

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	15
Einleitung	17
A. Vorbemerkung und Zielsetzung der Arbeit	17
B. Praktische Relevanz	19
C. Gang der Darstellung	21
Kapitel 1 – Entstehung, Entwicklung und Bedeutung von Medizintourismus für das deutsche Gesundheitswesen	23
A. Erschließung des Medizintourismusbegriffs	23
I. Gesundheitstourismus als Überbegriff	24
1. Definition des Begriffs „Gesundheitstourismus“	24
2. Subkategorien des Gesundheitstourismus	25
II. Bereits existierende Definitionen des Begriffs „Medizintourismus“	26
III. Verwendung des Medizintourismus-Begriffs in der konkreten Untersuchung	28
B. Entwicklung und begünstigende Faktoren	29
I. Entwicklung des Medizintourismus	29
1. Globale Entwicklung	30
2. Nationale Entwicklung in Deutschland	30
a) Entwicklung des deutschen Inbound- Medizintourismus bis 2020	31
b) Auswirkungen der Corona-Pandemie und des Russland-Ukraine Konflikts auf die Entwicklung	34
aa) Auswirkungen der Corona-Pandemie	34
bb) Auswirkungen des Russland-Ukraine Konflikts	36
c) Ausblick und Entwicklungstendenzen	36
II. Begünstigende Faktoren	38
1. Kostensparnis	38
2. Zeitliche und rechtlich / ethische Zugänglichkeit der Behandlung	38

3. Verbesserung der Behandlungsqualität	39
4. Zunehmende Globalisierung	39
5. Gesamtbetrachtung	40
C. Chancen und Risiken durch medizintouristische Angebote	40
I. Medizintourismus als Chance	40
1. Ökonomische Vorteile für das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft	41
2. Positive Effekte im Bereich der klinischen Forschung	42
3. Auslastung freier Kapazitäten	42
4. Katalysator für den marktinternen Wettbewerb	42
II. Risiken der Behandlung von Auslandspatienten	43
1. Geringe Gewinnspanne	43
2. Hohes Zahlungsverzögerungs- und -ausfallrisiko	43
3. Verknappung der Versorgungskapazitäten für inländische Patienten	44
D. Beteiligte Akteure	45
I. Der ausländische Patient	45
1. Patienten aus Nachbarländern	45
2. Wartelisten-Patienten aus europäischen Ländern	46
3. Patienten aus Ländern mit eingeschränkter Behandlungsmöglichkeit	46
4. Patienten aus Ländern mit höheren Behandlungskosten	47
5. Patienten, die bestmögliche Behandlung anstreben	47
6. Gesamtbetrachtung	47
II. Der behandelnde Arzt	48
III. Der Patientenbetreuer	49
1. Aufgaben und Rolle des Patientenbetreuers	49
2. Spannungsverhältnis und verschiedene Interessen	50
3. Zwischen moralischer Unerwünschtheit und (straf-)rechtlicher Relevanz	53
a) Straf- und zivilrechtliche Auseinandersetzung	54
aa) Strafrechtliche Beurteilung des LG Kiel	55
bb) Zivilrechtliche Bewertung des LG Kiel	56
b) Einordnung der Entscheidungen	57
aa) Strafrechtliche Bedeutung	57
bb) Zivilrechtliche Bedeutung	58
cc) Fazit	59

Kapitel 2 – Korruption im Gesundheitswesen – Ausmaß, Auswirkungen und Maßnahmen	61
A. Das Phänomen „Korruption“	61
I. Was „ist“ Korruption?	64
II. Erschließung eines generellen Korruptionsbegriffs	65
1. Interdisziplinäre Annäherung an den Korruptionsbegriff	65
2. Zwingende Merkmale von Korruption	67
a) Vorliegen eines Dreiecksverhältnisses	67
b) Gegenseitiger Leistungsaustausch zwischen Vorteilsgeber und Vorteilsnehmer	68
c) Interessenkonflikt zwischen Gegenleistung für den Vorteil und Pflichten gegenüber dem Prinzipal	69
3. Festlegung eines Korruptionsbegriffs	70
III. Strafrechtliches Korruptionsverständnis	71
1. Verletzung eines strafrechtlich geschützten Rechtsguts	71
2. Unschärfe des strafrechtlichen Korruptionsbegriffs	73
3. Abgrenzungsschwierigkeiten zur institutionellen Korruption	77
B. Korruption im Gesundheitswesen	78
I. Interessenkonflikte im Gesundheitswesen	78
II. Korruptionsbegünstigende Besonderheiten des Gesundheitswesens	80
1. Steigender Kostendruck und zunehmende Ökonomisierung	81
2. Hohe Volkswirtschaftliche Bedeutung und Wachstumsrate	81
3. Starke sozialstaatliche Lenkung des Marktes	82
4. Schlüsselstellung der Ärzte als „Gatekeeper“	83
5. Komplexität und Intransparenz des Marktes und der Regularien	84
III. Exkurs: Empirische Erkenntnisse zur Verbreitung von Korruption	84
1. Bundeslagebild Korruption des Bundeskriminalamts	86
2. Polizeiliche Kriminalstatistik	88
3. Strafverfolgungsstatistik der Justiz	90
4. Gesamtschau der Studien	93
IV. Auswirkungen auf das Gesundheitswesen	93

