
Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Ausgewählte Fragen



Seminar „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen II“
Hochschule für Polizei BW • Institut für Fortbildung

Themenübersicht



- ⇒ Abrechnungsbetrug durch Pflegedienste
 - ▶ Grundlagen der Abrechnung von Pflegeleistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
 - ▶ Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - ▶ Abrechnung nicht korrekt erbrachter Leistungen
- ⇒ Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen
- ⇒ Individuelle Gesundheitsleistungen („IGeL“)
 - ▶ Drängen in die Privatliquidation
 - ▶ Abrechnungsbetrug bei der GOÄ–Abrechnung
- ⇒ Straf(prozess)rechtliche Einzelfragen



Bei großem Gewinn ist großer Betrug.

ABRECHNUNGSBETRUG DURCH PFLEGEDIENSTE

System der GKV



- ⇒ In der GKV gilt das **Sachleistungsprinzip** (§ 2 SGB V): die Versicherung stellt die Sach- und Dienstleistungen selbst zur Verfügung.
- ⇒ Dazu bedient sie sich ihrer Vertrags(zahn)ärzte (früher: „Kassenärzte“) und schließt Verträge mit anderen Leistungserbringern wie Pflegediensten.
- ⇒ Der Patient (**Versicherte**) wird vom **Leistungserbringer** (Pflegedienst) gepflegt, der Leistungserbringer rechnet mit der GKV ab.
- ⇒ Zwischen den Beteiligten besteht ein **Dreiecksverhältnis**.



Die häusliche Pflege

- ⇒ Häusliche Pflege kann erbracht werden
 - ▶ als Krankenpflege nach § 37 SGB V
 - ▶ als Altenpflege nach SGB XI
- ⇒ Leistungen der Kranken- und Altenpflege sind
 - ▶ hauswirtschaftliche Versorgung
 - ▶ Grundpflege
 - Körperpflege, Betten und Lagern, Prophylaxen
 - Hilfen bei Nahrungsaufnahme und Ausscheidungen
 - Ankleiden und Auskleiden
 - ▶ Behandlungspflege
 - Verbände, Wundversorgung, Injektionen
 - Überwachung von Vitalfunktionen und Therapien

Vertragsschluss



- ⇒ Die Krankenkassen haben mit Dachverbänden der Leistungserbringer **Rahmenverträge** nach §§ 132, 132a SGB V geschlossen.
 - ▶ Die Verträge können sich je nach Krankenkasse und Dachverband unterscheiden!
- ⇒ Im Bereich der Altenpflege besteht hingegen ein gemeinsamer Rahmenvertrag (§ 75 SGB XI) zwischen Pflegekassen und Dachverbänden.
- ⇒ Die einzelnen Pflegedienste treten dem Rahmenvertrag durch Erklärung bei bzw. schließen einen Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI) auf dessen Basis.

Vertragsinhalte



- ⇒ Die Rahmenverträge enthalten regelmäßig Vereinbarungen über geeignetes Pflegepersonal.
- ⇒ Dazu gehören zumeist
 - ▶ in der Behandlungspflege
 - Altenpfleger
 - Krankenschwestern
 - Kinderkrankenschwestern
 - ▶ in der Grundpflege zudem auch
 - Krankenpflegehelfer
 - Altenpflegehelfer
- ⇒ Zudem enthalten die Verträge regelmäßig Vorgaben zur Dokumentation und Abrechnung.

Abrechnungsbetrug I



- ⇒ Einfachster denkbarer Fall:
es werden in Wahrheit nicht erbrachte
Pflegeleistungen („Luftleistungen“) abgerechnet

- ⇒ Betrug (§ 263 StGB)
 - ▶ Täuschung
 - ▶ täuschungsbedingter Irrtum
 - ▶ irrtumsbedingte Vermögensverfügung
 - ▶ Vermögensschaden
 - ▶ stoffgleicher Vermögensvorteil (Bereicherungsabsicht)
 - ▶ Vorsatz (bzgl. des objektiven Tatbestands)

Abrechnungsbetrug II



- ⇒ Die Einreichung der falschen Abrechnung stellt die (bewusst unwahre) Behauptung dar, die Leistungen seien tatsächlich erbracht worden.
- ⇒ Aufgrund dieser Täuschung erfolgt die Auszahlung der Vergütung.
- ⇒ Der jeweiligen Kranken- oder Pflegekasse entsteht ein Vermögensschaden, der Pflegedienst wird stoffgleich bereichert.
- ⇒ Ein Pflegedienst, der nicht erbrachte Leistungen abrechnet, handelt – offensichtlich – auch vorsätzlich.



