

Einleitung

Die Tätigkeit in der Geschäftsführung eines Krankenhauses birgt besondere strafrechtliche Risiken, auf die eine kaufmännische oder medizinische Ausbildung nicht ausreichend vorbereitet. Soweit Krankenhäuser über eigene Justiziere und Justiziarinnen¹ verfügen, müssen diese ein breites rechtliches Spektrum, angefangen beim Arbeitsrecht, Vertragsrecht über Haftungsrecht bis hin zum Datenschutz und gegenwärtig auch den in der Pandemie aufkommenden Rechtsfragen, abdecken. Trotz dieser Breite in den juristischen Tätigkeiten wird rechtliches Know-how auch in der Tiefe verlangt. Um die juristischen Klippen und die strafrechtlichen Fallstricke der Leitungsaufgaben im Krankenhaus sicher zu umschiffen, sind Kenntnisse auch im Bereich des Medizinwirtschaftsstrafrechts und des Wirtschaftsstrafrechts im Allgemeinen erforderlich.

Zu den relevanten Themenkreisen gehören beispielsweise die Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Geschäftsführeruntreue, des Subventionsbetruges, der Fragestellungen im Spannungsfeld zwischen Erlösoptimierung und Abrechnungsbetrug, des Arbeitsstrafrechts und auch der in diesem Buch behandelten Korruptionsdelikte. Das Spezifikum der hier behandelten Rechtsmaterie besteht darin, dass die Rechtslage alles andere als klar und eindeutig ist. Zu vielen Fragen gibt es mehrere juristischen Meinungen und noch keine gesicherten Leitplanken in Form höchstrichterlicher Entscheidungen.

Hinzu kommt, dass die Prävention entsprechender Taten nicht alleine Rechtskenntnis erfordert. Die Krankenhausgeschäftsführung und ihre Mitarbeitenden aus den Bereichen Recht, Personal und Compliance benötigen Fingerspitzengefühl und Erfahrung, um einschlägige Risiken zu identifizieren, die richtigen Vorgehenswege zu hinterfragen und zu prüfen und die organisatorischen Prozesse der Risikominimierung aufzusetzen, aufrechtzuerhalten und fortgesetzt zu verbessern.

Das vorliegende Buch gibt einen Einstieg in die vorstehend angesprochenen vielfältigen Fragen und ermöglicht einen Überblick sowie Zugang zur weiterführenden Spezialliteratur. Es will helfen, in den einschlägigen Situationen zunächst ohne Konsultation externer Spezialisten und Spezialistinnen die Rechtslage einzuschätzen. Der Fokus liegt auf dem Krankenhaus und der Risikominimierung für die Trägergesellschaft und die Geschäftsführung, Vorstände und Justiziere und Justiziarinnen sowie Compliance-Verantwortlichen dieser Unternehmen.

¹ Bei der Verwendung der geschlechtergerechten Sprache orientiert sich der Verfasser an den Empfehlungen des Duden.

Es handelt sich nicht um ein Lehrbuch, das mit rechtswissenschaftlicher Genauigkeit einzelne Auslegungsfragen thematisiert, sondern um eine praxisnahe Darstellung der speziell für den Krankenhausbetrieb wesentlichen Fragestellungen. Soweit möglich werden eindeutige Antworten gegeben und Risikobereiche abgesteckt.

Die Auswahl der Fragestellungen folgt den Erfahrungen des Verfassers im Rahmen der Tätigkeit als Verteidiger und bei der Implementierung von Compliance-Management- und Antikorruptions-Systemen, insbesondere in Krankenhäusern und anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Diese Ausrichtung hat den Vorteil, dass auf vergleichsweise engem Raum neben praxisnahen, hier ergebnisorientiert dargestellten Rechtsfragen auch organisatorische Aspekte, Prozesse usw. angesprochen werden.

Hierdurch hoffen wir, Ihre praktische Arbeit beim Aufbau, der Aufrechterhaltung, Verbesserung und Prüfung der maßgeblichen Vorgänge unterstützen zu können. Ihre Anregungen, gerne per E-Mail an die Kanzlei des Verfassers (info@hendrikschneider.eu), sind willkommen und können in einer späteren Auflage berücksichtigt werden.