V. Bestrebungen des Gesetzgebers zur Verhinderung von Korruption	95
1. Berufsrechtliche Bestrebungen	95
2. Sozialrechtliche Bestrebungen	97
3. Strafrechtliche Bestrebungen	97
a) Einführung des §§ 299a, 299b StGB	98
b) Forensische Bedeutung der §§ 299a, 299b StGB	100
4. Strukturelle Bestrebungen	101
 Kapitel 3 – Rechtliche Würdigung der Zusammenarbeit von Patientenbetreuungsunternehmen und Medizineinrichtungen	103
A. Grundsätzliche Anwendbarkeit des deutschen Strafrechts	104
B. Potenzielle Täter	105
C. Strafbarkeitsrisiko der Beteiligten nach §§ 299a, 299b StGB	106
I. Geschütztes Rechtsgut	106
1. Schutz des lauteren Wettbewerbs im Gesundheitswesen	107
2. Schutz des Patientenvertrauens in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen	110
b) Grammatikalische Erwägungen und Wortlautuntersuchung	114
c) Systematische Ausgestaltung der Normen	118
d) Teleologische Erwägungen	119
e) Fazit	123
II. Objektiver Tatbestand	125
1. Täterkreis	125
a) Tauglicher Täter des § 299a StGB	125
b) Tauglicher Täter des § 299b StGB	127
2. Berufsausübungszusammenhang	127
3. Tathandlung der passiven und aktiven Korruption: Fordern bzw. Anbieten eines Vorteils	129
a) Zum Vorteilsbegriff der §§ 299a, 299b StGB	130
aa) Weiter Vorteilsbegriff der §§ 299a, 299b StGB	130
bb) Anspruch aus gegenseitigem Vertragsverhältnis als Vorteil	131
cc) Problem der „verdeckten Zuweiserprämien“	133
dd) Zusammenfassung	137

b)	Passive Bestechung: Fordern, Sichversprechenlassen und Annehmen	138
c)	Aktive Bestechung: Anbieten, Gewähren und Versprechen	140
4.	Unrechtsvereinbarung	142
a)	Berufliche Handlung als Gegenleistung	144
aa)	Zuführungsbegriff	144
(i)	Annahme eines restriktiven Zuführungsbegriffs	146
(ii)	Ablehnung des restriktiven Zuführungsbegriffs	148
(iii)	Hinweisbeschluss des BGH vom 9. November 2021	150
(iv)	Weitere Besonderheiten der Zuführung nach LG Hildesheim	150
(v)	Stellungnahme	151
bb)	Patientenbegriff	156
b)	Bevorzugung des Vorteilsgebers im Wettbewerb	158
aa)	Bevorzugungsbegriff	158
bb)	Wettbewerbsbegriff	159
c)	Unlauterkeit der Bevorzugung	163
aa)	Bedeutung und Funktion des Tatbestandsmerkmals	163
bb)	Auslegung des Unlauterkeitsbegriffs	164
(i)	Unlauterkeitsbegriff des § 299 StGB als Ausgangspunkt	165
(ii)	Bedeutung von primärrechtlichen Regelungen	167
(1)	Tatbestandsausschluss aufgrund primärrechtlicher Zulässigkeit	168
(2)	Verletzung von primärrechtlichen Normen als Präjudiz der Unlauterkeit	169
cc)	Begrenzung des Unlauterkeitsmerkmals	173
dd)	Vorgehen zur Bestimmung der Unlauterkeit	174
(i)	Auslegung des Unlauterkeitsmerkmals nach Schuhr	174
(ii)	Auslegung des Unlauterkeitsmerkmals nach Schroth/Hofmann	175