Fallkonstellationen

⇒ Abrechnung nicht erbrachter Einzelleistungen

- ▶ Leistungen der Grund- oder Behandlungspflege werden (dokumentiert und) abgerechnet, aber nicht erbracht.
- ▶ Grund dafür kann bspw. Zeitnot der Pflegekräfte sein (mehr Aufträge als Personal).

⇒ Abrechnung gar nicht erbrachter Pflege

- ▶ Die pflegerische Versorgung erfolgt in Wahrheit durch Angehörige oder Dritte, nicht durch den Pflegedienst. Die Zahlungen der Kassen werden zwischen Pflegedienst und Angehörigen aufgeteilt.

⇒ Vortäuschung von Pflegebedürftigkeit

- ▶ Einstufung in höhere Pflegestufe



Nicht „so“ erbrachte Leistungen

- ⇒ Nicht nur bei „Luftleistungen“ kommt Betrug in Betracht, sondern auch dann, wenn die Leistungen nicht vertragsgemäß erbracht wurden.
- ⇒ Im Bereich der ambulanten Pflegedienste betrifft das insbesondere eine fehlende Qualifikation der durch die Pflegedienste eingesetzten Mitarbeiter.
- ⇒ Besonders problematisch (weil besonders lukrativ) ist insoweit der Bereich der häuslichen Intensiv- und Beatmungspflege.

Vermögensschaden?



- ⇒ In diesen Fällen wurden pflegerische Leistungen zwar tatsächlich erbracht, aber die formalen Vorgaben nicht eingehalten.
- ⇒ Nach der im Sozialversicherungsrecht geltenden streng formalen Betrachtungsweise ist eine Leistung aber insgesamt nicht erstattungsfähig, wenn sie in Teilbereichen den Anforderungen nicht genügt.
- ⇒ Auch tritt keine Schadenskompensation durch ersparte Aufwendungen ein.

*BGH, Beschluss vom 28.09.1994 – 4 StR 280/94 –
BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 08.09.1997 – 2 BvR 2414/94 –*

Schadensberechnung



- ⇒ Geschädigt werden wiederum die jeweiligen Kranken- oder Pflegekassen.
- ⇒ Der Schaden tritt in voller Höhe der zu Unrecht abgerechneten Leistungen ein („formaler Schaden“).
- ⇒ Die Tatsache, dass tatsächlich Leistungen erbracht wurden und dafür auch Aufwendungen entstanden sind, ist allein bei der Strafzumessung zu berücksichtigen.

*BSG, Urteil vom 28.02.2007 – B 3 KR 15/06 R –
AG Bensheim, Urteil vom 17.11.2004 – 5 Ls VII 22 Js 13439/99 –
OLG Rostock, Beschluss vom 19.12.2013 – Ws 320/13 –
BGH, Beschluss vom 16.06.2014 – 4 StR 21/14 –*



Fallkonstellationen

- ⇒ Regelmäßig wird das Problem im Einsatz nicht ausreichend qualifizierter Kräfte insbesondere in der Behandlungspflege liegen.
- ⇒ Das betrifft insbesondere den Einsatz ausländischer Kräfte ohne bzw. vor ihrer Anerkennung.
- ⇒ Damit gehen regelmäßig weitere Gesetzesverstöße einher (§ 226a StGB oder Verstöße gegen Ausländerrecht).
- ⇒ Verstöße gegen die Dokumentationspflichten dürften jedoch bereits genügen.

Vorhandene Dokumentation



⇒ Personal

beim Pflegedienst

- ▶ Arbeitsverträge
- ▶ Qualifikationsnachweise
- ▶ Anerkennung ausländischer Ausbildungen

⇒ Personaleinsatzplanung

beim Pflegedienst

- ▶ Personaleinsatzplan / Dienstplan
- ▶ Stundenzettel
- ▶ Handzeichenliste

⇒ Pflegeleistungen

beim Patienten

- ▶ Pflegedokumentation
- ▶ Leistungsnachweise

Vorgehensweisen



- ⇒ Der Einsatz nicht ausreichend qualifizierter Kräfte bedarf regelmäßig einer „doppelten Buchführung“.
 - ▶ Teilweise werden Arbeitsverträge fingiert.
- ⇒ Alle Leistungsnachweise müssen durch die vorhandenen Fachkräfte abgezeichnet werden.
 - ▶ Es ergeben sich Divergenzen zwischen Dienstplan und Stundenzettel einer- und Leistungsnachweis andererseits. Teilweise existieren zwei Dienstpläne.
 - ▶ Die Handzeichen auf den Leistungsnachweisen werden in der Regel am Monatsende „passend“ nachgetragen.
 - ▶ Pflegekräfte befinden sich an zwei Orten gleichzeitig.



