikamentenabhängigen, werden anstelle der auf dem Rezept notierten Medikamente nicht-medizinische Artikel, wie Alkohol oder Kosmetika ausgegeben. Die Apotheke rechnet ihrerseits das Rezept jedoch gegenüber der KV ab. Die Kriminalpolizeiinspektion Amberg bearbeitete 2002 beispielsweise einen Fall des Abrechnungsbetruges zum Nachteil der Krankenkassen durch betrügerisches Zusammenwirken einer Patientin und zweier Apotheker aus Schwandorf. Rezepte für das teure Medikament Sandium wurden in Apotheken gegen Waren aus dem gesamten Sortiment eingelöst. Der Gesamtschaden belief sich auf ca. 63.000,- Euro.⁷⁵

Neben Betrug wird auch der Tatbestand der Urkundenfälschung erfüllt, wenn Apotheker nachträglich veränderte Rezepte gegenüber den Krankenkassen abrechnen.

Zu b) Bei dieser Fallvariante entsteht der „[...] Schaden [...] in der Differenz zwischen dem abgerechneten und dem richtigerweise anzusetzenden Steigerungssatz und dem daraus resultierenden [Euro-]Betrag.“⁷⁶ Diese Betrugsform kommt vielfach bei Privatpatienten zum Tragen, wenn unberechtigt ein höherer Gebührensatz nach der GOÄ abgerechnet wird. Mit dem geänderten Abrechnungsverfahren für stationäre Behandlungen im Krankenhaus auf der Grundlage von Pflegesätzen (diagnoseabhängige Fallpauschalen und Sonderentgelte, gemäß §§ 10 Bpfl V)⁷⁷ seit 2007, ist die Gefahr dieser unzulässigen „Abrechnungsoptimierung“ gestiegen. So sind Fälle denkbar bei denen einfach gelagerte Behandlungsvorgänge als höher vergütete Fälle mit Komplikationen abgerechnet werden. Durch die fälsch-

72 Hempler u. a.: Abrechnungsmanipulationen, S. 89.

73 Hempler u. a.: (Fn. 72), S. 62.

74 Janovsky, in: Handbuch des Wirtschafts- und Steuerstrafrechts, S. 721, Rd. 116.

75 Bundeskriminalamt (Hrsg.): Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2002, S. 76.

76 Hellmann u. a., in: Der ärztliche Abrechnungsbetrug, S. 119, Rd. 352.

77 Sonderentgelte werden für einzelne Leistungskomplexe eines Behandlungsfalles bezahlt.

licherweise höhere Abrechnung von Leistungen in einem Quartal erhöht der Leistungserbringer die eigene durchschnittliche Fallzahl und kann im Folgequartal für die gleiche Gesamtleistung ein höheres Honorar ohne Kürzungen der KV erhalten.⁷⁸

Zu c) Beim **Leistungssplitting** werden Leistungen wegen des Verbotes der Nebeneinanderberechnung von bestimmten Behandlungen pro Behandlungstag auf mehrere Abrechnungstage verteilt und dann gegenüber der jeweiligen KK abgerechnet. Hintergrund ist, dass in bestimmten Leistungsziffern mehrere Behandlungsschritte abgegolten und daher nicht einzeln vergütungsfähig sind. Fraglich ist, wie die Frage der Strafbarkeit zu beantworten ist, wenn der Arzt eine andere Leistung als erbracht abgerechnet, beide Leistungen jedoch gleichwertig sind und demnach das gleiche Honorar bringen. Mit dieser Abrechnungspraxis wollen einige Ärzten einer eventuellen Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigung entgehen, die bemerken könnte, dass über dem Durchschnitt abgerechnet wurde. Dr. Rainer Hess, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Köln)⁷⁹ spricht davon, dass sich der betreffende Arzt durch die Abrechnung einer nicht erbrachten Leistung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigung entziehen will und damit auf weniger Kürzungen in diesem Leistungsbereich spekuliert. Daher verschaffe sich der Arzt einen Vermögensvorteil, so dass der Straftatbestand des Betruges geprüft werden müsse. Michels schildert aus ihrer Erfahrung als Chef-ermittlerin der KKH einen Fall, bei dem mehrere Ärzte einer Klinik für Patienten zwar die Krankheit Borreliose diagnostizierten, diese jedoch nicht gegenüber dem Patienten äußerten. Sie rechneten die in der Summe wesentlich teureren Einzelbehandlungen gegenüber der KK ab. Würde die offizielle Diagnose Borreliose lauten, würde die KK eine geringere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus erstatten. Lauten die Diagnosen jedoch auf „[...] Entzündung der Herzinnenhaut, krankhafte Erweiterung der Hauptschlagader, verminderte Pumpfunktion des Herzens, Herzrhythmusstörungen und Gelenkschmerzen [...]“ dann könnte ein längerer Krankenhausaufenthalt abgerechnet und vielfältige Behandlungen durchgeführt werden. Die Schadenssummen im betreffenden Fall lagen im fünf- bis sechsstelligen Bereich, so Michels.⁸⁰