(iii) Stellungnahme und eigener Ansatz	176
ee) Praktische Indizien zur Bestimmung der Unlauterkeit	177
ff) Prüfung der Unlauterkeit bei der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Patientenbetreuern	180
(i) Verknüpfung von Bevorzugung und Vorteil	180
(ii) Vermittlung als primärrechtlich erlaubte Kooperationsform	180
(iii) Verletzung des gesundheitsrechtlichen Zuweisungsverbot	181
(1) Anwendbarkeit des § 31 MBO-Ä auf Patientenbetreuer	181
(2) Verstoß gegen § 31 MBO-Ä	183
(3) Keine teleologische Reduktion des § 31 MBO-Ä	184
gg) Zwischenergebnis zur Unlauterkeit	192
5. Zwischenergebnis zum objektiven Tatbestand	192
III. Subjektiver Tatbestand	192
IV. Rechtswidrigkeit und Schuld	195
V. Fazit zur Strafbarkeit nach §§ 299a Nr. 3, 299b Nr. 3 StGB	195
D. Strafbarkeitsrisiko der Beteiligten nach § 299 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 1 StGB	196
I. Objektiver Tatbestand	196
1. Tauglicher Täter	196
a) Tauglicher Täter des § 299 Abs. 1 Nr. 1 StGB	197
aa) Angestellter oder Beauftragter eines Unternehmens	197
bb) Patientenbetreuer als taugliche Täter	199
b) Tauglicher Täter des § 299 Abs. 2 Nr. 1 StGB	200
2. Tathandlung	200
3. Unrechtsvereinbarung	201
a) Bezug von Waren oder Dienstleistungen	201
b) Bevorzugung des Vorteilsgebers im Wettbewerb	202
c) Unlauterkeit	202
aa) Redundanz des Unlauterkeitsmerkmals?	203

bb) Vorliegen der Unlauterkeit bei der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Patientenbetreuern	207
4. Zwischenergebnis zum objektiven Tatbestand	210
II. Subjektiver Tatbestand	210
III. Rechtswidrigkeit und Schuld	210
IV. Fazit zur Strafbarkeit nach § 299 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 1 StGB	211
E. Vorliegen eines besonders schweren Falls § 300 StGB	211
I. Regelbeispiele des § 300 S. 2 StGB	212
1. Vorteil von großem Ausmaß	212
2. Gewerbsmäßiges Handeln	214
3. Bandenmäßiges Handeln	214
II. Schädigung oder erhebliche Gesundheitsgefährdung als unbenannter besonders schwerer Fall nach § 300 S. 1 StGB	216
F. Weitere Straftatbestände	217
G. Konkurrenzen	218
H. Gesamtfazit zum Strafbarkeitsrisiko	220
Kapitel 4 – Empirische Untersuchung der Zusammenarbeit	223
A. Forschungsleitende Fragestellung	223
B. Hypothesenbildung	224
I. Hypothesen zu medizintourismusbegünstigenden Faktoren seitens der Kliniken	225
II. Hypothesen zur Relevanz von Patientenbetreuern	226
III. Hypothesen zur Art und Weise der Zusammenarbeit	227
IV. Hypothesen zu den persönlichen Merkmalen	228
C. Untersuchungsmethode	228
I. Operationalisierung	228
1. Operationalisierung der Forschungsfragen	229
2. Operationalisierung der Hypothesen	229
3. Messung und Skalenniveaus	230
II. Forschungsdesign	233
1. Entwicklung des Erhebungsinstruments	233
a) Wahl des passenden Erhebungsinstruments	233

b)	Konzeption des Fragebogens	235
aa)	Instruktion	236
bb)	Einstiegs- und Aufwärmteil	237
cc)	Hauptteil	237
dd)	Abschlussteil	239
c)	Pretest	239
2.	Stichprobe	240
a)	Wahl zwischen Vollerhebung und Stichprobenerhebung	241
b)	Festsetzung der konkreten Stichprobe	243
III.	Datenerhebung	244
IV.	Datenaufbereitung und Umgang mit fehlenden Werten	246
1.	Datenaufbereitung	246
2.	Umgang mit fehlenden Werten	247
V.	Datenanalyse und statistische Methode	248
D.	Befunde der empirischen Datenauswertung	252
I.	Auswertung der erfragten Stammdaten	252
II.	Auswertung des Fragebogen-Hauptteils	258
III.	Auswertung der allgemeine Compliance Fragen	264
E.	Methodenkritische Reflexion und Diskussion der Befunde	266
I.	Methodenkritische Reflexion	266
II.	Diskussion und Einordnung der Befunde	270
1.	Diskussion der erhobenen Stammdaten	270
2.	Diskussion des Fragebogen-Hauptteils	273
3.	Diskussion der allgemeinen Compliance-Fragen	276
III.	Erkenntnisse in Bezug auf die Forschungsfrage	277
	Kapitel 5 – Abschließende Betrachtung und Fazit	281
A.	Gesamtschau der rechtlichen Würdigung und empirischen Untersuchung	281
B.	Weitere Probleme und möglicher Lösungsansatz	283
C.	Ausblick	285
	Anhang I – Einladungs-E-Mail	289
	Anhang II – Fragebogen	291
	Literaturverzeichnis	305