1 Risiko Korruption

1.1 Bedeutung der Korruptionsdelikte in der Praxis

1.1.1 Überblick über die Aktivitäten des Gesetzgebers und deren Bedeutung für das Krankenhaus

Reformen durch das Gesetz zur Bekämpfung der Korruption vom 13. August 1997

Der sogenannte Herzklappenskandal in den 1990er Jahren war der Auslöser der Verschärfung des Korruptionsstrafrechts im Jahr 1997. Die damaligen Reformen betrafen in erster Linie die Amtsdelikte der §§ 331 ff. StGB, die bei Krankenhäusern im Eigentum der Öffentlichen Hand einschlägig sind und Strafbarkeitsrisiken für die Krankenhausgeschäftsführung und Mitarbeitende (Ärzte und Ärztinnen, Pflegekräfte, Mitarbeitende im Bereich Einkauf usw.) begründen. Im Anschluss an diese Reformen rückte insbesondere die Frage der Kooperation zwischen Ärzten und Ärztinnen und der Medizinprodukte- und Pharmaindustrie in den Vordergrund der Compliance im Krankenhaus. Thematisiert wurde und wird insofern, unter welchen Voraussetzungen Zuwendungen der Industrie angenommen werden können. Die Krankenhausgeschäftsführung hat insofern eine Organisationsverantwortung und ist verpflichtet, durch entsprechende krankenhausesinterne Maßnahmen sicherzustellen, dass die rechtlichen Grenzen des Zulässigen eingehalten werden. Ermittlungsverfahren in diesem Bereich richten sich aber in aller Regel nicht gegen die Krankenhausgeschäftsführung, sondern gegen den Arzt oder die Ärztin, dem oder der die Vorteile zugewendet werden. Dies gilt auch bei sogenannten »Dritt Vorteilen« (z. B. Drittmitteln), die auf Konten des Krankenhauses eingehen.

Schließung strafrechtlicher Lücken durch das Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen vom 30. Mai 2016

Nach langem Ringen der politischen Kräfte wurden knapp 20 Jahre nach der oben skizzierten Reform der Amtsdelikte die Straftatbestände gegen Korruption im Gesundheitswesen in Kraft gesetzt (§§ 299a, b StGB). Durch diese wurde eine Lücke im Schutz vor Korruption durch das Strafrecht geschlossen, weil erst aufgrund der neuen Bestimmungen, namentlich der §§ 299a, b StGB, die Bestechlichkeit bzw.

Bestechung eines niedergelassenen Arztes bzw. einer niedergelassenen Ärztin strafbar ist (zu den Entwürfen der 17. Legislaturperiode, siehe Schneider 2013b, sowie der Gesetzgebungsgeschichte der §§ 299a, b StGB in der 18. Legislaturperiode, Schneider 2017a, 223 ff.; Dannecker und Schröder, in: Kindhäuser u. a. (Hrsg.), Nomos Kommentar zum StGB 2017, § 299a Rn. 1 ff.; aufschlussreiche Hintergrundanalyse bei Schröder 2019, 71 ff., 78 ff.). Dies ist einerseits für den Bereich des »Pharmamarketings« im ambulanten Sektor, andererseits aber auch für das Krankenhaus relevant, wie der Themenkomplex der Zuführung von Patienten und Patientinnen gegen Entgelt zeigt. Die Gewährung eines Vorteils für die Einweisung von Patienten und Patientinnen zur stationären Behandlung ist erst seit Einführung der §§ 299a, b StGB strafbar. Da ein Mitglied der Krankenhausgeschäftsführung in diesen Fällen (oft gemeinsam mit dem Justiziar bzw. der Justiziarin) die entsprechenden Verträge aushandelt, ist er oder sie persönlich als vorteilsgebende Person in der Verantwortung und kann sich nach § 299b StGB strafbar machen, während der Arzt bzw. die Ärztin in der Rolle der vorteilsnehmenden Person nach § 299a StGB strafrechtlich verantwortlich ist. Es handelt sich nach wie vor um ein Risikogebiet, das nicht nur im Zusammenhang mit den Korruptionsdelikten, sondern auch in arbeitsstrafrechtlicher Hinsicht zahlreiche Compliance-Fragen aufwirft. Im strafrechtswissenschaftlichen Schrifttum wird insgesamt mit Recht darauf hingewiesen, dass die Einführung der Straftatbestände gegen Korruption im Gesundheitswesen im Krankenhausbereich zu einer Verstärkung und zum systematischen Ausbau der Compliance-Bemühungen geführt haben (Kubiciel 2019, 193 ff., 193).