2.1.2 Nicht persönlich erbrachte Leistungen

Der Arzt hat grundsätzlich die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung. Näheres ist in § 76 Abs. 4 SGB V, BMV-Ä (§§ 15, 25) EBM 2000 plus,

78 Vgl. Hellmann u. a.: Der ärztliche Abrechnungsbetrug, S. 42, Rd. 120.

79 Hess, in: Steinhilper, Arzt und Abrechnungsbetrug, S. 53f.

80 Michels: Weiße Kittel – dunkle Geschäfte, S. 140 – 144.

im Gesamtvertrag⁸¹ und in den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geregelt.⁸² Der Arzt darf nur Leistungen abrechnen, die er persönlich erbracht oder bei zulässiger Delegation an geeignetes Personal fachlich überwacht hat.⁸³ „Im Grundsatz ist davon auszugehen, dass Leistungen im ‚Kernbereich‘ der Leistungserbringung vertretbar, aber nicht delegierbar sind, Leistungen außerhalb dieses Bereiches vertretbar und delegierbar sind.“⁸⁴ Nachweise hierzu dürften in der Praxis schwierig sein.⁸⁵ Betrugsvorwürfe stehen häufig im Zusammenhang mit unberechtigter Abrechnung von Wahlleistungen im Krankenhaus durch Chefärzte, wenn die betreffende Leistung nicht höchst persönlich von ihnen erbracht wurde.⁸⁶ In der Ausstellung eines Blanko-Rezepts für die Sprechstundenhilfe etwa liegt eine verbotene Delegation ärztlicher Leistungen an Nichtärzte. Hier kann zusätzlich der Tatbestand der Anstiftung/ Beihilfe zur verbotenen Ausübung der Heilkunde (§ 5 Heilpraktikergesetz) erfüllt sein.

2.2 Fallvarianten von Korruption im Gesundheitswesen

Auch bei den Korruptionsdelikten im Medizinalbereich sind eine Fülle von Fallgestaltungen denkbar.⁸⁷ „Das Sündenregister reicht von unethischen Verkaufspraktiken, manipulierten oder nicht veröffentlichten Studienergebnissen, über vielfachen Betrug zu Lasten von Sozialkassen, irreführender Werbung und Vermarktung von Pseudoinnovationen bis hin zur Verheimlichung von Nebenwirkungen und Bestechung von Ärzten.“⁸⁸ Chefarzt Dr. Lutz Steinmüller konkretisierte anlässlich des 5. Sicherheitsforums der Wirtschaft (2004) folgende Anknüpfungspunkte für unzulässige „Zuwendungen“ und „Vorteile“ im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem:⁸⁹

81 In jedem Bundesland schließen die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge, in denen die Einzelheiten der vertragsärztlichen Versorgung und der Gesamtvergütung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs geregelt werden.

82 Hellmann u. a.: Der ärztliche Abrechnungsbetrug, S. 75, Rd. 230.

83 Zur Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal siehe Andreas, in: ArztRecht, S. 144 – 152.

84 Dahm, in: Plausibilitätsprüfung, Rechtsfragen der Gemeinschaftspraxis, Abrechnungsmanipulation, S. 244.

85 Zur Vertiefung des materiell-rechtlichen Problems der „Persönlichen Leistungserbringung“ siehe: Hellmann u. a.: Der ärztliche Abrechnungsbetrug, S. 71 ff., ab Rd. 217.

