

---

# 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



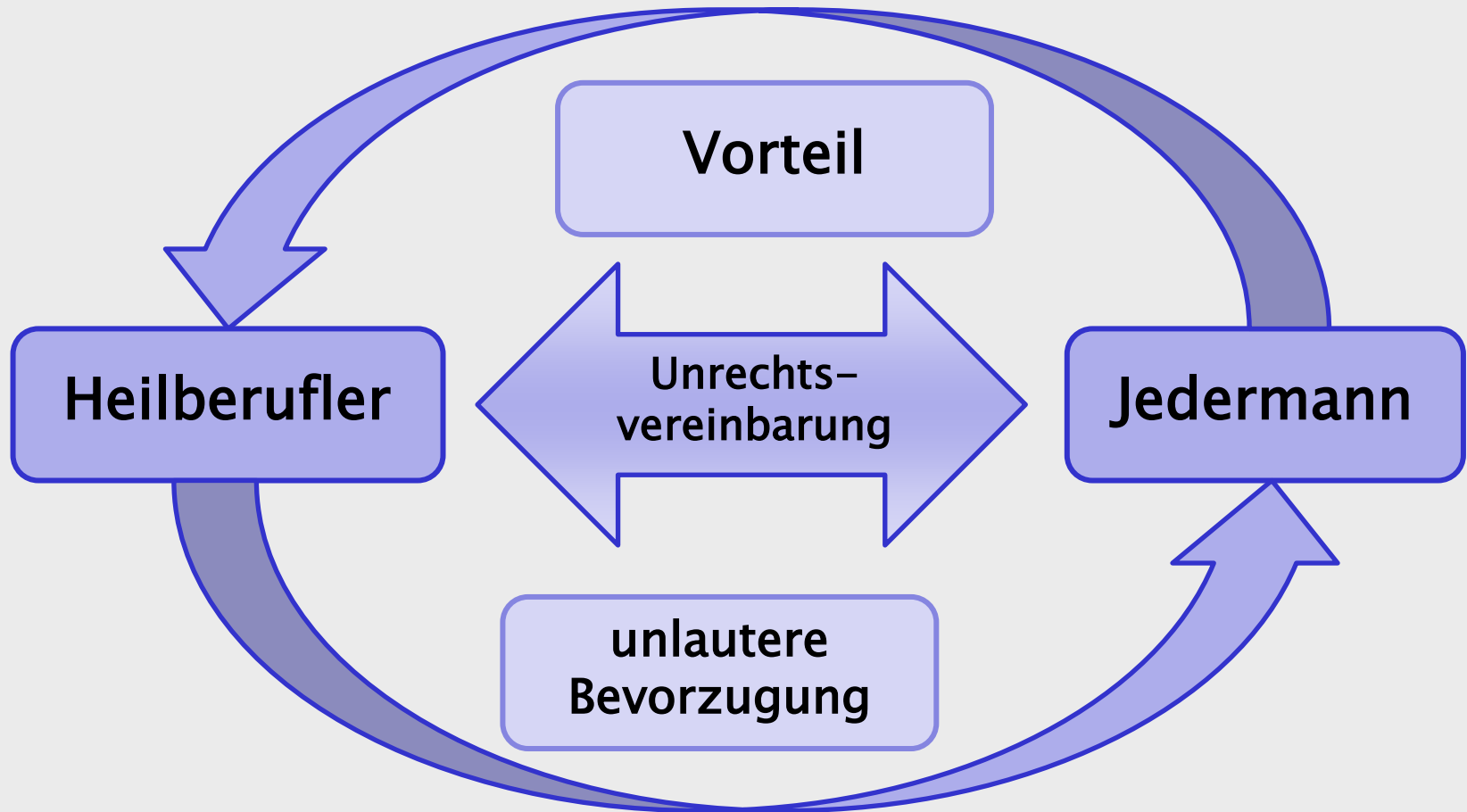
## *§ 299b: Bestechung im Gesundheitswesen*

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

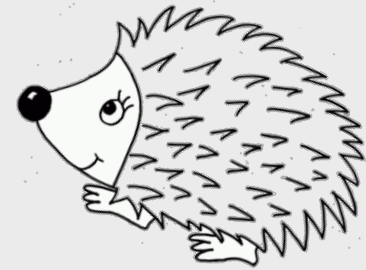


- ⇒ Der weite Vorteilsbegriff wird tatbestandlich eingegrenzt durch
  - ▶ die Beschränkung auf bestimmte Gegenleistungen,
  - ▶ das Erfordernis der Unlauterkeit und
  - ▶ das Bestehen einer Unrechtsvereinbarung.
- ⇒ Zu prüfen ist also vor allem,
  - ▶ ob die mögliche Gegenleistung des Arztes sich als 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/>