Reformen durch Einführung sozialrechtlicher Verbotstatbestände

Neben diesen Erweiterungen der strafrechtlichen Haftungsrisiken für Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte sowie andere Angehörige von Heilberufen und die Geschäftsführung der stationären und ambulanten Einrichtungen hat der Gesetzgeber auf der Ebene des Sozialrechts Vorschriften in Kraft gesetzt, die der Verhinderung von Korruption auf dem Gesundheitsmarkt dienen. Hierzu gehören § 128 und § 73 Abs. 7 SGB V. Durch den seit 01.04.2009 (GKV-OrgWG vom 15.12.2008, BGBl. I, 2426) eingeführten § 128 SGB V werden diverse Formen des Zusammenwirkens von Vertragsärzten und Vertragsärztinnen sowie Ärzten und Ärztinnen in Krankenhäusern und Heil- und Hilfsmittelerbringern verboten. Das Ziel der Regelung besteht insbesondere darin, »Fehlentwicklungen in der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten« entgegenzutreten (BT-Drs. 16/10609, 58). Schutzzweck ist demnach primär, das ärztliche Ordnungsverhalten und die Produktauswahl von sachfremden wirtschaftlichen Erwägungen freizuhalten und die Wahlfreiheit der Versicherten (insbes. bei der Hilfsmittelversorgung) zu gewährleisten (Schiller 2009, 484 ff.; Butzer und Bogan 2010, 309; Luthé 2011, 404 ff.). § 128 SGB V verbietet unter anderem die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots. Gegen diese Norm wird auch im Krankenhaus gelegentlich verstoßen, wenn auf den Stationen Hilfsmittel abgegeben werden, die nicht zu der Ausstattung der Notfalldepots gehören.

**Fallbeispiel aus der Rechtsprechung, AG Landsberg,
Urt. v. 16.01.2013 – 6 Ls 200 Js 141129/08:**

Der nicht vorbestrafte angeklagte Geschäftsführer einer zur Abgabe von Hilfsmitteln nach § 126 SGB V zu Lasten der Krankenkassen zugelassenen Firma wurde vom Amtsgericht Landsberg wegen Betruges in einem besonders schweren Fall zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und sechs Monaten verurteilt, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde.

Der Angeklagte hatte gegen das Depotverbot verstoßen und insbesondere »Bandagen, Vorfußentlastungsschuhe und Kompressionsstrümpfe« vertrieben. Die von verschiedensten Ärzten aus dem ganzen Bundesgebiet durch Rezept verordneten Hilfsmittel wurden den jeweiligen Patienten jeweils in den dortigen Arztpraxen oder daran angegliederten Einrichtungen vor Ort abgegeben. Das Amtsgericht sieht hierin, soweit nicht im Einzelfall ein Notfall vorlag, einen Abrechnungsbruch: *»In den vom Angeklagten anerkannten Rahmenverträgen ist insbesondere ausdrücklich geregelt, dass der Leistungserbringer die Hilfsmittelversorgung durch eigenes Fachpersonal, in eigenen Räumen vor Ort anzupassen und den Versicherten in den Gebrauch einzuweisen hat. Jegliche Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit Ärzten zum Ziel der Ausweitung der Versorgung bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln ist unzulässig. Dies gilt insbesondere für Hilfsmitteldepots in Arztpraxen. (...) Durch die Einreichung der Rezepte hat der Angeklagte konkludent erklärt gemäß den für ihn geltenden Vorschriften ordnungsgemäß abgerechnet zu haben und einen entsprechenden Irrtum bei den Sachbearbeitern der Versicherungen erzeugt. Die konkrete positive Vorstellung der Berechtigung ist bei Betrugsvorwürfen im Zusammenhang mit standardisierten auf Massenerledigung ausgelegten Abrechnungsverfahren nicht erforderlich. Ausreichend ist, dass die Mitarbeiter stillschweigend davon ausgehen, dass »alles in Ordnung ist« (BGH, Urt. v. 22.08.2006 – 1 StR 547/05, NStZ 2007, 213 ff., 213). Nach der Rechtsprechung des BGH im Sozialversicherungsrecht ist von der sogenannten streng formalen Betrachtungsweise auszugehen. Das heißt, dass sich der Angeklagte nicht darauf berufen kann, dass die Krankenkassen in jedem Fall auch über einen anderen Leistungserbringer als den Angeklagten dieselben Kosten für Hilfsmittel hätten erstatten müssen. Entscheidend ist, dass der Angeklagte keinen Anspruch auf die Kostenerstattung hatte und damit ein strafrechtlich relevanter Schaden in voller Höhe der geleisteten Zahlungen entstanden ist. Alles andere ist im Rahmen der Strafzumessung zu berücksichtigen.«*