*„Ein besonders anfälliges Gebiet für Korruption
ist das öffentliche Gesundheitswesen,
weil es intransparent und komplex ist.“
– Transparency International Deutschland e.V.*

KORRUPTION IM GESUNDHEITSWESEN

Vorgeschichte



- ⇒ Ratiopharm und das „Verordnungsmanagement“
(LG Hamburg, Urteil vom 09.12.2010 – 618 KLS 10/09 –)
(BGH, Vorlagebeschluss vom 20.07.2011 – 5 StR 115/11 –)
- ⇒ TENS-Geräte und die erlassene Gerätemiete
(LG Stade, Urteil vom 04.08.2010 – 12 KLS 170 Js 18207/09 –)
(BGH, Vorlagebeschluss vom 05.05.2011 – 3 StR 458/10 –)
- ⇒ Beschluss des Großen Senats für Strafsachen
(BGH, Beschluss vom 29.03.2012 – GSSt 2/11 –)

Ein [...] für die vertragsärztliche Versorgung zugelassener Arzt handelt bei der Wahrnehmung der ihm in diesem Rahmen übertragenen Aufgaben (§ 73 Abs. 2 SGB V) weder als Amtsträger im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 2 c) StGB noch als Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne des § 299 StGB.

Wortlaut des Gesetzes I



§ 299a: Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

Wer als *Angehöriger eines Heilberufs*, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs *einen Vorteil* für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür *fordert, sich versprechen lässt oder annimmt*, dass er

- 1. bei der Verordnung* von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten
- 2. bei dem Bezug* von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
- 3. bei der Zuführung* von Patienten oder Untersuchungsmaterial *einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge*, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Wortlaut des Gesetzes II



