

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Recht und
Verbraucherschutz - PA 6
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Dr. Morton Douglas
Rechtsanwalt

Assistentin: Susanne Pohse
Telefon: +49 761 21808-344
Telefax: +49 761 21808-539
morton.douglas@fgvw.de

Kaiser-Joseph-Straße 284
D-79098 Freiburg

1. Dezember 2015

Stellungnahme von Rechtsanwalt Dr. Morton Douglas zum Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen (Stand 01.12.2015)

Aus Sicht der Praxis ist bei der Formulierung und Umsetzung des Gesetzes zu berücksichtigen, dass die Durchsetzung nur dann erfolgreich sein kann, wenn die Interessen derjenigen, die über unzulässige Zusammenarbeit Aussagen treffen können, insb. Patientinnen und Patienten, geschützt werden.

Zum anderen muss gerade im Gesundheitswesen der Straftatbestand klar umrissen werden, um nicht die Zusammenarbeit der Dienstleister im Gesundheitswesen zu Lasten der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erschweren.

1. Verzicht auf Antragerfordernis

Die Regelungen der §§ 299 a und 299 b StGB-E schützen das Vertrauen der gesamten Bevölkerung in die heilberufliche Unabhängigkeit. Aufgrund der Bedeutung dieses Schutzgutes sollten die Tatbestände nicht als Antragsdelikte ausgestaltet werden. Dies gilt umso mehr, als die Regelung des § 301 Abs. 2 Nr. 2 StGB-E äußerst komplex ist, so dass hier zu befürchten ist, dass eine effektive Rechtsverfolgung durch das Antragerfordernis erschwert wird. Dies gilt gerade für Sachverhalte, die zu einem Zeitpunkt stattfinden, in dem gegenüber den Endverbrauchern noch keine Handlungen durch die bestochenen Heilberufler erfolgt sind.

Um zudem die Information über entsprechende Ermittlungen sicherzustellen, müsste ggf. an eine Ergänzung der Ziff. 26 MiStra gedacht werden, damit z.B. auch Fälle, die mit einem Strafbefehl abgeschlossen werden, erfasst werden.

2. Schutz des Patienten

Die Praxis zeigt, dass die Patientinnen und Patienten das schwächste Glied in der Kette sind. Häufig werden sie mit unlauteren Handlungen im Gesundheitswesen konfrontiert, trauen sich jedoch nicht, diese mitzuteilen, da sie Sorge um ihre Versorgung haben. Insoweit spielen teilweise Ärzte unmittelbar oder mittelbar ihre Macht aus, insbesondere in Zeiten langer Wartelisten auf Behandlungstermine.

Eine effektive Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen setzt daher auch voraus, dass Patientinnen und Patienten, die aus ihrer Sicht betroffen sind von derartigen Verhaltensweisen, sich vertrauensvoll und ohne Risiko für die eigene Behandlung an Dritte wenden können sollen. Hierzu wäre es beispielsweise möglich, eine unabhängige Stelle einzurichten, die derartige Verdachtsmomente von Patientinnen und Patienten in einer Art und Weise prüft, dass dies kein Risiko für diese darstellt. Denkbar wäre insoweit, den Patientenbeauftragten durch eine Ergänzung von § 140 h SGB V mit der Aufgabe zu betrauen, derartige Beschwerden zu prüfen.

Dies gilt entsprechend auch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die zur Mitwirkung an korrumpierenden Verhaltensweisen veranlasst werden.

3. Kein Verzicht auf die Unrechtsvereinbarung

Der Vorschlag, die Strafrechtsnormen an die Korruptionstatbestände bei Amtsträgerinnen und Amtsträger anzulehnen, ist nicht praktikabel.

Zunächst ist fehlt es an einer Grundlage für eine derartige Behandlung. Anders als bei Amtsträgerinnen und Amtsträger, die aufgrund ihres Berufes und der damit eingegangenen Verpflichtung eine besondere Stellung bei der Berufswahl eingegangen sind, fehlt dies aufgrund der Weite des möglichen Täterkreises, der nicht nur auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als solche beschränkt ist, sondern inzwischen auch eine Vielzahl anderer Berufsgruppen umfasst. Eine Rechtfertigung, im Angestelltenverhältnis stehende MTAs oder PTAs wie Amtsträger zu behandeln, ist nicht ersichtlich. Dies gilt insbesondere auch für die Heilberufler, die zugleich

als Gewerbetreibende agieren – etwa Apothekerinnen und Apotheker - und inso- weit sich (BVerfG, 1. Senat 22.05.1996, 1 BvR 744/88, 60/89) grundsätzlich sich auch frei im Wettbewerb bewegen können dürfen. Es besteht kein Bedürfnis, die Gewährung einer Kundenkarte, die auch an andere Kunden ausgegeben wird, an eine Arzthelferin unter Strafe zu stellen.