§ 73 Abs. 7 SGB V enthält einen sozialrechtlichen Verbotstatbestand der Zuweisung gegen Entgelt, der die entsprechenden Bestimmungen des ärztlichen Berufsrechts ergänzt. Bei beiden Gesetzen, d. h. §§ 128 und 73 Abs. 7 SGB V, handelt es sich um sogenannte »Marktverhaltensnormen«, deren Verletzung den Vorwurf unlauteren Verhaltens nach sich ziehen kann. Da die Korruptionsdelikte der §§ 299 und 299a, b StGB ein unlauteres Marktverhalten voraussetzen, sind diese außerstrafrechtlichen Normen auch von Relevanz für das Strafrecht.

Professionalisierung der Strafverfolgung durch Einführung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften und andere Reformen

Hinzu kommt die Professionalisierung der Strafverfolgung allgemein im Bereich des Medizinwirtschaftsstrafrechts, die seit 2009 durch Bildung sogenannter Schwerpunktstaatsanwaltschaften eingesetzt hat. Zur Steigerung der einschlägigen Entdeckungsrisiken tragen ferner die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei, die auf der Seite der Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen seit 2004 eingeführt wurden. Unter Fallkonstellationen des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen versteht das Gesetz »Fälle und Sachverhalte (...), die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten« (§ 197a Abs. 1 SGB V).

Nach einem vom AOK Bundesverband im Dezember 2020 veröffentlichten Bericht wurden im Zeitraum zwischen 01.01.2018 bis 31.12.2019 alleine von den AOK 15.294 Fälle verfolgt (Seite 15 des Berichts). In 1.513 Fällen wurde die Staatsanwaltschaft unterrichtet. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nach herrschender Meinung im strafrechtlichen Schrifttum die Mitarbeitenden dieser Stellen bei Vorliegen eines Anfangsverdachts zur Vermeidung eigener strafrechtlicher Risiken verpflichtet sind, den Verdacht der Staatsanwaltschaft zu melden (näher: Dannecker und Bülte 2012, 1 ff.; Darstellung des Meinungsstreites bei Richter 2017, 94 ff.). Die Sachverhalte betreffen zwar in erster Linie den ambulanten Sektor und Betrugsvorwürfe, aber auch Fälle der Korruption unter Beteiligung stationärer Einrichtungen.

Insgesamt hat das Medizinwirtschaftsstrafrecht wie kaum eine andere Materie Konjunktur und ist auch in der Lehre angekommen (vgl. etwa Warntjen und Conze 2019, 368 ff., 371 ff.). Eine Besonderheit besteht darin, dass die zugrundeliegenden Rechtsfragen vielfach sehr anspruchsvoll sind. Die strafrechtlichen Risiken lassen sich nicht durch einen Blick in das Gesetz erfassen, sondern bedürfen komplexer Analysen, die schließlich vielfach nicht einmal zu eindeutigen Ergebnissen führen. Ein Grund hierfür besteht in der Interdisziplinarität der Rechtsfragen, bei der in vielen Konstellationen eine Gemengelage aus Strafrecht, Sozialrecht, Gebührenrecht, Berufsrecht, Heilmittelwerberecht u. a. zu prüfen ist.

Zielkonflikte in einzelnen Regelungsmaterien

Hinzu kommen Zielkonflikte der einzelnen Rechtsmaterien, die nicht immer aufeinander abgestimmt sind. So ging es beispielsweise bei den Reformen der § 115a SGB V, § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV (beide reformiert durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, in Kraft seit dem 01.01.2012), § 2 Abs. 2 KHEntG (reformiert durch das PsychEntgG, in Kraft seit dem 21.07.2012) um die Flexibilisierung der Kooperationsmöglichkeiten, auch im Interesse einer Absenkung der Sektorengrenzen (näher dazu Clausen 2012, 248 ff.; Möller und Makoski 2012, 647 ff.; Ratzel 2017, 701 ff.). In der Begründung zur Reform des § 2 KHEntG wird einer Einschränkung der Kooperationsmöglichkeiten bewusst entgegengetreten und