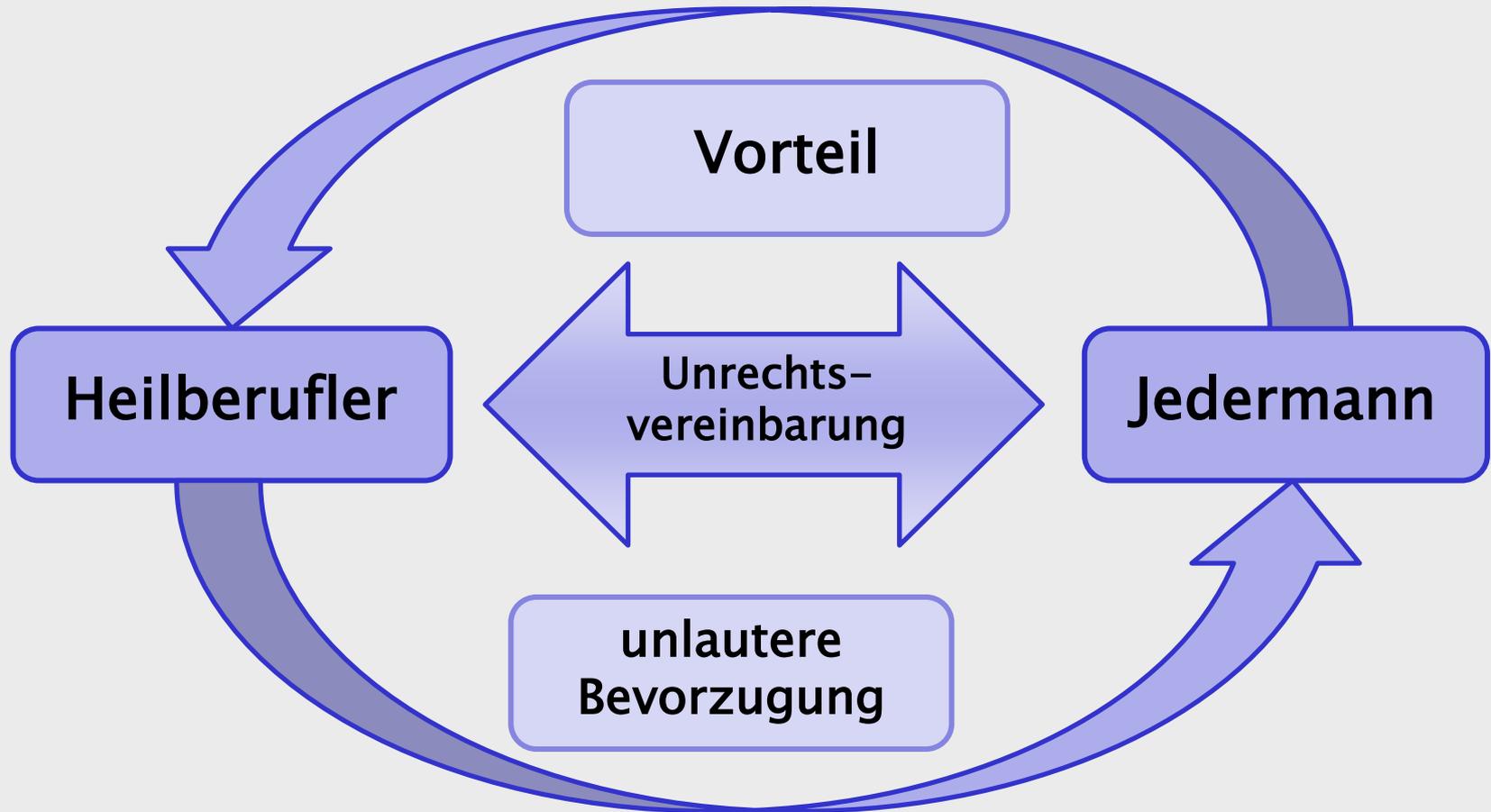
§ 299b: Bestechung im Gesundheitswesen

Wer einem *Angehörigen eines Heilberufs* im Sinne des § 299a im Zusammenhang mit dessen Berufsausübung *einen Vorteil* für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür *anbietet, verspricht oder gewährt*, dass er

- 1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten*
- 2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder*
- 3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ihn oder einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge*, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.



Der Korruptionstatbestand



Tatbestandsmerkmale



„Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert“

- ⇒ Die Formulierung entspricht § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB (*Schweigepflicht*) und § 291a Abs. 4 Nr. 2 e) SGB V (*elektronische Gesundheitskarte*).
- ⇒ u.a. Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Tierärzte, Altenpfleger, Krankenpfleger, Rettungsassistenten/Notfallsanitäter, Hebammen, Psychotherapeuten, Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, MTAs, PTAs
- ⇒ Der Arzt wird aufgrund seiner „Schaltstellenfunktion“ im Gesundheitswesen besonders betroffen sein.

Tatbestandsmerkmale



„einen **Vorteil** für sich oder einen Dritten als Gegenleistung“

- ⇒ materielle oder immaterielle Vorteile
- ⇒ für sich selbst oder Dritte (Familie, Institution, ...)
- ⇒ Denkbare Vorteile im Sinne der Vorschrift:
 - ▶ Geld
 - ▶ Sachwerte, Rabatte
 - ▶ vergünstigte Darlehen
 - ▶ Honorare (bspw. für Anwendungsbeobachtungen)
 - ▶ Reisen (Reisekosten, Übernachtung, Verpflegung)
 - ▶ Einladungen zu Veranstaltungen, Publikationsmöglichkeiten, ...
 - ▶ Ehrungen, Ehrenämter, ...
 - ▶ ...

Tatbestandsmerkmale



„bei der **Verordnung** von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln
oder von Medizinprodukten“

- ⇒ Der „Klassiker“ der bekannt gewordenen Fälle.
- ⇒ Der Arzt nimmt – insbesondere im System der GKV – eine Schlüsselstellung ein, weil er durch die Verordnung von Leistungen die Krankenkassen faktisch zur Zahlung an Dritte verpflichtet, die ein wirtschaftliches Interesse an bevorzugter Berücksichtigung haben.
- ⇒ Dürfte auch privatärztliche Verschreibungen betreffen.