86 Vertiefend Genzel, in: Plausibilitätsprüfung, Rechtsfragen der Gemeinschaftspraxis, Abrechnungsmanipulation, S. 97 – 122.

87 Albus: Die Zusammenarbeit zwischen Industrie und Ärzten an medizinischen Hochschuleinrichtungen, S. 28 ff.

88 Weiss: Korrupte Medizin, S. 18.

89 Steinmüller: in: Korruption und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, S. 22.

1. Gewährung von Rabatten durch Preisnachlass
2. Gewährung von Vorteilen materieller und immaterieller Art wie:
 - Finanzielle Rückvergütung
 - Gerätetestellung (befristet und unbefristet)
 - Zahlungen an Beteiligte (Arzt, Personal, Dritte)
 - Ausstattung mit Gegenständen des gehobenen Bedarfs
 - Einladung zum Essen und zu Reiseveranstaltungen [...]
 - Gelegenheitsgeschenke werblicher Natur
3. Entgeltliche Studien, Auftragsforschung, Beraterverträge

Darüber hinaus sind folgende Akquisitionsstrategien bzw. Strategien zur Bindung von Leistungserbringern und Apotheken an Leistungs- und Warenanbieter denkbar⁹⁰:

- Veranstalten luxuriöser Kongresse und Fachtagungen
- Möglichkeit der Publikation in Fachzeitschriften
- Möglichkeit als Referent auf Fachtagungen aufzutreten
- Unzulässige Abgabenhöhe von Medikamentenmusterpackungen (Ärztemuster)
- Kostenlose Medikamentenabgabe an Krankenhäuser, um Patienten an das betreffende Medikament zu gewöhnen
- Vertragliche Bindung von Chefärzten an die Produkte eines Herstellers

Wenn Ärzte ihren Patienten solche Medikamente verschreiben, an denen sie finanziell von Pharmafirmen und Medizinprodukteherstellern beteiligt sind (Pharma-Sponsoring), handeln sie korrupt. TI spricht von „korruptiv gesteuerten Vertriebsstrukturen“⁹¹ beim Sponsoring im Krankenhaus. Beim LKA Thüringen wurden 2002 acht Verfahren mit insgesamt 17 beschuldigten niedergelassenen Ärzten wegen erhaltener unzulässiger Rabattgewährungen eines großen Pharmaherstellers für die Verabreichung eines bestimmten Röntgenkontrastmittels an ihre Patienten geführt. Die Schmierzahlungen sollten durch die Initiierung einer Anwendungsbeobachtung über dieses Kontrastmittel gedeckt werden.⁹² Über die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Anwendungsbeobachtungen gibt es jedoch selten Unterlagen, so dass sich der Tatnachweis schwierig gestaltet. „Bei der Vermarktung von Arzneimitteln spielen ärztliche Meinungsbildner eine eminent wichtige Rolle, weil sie für den wirtschaftlichen Erfolg eines Konzerns ausschlaggebend sind. Sie sitzen oft an den entscheidenden ökonomischen Positionen, vor allem in den Krankenhäusern.“⁹³ Seit kurzer Zeit versuchen pharmazeutische Unternehmen bei ihren Marketingstrategien beim Patien-

90 Vgl. Stephan, in: Korruption und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, S. 46 f.

91 Fried, in: ÖKZ 2005, S. 8.

92 Bundeskriminalamt (Hrsg.): Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2002, S. 79.

93 Weiss: Korrupte Medizin, 56.

ten oder auch bei Selbsthilfegruppen anzusetzen. Besonders heftig fällt die Kritik von Transparency Deutschland an der Praxis der ärztlichen Fortbildung aus. Diese erfolge laut Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zu einem großen Teil durch die Industrie – und niemand stößt sich daran. „Ärzte und Ärztinnen schätzen oft falsch ein, dass die wissenschaftliche Information und ärztliche Fortbildung sowohl bei Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen als auch in der Fachpresse unabhängig von der anbietenden Wirtschaft bleiben muss“.⁹⁴ Unter welcher Kontrolle Ärzte von der Pharmaindustrie stehen, beschreibt Weiss in seinem Buch „Korrupte Medizin-Ärzte als Komplizen der Konzerne“. Mit Hilfe einer Datenbank der Marktforschungsfirma IMS Health können Pharmavertreter gezielte Informationen über das Verschreibungsverhalten von Ärzten, allgemeine Patientendaten, Laborergebnisse, Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen etc. erhalten. Gegen eine geringe Kostenerstattung liefern die Ärzte die Daten selbst an und machen sich damit zum Opfer der Pharmaindustrie.⁹⁵