Die Konsequenz einer derartigen Ausweitung wäre in der Praxis, dass die Zu- sammenarbeit verschiedener Heilberufler, die im Gesundheitswesen häufig unter Zeitdruck erfolgt, schlicht eingeschränkt werden würde. Dies würde letztendlich zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen.

Bereits jetzt führt z.B. die sogenannte Nullretaxation bei Abgabefehlern durch Apo- theken dazu, dass z.B. hochpreisige Arzneimittel in Apotheken vielfach nicht mehr erhältlich sind, schlicht Inhaber von Apotheken das Risiko einer Nullretaxation nicht eingehen möchte. Würde nun in Zukunft flächendeckend bei jedem vermeint- lichen Vorteil eine strafrechtliche Konsequenz drohen, könnten die im Patientenin- teresse erforderliche Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander ge- fährdet werden.

Ungeachtet dessen dürfte eine derart weite Auslegung der Vorschrift im Wider- spruch zum Gemeinschaftskodex mit Arzneimitteln (EG 2001/83) stehen, der für Fragen des Vertriebs von Arzneimitteln eine abschließende Regelung darstellt.

Schließlich besteht auch kein rechtspolitisches Bedürfnis: Es ist zwar zutreffend, dass die Selbstverwaltung der Gesundheitsberufe in der Vergangenheit vielerorts nicht besonders effektiv agiert hat. Allein dass nun die Tatbestände als solche ge- schaffen wurden mit der Folge, dass bereits bei Verurteilungen, die im Bereich 90 Tagessätze und darüber hinaus liegen, die berufliche Zuverlässigkeit in Frage ge- stellt wird, wird das – sofern noch nicht geschehen – Umdenken einsetzen lassen, so dass ein noch weitergehendes Vorgehen durch eine Ausgestaltung wie im Falle der Amtsdelikte zum jetzigen Zeitpunkt nicht erforderlich erscheint.

Sofern wiederholt der Verzicht auf das Unrechtsvereinbarung damit begründet wird, anderenfalls komme man der unerwünschten Zusammenarbeit zwischen pharmazeutischer Industrie und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht bei, ist dies ein bereichsspezifisches Problem, dass nicht zu einer Ausdehnung des Tatbestandes per se führen kann. Insoweit sollte es ausreichend sein, wenn über entsprechende Vorgaben die Ärzteschaft zur Transparenz verpflichtet wird, in welchem Umfang sie mit der pharmazeutischen Industrie zusammenzuarbeiten.

Aufgrund der Daten über Verschreibungen, die bereits jetzt den Krankenkassen vorliegen, können dann ohne weiteres Unregelmäßigkeiten im Verschreibungsverhalten ermittelt werden.

4. Einbeziehung ausländischer Leistungsanbieter

Bei der Ausgestaltung ist zu berücksichtigen, dass es zum jetzigen Zeitpunkt schwierig ist, ausländische Leistungsanbieter einzubeziehen. Dies gilt insbesondere aufgrund der Tatsache, dass dort gegebenenfalls bereits aufgrund anderer Strukturen z. B. eine Apotheke nicht in den Anwendungsbereich fällt, da diese etwa als Kapitalgesellschaft geführt werden darf. Entsprechendes gilt bei Leistungen von im Ausland ansässiger Ärzte gegenüber deutschen Patientinnen und Patienten, in Deutschland beworben werden und auf den deutschen Markt zugeschnitten sind, insbesondere bei ästhetischen Behandlungen.

Insoweit ist sicherzustellen, dass hier zum einen eine höhere Kontrolle ausländischer Leistungsanbieter bei ihren Angeboten in Deutschland stattfindet. Zum anderen muss es insbesondere auch bei den Leistungen, die über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden, verpflichtend werden, dass diese die Erstattung von Leistungen verweigert – so wie auch gegenüber deutschen Leistungserbringern –, wenn die ausländischen Leistungserbringer nicht den deutschen Standards entsprechend agieren. In der Vergangenheit hat die GKV etwa hier gleichwohl Leistungen erstattet, obgleich die Anbieter gegen entsprechende Regelungen verstoßen hatten.

Dr. Morton Douglas
Rechtsanwalt