Tatbestandsmerkmale



*„bei dem **Bezug** von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind“*

- ⇒ Die zweite Alternative deckt den Bezug von Sprechstunden- und Praxisbedarf ab.
- ▶ Medizinprodukte
 - ▶ Arzneimittel (Impfstoffe, Zytostatika)

Tatbestandsmerkmale



*„bei der **Zuführung** von Patienten
oder Untersuchungsmaterial“*

⇒ Zuweiservergütungen / „Kopfprämien“

- ▶ Einweisungen und Überweisungen
- ▶ aber auch bloße Verweisungen und Empfehlungen an bestimmte
 - Apotheker
 - Optiker, Hörgeräte-Akustiker, Sanitätshäuser
 - Physio- oder Ergotherapeuten
 - Pflegedienste
 - Krankenhäuser oder (Fach-)Ärzte
 - Fahrdienste (Rettungsdienst / Krankentransport / Taxiunternehmen)

⇒ Laborleistungen

Tatbestandsmerkmale



„einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb **in unlauterer Weise bevorzugen**“

⇒ **Benachteiligung** eines Mitbewerbers im Wettbewerb

- ▶ andere Anbieter von Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln, Medizinprodukten
- ▶ andere Leistungserbringer (Apotheker, Heil- und Hilfsmitteldienstleister, Pflegedienste, Fahrdienste)
- ▶ andere Kliniken oder (Fach-) Ärzte, andere Labore

⇒ Eine Bevorzugung ist **unlauter**, wenn sie Mitbewerber durch die Umgehung der Regelungen des Wettbewerbs und durch Ausschaltung der Konkurrenz schädigen kann.

- ▶ §§ 73 Abs. 7, 128 SGB V
- ▶ §§ 29 Abs. 2, 31, 32, 33 Berufsordnung
- ▶ § 7 HWG

Tatbestandsmerkmale



„dafür *fordert*, sich *versprechen lässt* oder *annimmt*“

- ⇒ **Unrechtsvereinbarung** zwischen Geber und Nehmer
- ⇒ Verknüpfung zwischen Vorteil und unlauterer Bevorzugung
- ⇒ keine (schriftliche oder) ausdrückliche vertragliche Vereinbarung erforderlich; stillschweigende Übereinkunft genügt
- ⇒ Nicht ausreichend sind Zuwendungen
 - ▶ um das allgemeine Wohlwollen zu gewinnen
 - ▶ für bereits erfolgte Bevorzugungen
- ⇒ Die bloße **Vorteilsannahme** ist für Ärzte nicht strafbar.



Unrechtsvereinbarung

- ⇒ Für strafbares Handeln genügen Vorteil und Gegenleistung alleine nicht. Diese müssen durch eine **Unrechtsvereinbarung** verknüpft sein.
- ⇒ Im Einzelfall ergeben sich schwierige Abgrenzungsfragen zwischen erlaubter Kooperation und korruptiven Verhaltensweisen.
- ⇒ Die Unlauterkeit setzt einen Verstoß gegen Berufs-, Sozial- oder Wettbewerbsrecht voraus.
- ⇒ Die möglichen Konstellationen sind tatsächlich und rechtlich teilweise hochkomplex.

Anfangsverdacht

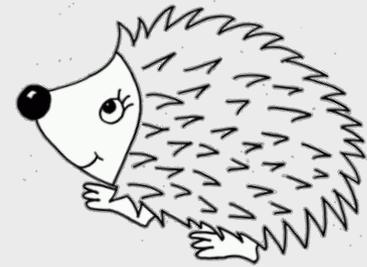


- ⇒ Der weite Vorteilsbegriff wird tatbestandlich eingegrenzt durch
 - ▶ die Beschränkung auf bestimmte Gegenleistungen,
 - ▶ das Erfordernis der Unlauterkeit und
 - ▶ das Bestehen einer Unrechtsvereinbarung.
- ⇒ Zu prüfen ist also vor allem,
 - ▶ ob die mögliche Gegenleistung des Arztes sich als Bevorzugung auf einem der genannten Gebiete erweist,
 - ▶ ob diese Bevorzugung unlauter ist und
 - ▶ ob eine Unrechtsvereinbarung naheliegt.
- ⇒ Oft wird dabei die **Angemessenheit** des Vorteils der wesentliche Gesichtspunkt sein.



Fallkonstellationen

- ⇒ Vereinbarung von Zuweiserprämien mit Einweisern (niedergelassenen Ärzten)
- ⇒ Vergütungen für Berücksichtigung bestimmter Heil- oder Hilfsmittelerbringer
- ⇒ Vergütungen für Verschreibung bestimmter Arznei- oder Hilfsmittel
 - ▶ insb. durch Durchkreuzen von „*aut idem*“
 - ▶ Erstattungen in vielfältiger Weise
- ⇒ Immer dann, wenn Geld oder geldwerte Vorteile für den Zufluss von Patienten, Verordnungen oder Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln fließen.