Leistungserbringer können zudem schnell in den Verdacht der Vorteilsnahme geraten, wenn sie **Drittmittel**⁹⁶ für medizinische Forschung und Entwicklung erwerben. „Medizinische Fachgesellschaften, medizinische Fakultäten und Kliniken an Universitäten, Berufsverbände und medizinische Sachverständige sind auf vielfältige Weise mit der Pharmaforschung und Pharmakonzernen durch enge Kontakte und persönliche Netzwerke verflochten.“⁹⁷ Im Rahmen einer optimalen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gilt es, ständig das Spannungsverhältnis zwischen der erforderlichen Nähe bei der Zusammenarbeit zwischen Medizinprodukteherstellern und Pharmafirmen mit medizinischen Einrichtungen, Ärzten und sonstigen Leistungserbringern im Gesundheitswesen einerseits und einer kritischen Distanz contra Profit- und Machtstreben aller Beteiligten andererseits aufzulösen.⁹⁸

2.3 Sonstige Fallvarianten von „Weiße-Kittel-Kriminalität“

Es sind auch Fallkonstellationen denkbar, bei denen neben dem Tatbestand des Betruges möglicherweise auch die Begehung eines Korruptionsdeliktes in Betracht kommt. Nach Bannenberg sind „Begleitdelikte von Korruption

94 Fried (Fn. 91), S. 7.

95 Vgl. Weiss (Fn. 90), S. 32 ff.

96 Bei Drittmitteln handelt es sich um zweckgebundene finanzielle Zuwendungen durch die Industrie.

97 Zimmermann: Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen, S. 431.

98 Zur rechtlichen Problematik und Einordnung der Gesamtthematik vgl. Wrackmeyer: Drittelfinanzierung im Gesundheitswesen.

[...] in der Regel Betrug und Untreue [...].⁹⁹ Diese Fallkonstellation könnte etwa dann gegeben sein, wenn es der „[...] Arzt unterlässt, der KK mitzuteilen, dass eine Lieferfirma für Kontrastmittel oder ein Großhändler die Kosten für Entsorgung von Sondermüll übernommen hat [...]“¹⁰⁰ und die kostenlose Entmüllung den Leistungserbringer zugleich zum stärkeren Absatz der gelieferten Produkte veranlasst. Die Verwirklichung der Tatbestände des Betruges und der Korruption kommen auch dann in Betracht, wenn Ärzte auf Bezahlung von Pharmaunternehmen ihre Patienten für Medikamentenstudien ohne deren Einwilligung missbrauchen und zugleich die Versuche als Behandlung gegenüber der KK abgerechnet werden.

Über die Delikte wie Abrechnungsbetrug und Korruption hinaus spielen weitere Delikte, vor allem der Tatbestand der Untreue gemäß § 266 StGB, eine Rolle. Mit dem BHG Beschluss 4 StR 239/03 vom 25. November 2003 wurde der Tatbestand der Untreue gegenüber der Strafbarkeit wegen Abrechnungsbetruges aufgewertet. Demnach ist der Tatbestand der Untreue nach § 266 Abs. 1 StGB¹⁰¹ erfüllt, wenn eine im Außenverhältnis wirksame, aber im Verhältnis zum Geschäftsherrn bestimmungswidrige Ausübung der Befugnis zur Vermögensverfügung (Missbrauchstatbestand) gegeben ist. Auch als Vertreter der KK dürfe der Vertragsarzt den Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht verlassen, so heißt es weiter in der Begründung des BGH Beschlusses. „Verschreibt der Kassenarzt dennoch ein Medikament zu Lasten der KK, obwohl er weiß, dass er die Leistung nicht bewirken darf, missbraucht er diese ihm vom Gesetz eingeräumten Befugnisse. Damit verletzt er seine Betreuungspflicht gegenüber dem betroffenen Vermögen der Krankenkasse.“¹⁰² Lehne fasst folgende Fallkonstellationen des § 266 StGB exemplarisch zusammen:¹⁰³