*„Der Arzt mutiert zum Krämer,
mit der Kasse gleich am Empfangstresen“*

*– Prof. Wulf Dietrich
Vorsitzender des vdää*

INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNGEN



Behandlungspflicht

- ⇒ Der Vertragsarzt ist mit seiner Niederlassung und der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung *"zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung [...] berechtigt und verpflichtet"*. (§ 95 Abs. 3 S. 1 SGB V)
- ⇒ Er darf daher nicht wählen, ob er gesetzliche Versicherte als Vertragsarzt oder privatärztlich behandelt und deren Behandlung ansonsten ablehnen. (vgl. § 13 Abs. 7 S. 3 BMV-Ä)
- ⇒ Dieses Wahlrecht hat vielmehr nur der Patient. (vgl. § 18 Abs. 8 S. 2 BMV-Ä)



Privatärztliche Behandlung

- ⇒ Die privatärztliche Behandlung gesetzlich Versicherter kommt im wesentlichen nur in zwei Fallkonstellationen in Betracht:
- ▶ auf ausdrücklichen **vorherigen** Wunsch **seitens des Patienten** (§ 18 Abs. 8 S. 3 Nr. 2 BMV-Ä), der schriftlich fixiert wird
 - ▶ für Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören (§ 18 Abs. 8 S. 3 Nr. 2 BMV-Ä), sog. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ („IGeL“), wenn der Versicherte **vorher** zustimmt und auf die Pflicht zur Kostenübernahme hingewiesen wurde.



Individuelle Gesundheitsleistungen

- ⇒ „IGeL“ dürfen nur außerhalb des Leistungskatalogs der GKV erbracht werden.
 - ▶ Täuscht der Arzt den Patienten über seine Verpflichtung, die Leistung als „Kassenleistung“ zu erbringen, kommt eine Wertung als Betrug in Betracht.
 - ▶ Drängt der Arzt den Patienten zu einer privatärztlichen Behandlung, obschon er zur Leistungserbringung als „Kassenleistung“ verpflichtet ist, kommt eine Wertung als Erpressung in Betracht.
- ⇒ Werden Leistungen mit dem Patienten privatärztlich abgerechnet, ist eine (doppelte) Abrechnung mit der KV ausgeschlossen.

Ärztliche Gebührenordnung I



- ⇒ Die GOÄ (GOZ) macht verbindliche Vorgaben für die Abrechnung ärztlicher Leistungen, die aber auslegungs- und ergänzungsfähig sind.
- ⇒ Leistungen sind zu Gebührentatbeständen unter einer Abrechnungsnummer zusammengefasst, der ein Punktwert/Betrag zugeordnet ist.
- ⇒ Schwierigkeit und Zeitaufwand der Leistungen sowie Umstände bei der Ausführung werden durch den nach billigem Ermessen zu bestimmenden Faktor (1,0 bis 3,5) abgebildet.
- ⇒ Ein Faktor $> 2,3$ ist begründungspflichtig.

Ärztliche Gebührenordnung II



- ⇒ Nicht in der GOÄ erfasste Leistungen können durch Analogberechnung abgebildet werden (§ 6 Abs. 2 GOÄ).
 - ▶ nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung
 - ▶ Abrechnungsempfehlungen der BÄK
- ⇒ Neben die Gebühren treten (Wege-) Entschädigungen und Auslagenersatz.
- ⇒ Zulässig ist auch eine im voraus zu treffende Gebührenvereinbarung (§ 2 GOÄ), die der Struktur der GOÄ entsprechen muss.
- ⇒ „Wunschleistungen“ sind zu kennzeichnen.

Persönliche Leistungserbringung



⇒ Grundsatz d. persönlichen Leistungserbringung

Der zur Dienstleistung Verpflichtete hat die Dienste im Zweifel in Person zu leisten. §§ 630b, 613 Abs. 1 BGB

Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ

- ⇒ **höchstpersönliche** Erbringung der **Kernleistung**
- ⇒ grundlegende Weichenstellung für die Therapie
- ⇒ bei Delegation: **Aufsicht** und **fachliche Weisung**
- ⇒ Sonderregelung: u.a. Labor- u. stat. Leistungen

Abrechnungsbetrug



⇒ Teilweise Übertragung der aus der vertragsärztlichen Abrechnung bekannten Grundsätze mit der „Laborarztentscheidung“ des BGH.