- Kick-Back-Zahlungen beim Bezug von Waren an den Arzt
- Überweisung von Gehältern fiktiver Mitarbeiter auf ein privates Konto durch Mitarbeiter der Personalabteilung
- Abschließen von Scheinverträgen durch den Geschäftsführer zum Nachteil des Krankenhauses und zum Vorteil einer von ihm selbst betriebenen medizinischen Einrichtung
- Kollusives Verhalten zwischen Krankenhausgeschäftsführer und Betreiber der Krankenhauskantine im Falle der Abzeichnung und Genehmigung überhöhter Rechnungen

99 Bannenberg, in: Handbuch des Wirtschafts- und Steuerstrafrechts, S. 639, Rd. 51.

100 Schmitz, in: Der Kassenarzt-Berater, S. 3.

101 Gesetzestext siehe Anhang.

102 Beschluss BGH: 4 StR 239/03 vom 25. November 2003, S. 11.

103 Lehne: Whistleblowing, S. 32.

Mit dem Delikt der Untreue im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen gehen Strafverfolgungsbehörden in der Praxis unterschiedlich um. Der Kriminalbeamte Engelhardt machte im Rahmen des durchgeführten Experten-interviews deutlich, dass der Tatbestand der Untreue bei den Ermittlungen der EG Medicus keine Rolle spiele. Die Staatsanwaltschaft Berlin vertrete die Auffassung, dass sich ein Vertragsarzt nicht der Untreue strafbar machen könne. Bei der AG Rhein-Lahn in Rheinland-Pfalz hingegen werden Untreuedelikte einer Bearbeitung unterzogen.¹⁰⁴ Hier besteht offenbar ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

Im Rahmen einer Tagung der Kriminalistischen Studiengemeinschaft Bremen in 2009 machte Wolfgang Bonn, Mitarbeiter der AOK in Hessen, auf Fehlverhalten von Pflegepersonal im ambulanten Pflegebereich aufmerksam. Die Zahl der hessischen Pflegedienste hat sich 1995 von 660 auf 999 Dienste in 2008 erhöht. Im Rahmen von ganzheitlichen Qualitätsprüfungen der AOK Hessen auf der Grundlage von § 112 ff. SGB XI wurden seit 1996 beispielhaft folgende **Fehlverhalten im Pflegebereich** festgestellt:¹⁰⁵

- Schlechte Qualität der Pflege/Behandlungspflege und dadurch Gefahr für Leib und/oder Leben des Patienten.
- Pflichtverletzungen aufgrund derer eine Verletzung der vermögenswerten Rechte der Patienten eintritt.
- Abrechnung nicht erbrachter/nicht dokumentierter Leistungen.
- Abrechnung von durch nicht ausreichend qualifiziertes Personal erbrachten Leistungen (häusliche Krankenpflege SGB V).
- Forderung von zusätzlichen Zahlungen im Rahmen der Vertragsleistungen.
- Manipulation der Pflegedokumentation.
- Urkundenfälschung.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es eine Vielzahl möglicher Fallvarianten von „Weiße-Kittel-Kriminalität“ im Gesundheitswesen gibt. Eine abschließende Aufzählung muss an der Dynamik des Phänomens sowie der Komplexität des Gesundheitswesens mit einer Fülle möglicher Tatbegehungswiesen scheitern.

2.4 Situations- und täterbezogene Merkmale

Zur Darstellung situations- und täterbezogener Merkmale anhand derer das Phänomen „Weiße-Kittel-Kriminalität“ charakterisiert werden kann, wird

¹⁰⁴ Experteninterview mit Franz Schmitz.

¹⁰⁵ Bonn: Vortrag anlässlich der Tagung „Betrug im Gesundheitswesen“ der Kriminalistischen Studiengemeinschaft Bremen vom 26. 02. 2009.