BGH, Beschluss vom 25.01.2012 – 1 StR 45/11 –

- ▶ Mit seiner Abrechnung nach der GOÄ erklärt der Arzt, zur Abrechnung der Leistungen berechtigt zu sein und – jedenfalls konkludent – die Voraussetzungen der der Abrechnung zugrundeliegenden Rechtsvorschriften eingehalten zu haben.
- ▶ Die allgemeine Vorstellung des Empfängers, diese Rechnung sei „in Ordnung“, genügt für die Annahme einer Täuschung.

Vermögensschaden



- ⇒ Bei „Luftleistungen“, überhöhter Berechnung oder Leistungsausschlüssen bestehen keine Besonderheiten.
- ⇒ Bei nicht persönlich erbrachten Leistungen gilt:
 - ▶ Der Wert privatärztlicher Leistungen bemisst sich nach der GOÄ, weil freie Preisvereinbarungen unzulässig sind. Ist eine Leistung nicht abrechenbar, fließt dem Patienten daher auch kein Wert zu.
 - ▶ Eine Schadenskompensation, weil der Patient eine ansonsten dem anderen Arzt geschuldete Zahlung erspart hat, tritt nicht ein. Dieser hat in solchen Fällen gerade keinen Anspruch gg. den Patienten erworben.

BGH, Beschluss vom 25.01.2012 – 1 StR 45/11 –



Gebührenvereinbarungen

- ⇒ Gebührenvereinbarungen müssen vor Leistungserbringung schriftlich getroffen werden und müssen enthalten:
 - ▶ Nummer und Leistungsbezeichnung
 - ▶ Steigerungssatz (Faktor)
 - ▶ vereinbarter Betrag
 - ▶ Hinweis auf ggf. fehlende volle Erstattungsfähigkeit
- ⇒ Pauschalvereinbarungen sind demnach unzulässig.
- ⇒ Ist dem Arzt dies bewusst, könnte man an eine Bewertung als Betrug denken.



Fallkonstellationen

⇒ Drängen in die Privatliquidation

- ▶ Vortäuschen von IGeL (*Betrug*)
- ▶ Behandlungsverweigerung (*Erpressung*)
- ▶ Grenzfälle (Vorzugsbehandlung für Privatpatienten)

⇒ Gebührenvereinbarungen

- ▶ fehlende notwendige Aufklärung
- ▶ Pauschalvereinbarungen

⇒ fehlerhafte GOÄ–Abrechnung

- ▶ ohne vollständige Erbringung des Leistungsinhalts o.ä.
- ▶ unzulässige (Analog–)Berechnungen
- ▶ überhöhte Steigerungssätze / fehlende Begründungen
- ▶ nicht persönlich erbrachte Leistungen



*Wo das Recht zweifelhaft ist,
soll man nach der Gewohnheit richten.*

EINZELFRAGEN DES STRAF(PROZESS)RECHTS



Umgang mit elektronischen Daten

- ⇒ Die Dokumentation und Abrechnung erfolgt insbesondere in der ärztlichen Praxis auch oder sogar nur noch elektronisch.
- ⇒ Ein Durchsuchungsbeschluss sollte daher unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Vorgaben auch Daten(träger) erfassen.
- ⇒ Ablauf:
 - ▶ Sicherung der Daten durch ITB
 - ▶ Sichtungsphase, ggf. mit richterlicher Bestätigung
 - Lauffähigkeit der Praxissoftware?
 - ▶ Beschlagnahme von Beweismitteln, Löschung von Überschussdaten



Praktische Umsetzung

- ⇒ Der Durchsuchungsbeschluss sollte ausdrücklich auch Datenträger und gespeicherte Daten umfassen. In der Regel wird vor Ort nur eine Komplettsicherung in Betracht kommen.
- ⇒ Bei der Sichtung kann ggf. der Softwarehersteller Unterstützung leisten.
- ⇒ Es gibt i.d.R. keine Anwesenheitsrechte Verfahrensbeteiligter bei der Sichtung.
- ⇒ Die verfassungsrechtlich gebotene Löschung z.B. nicht benötigter Patientendaten muss unter Sicherung der Beweismittelintegrität erfolgen.

Danke!



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Thomas Hochstein
<http://thomas-hochstein.de/>