der diesbezüglichen restriktiven Rechtsprechung (vgl. Sächsisches LSG, Urt. v. 30.04.2008 – L 1 KR 103/07) der Boden entzogen, vgl. BT-Drs. 17/9992, 26: »Die Erbringung und Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen können nicht vom Status des ärztlichen Personals im Krankenhaus (Beamten- oder Angestelltenverhältnis oder sonstige Vertragsbeziehung) abhängen. Die Vorgaben für Krankenhäuser nach § 107 Absatz 1 Nummer 3 SGB V, jederzeit verfügbares ärztliches Personal vorzuhalten, sind im Übrigen statusneutral. Es ist deshalb nicht geboten, die Tätigkeit zum Beispiel von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern nur über ein Anstellungsverhältnis zu gestatten. (...) Zudem entspricht der Einsatz von im Krankenhaus nicht fest angestellten Honorärärzten bei der Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen einer bereits weit verbreiteten Praxis. Hierzu bewirkt die gesetzliche Regelung mehr Rechtssicherheit«.

Demgegenüber zielen die §§ 299a, b StGB und die jüngste Rechtsprechung zur Scheinselbständigkeit sogenannter »Honorärärzte« (BSG, Urt. v. 04.06.2019 – B 12 R 11/18 R) auf die Verengung der Handlungsmöglichkeiten ab.

Konsequenzen für das Krankenhaus-Management

In diesem komplexen regulatorischen Umfeld sollte sich das Krankenhaus durch ein entsprechendes Risiko- und Compliance-Management absichern. Dies setzt Kenntnis der zugrundeliegenden Rechtsfragen, die Erarbeitung und Standardisierung von Prüf- und Genehmigungsprozessen und regelmäßige Audits voraus. Angesichts zunehmend unberechenbarer Risiken, mit einem Ermittlungsverfahren konfrontiert zu werden, ist es wichtig, auf diesen Fall angemessen vorbereitet zu sein. Denn in der Eröffnungsphase der Ermittlungen, zum Beispiel einer Durchsuchung mit zeitgleicher Spontanvernehmung von Zeugen oder Zeuginnen und Tatverdächtigen werden vielfach irreversible Fehler gemacht. Das Krankenhaus sollte daher in der Lage sein, sich in jeder Phase des Verfahrens angemessen zu verteidigen. Zunehmende Bedeutung erlangen darüber hinaus Interne Untersuchungen, die außerhalb eines Ermittlungsverfahrens zur Aufklärung von Verdachtsmomenten oder im laufenden Verfahren durchgeführt werden. Auch diese Maßnahme der »repressiven Compliance« unterliegt bestimmten rechtlichen Voraussetzungen und Grenzen und sie eröffnet Chancen, den Ausgang von Ermittlungsverfahren zu beeinflussen. Beide Fragestellungen werden in diesem Buch ebenfalls angesprochen.

1.1.2 Kriminalstatistik

Die Einführung der Straftatbestände gegen Korruption im Gesundheitswesen fand im Jahr 2016 breite Beachtung. Heute besteht vielfach der Eindruck, es gäbe keine Verfahren und die angekündigten Risiken seien nicht eingetreten (Lorenz und Vogel 2020, 452 ff.). Richtig ist daran, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Jahreswechsel 2020/2021) lediglich eine veröffentlichte strafgerichtliche Entscheidung vorliegt (LG Hildesheim, Beschl. v. 07.02.2020 – 15 Qs 1/20), die nicht den stationären Sektor, sondern den Vertrieb von Nahrungsergänzungs-

mitteln durch einen umsatzbeteiligten Arzt betrifft. Es spricht jedoch vieles dafür, dass die neuen Straftatbestände allmählich in der Praxis angekommen sind und die Anzahl der Ermittlungsverfahren ansteigt.

Aufschluss über die Daten des sogenannten Hellfelds der registrierten Kriminalität gibt das Bundeslagebild Korruption 2019, das kürzlich veröffentlicht wurde und einen deutlichen Anstieg der Ermittlungsverfahren erkennen lässt. Das Bundeslagebild beruht auf den Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundes, die ihrerseits Aufschluss über die Anzahl der polizeilich registrierten Straftaten und der ermittelten Tatverdächtigen gibt.

Aus dem Bundeslagebild Korruption ergeben sich insgesamt 5.428 Fälle von polizeilich registrierten Korruptionsstraftaten. Zwar liegt dieser Wert immer noch unter dem Durchschnitt der letzten fünf Jahre, allerdings ist im Vergleich zu 2017 und 2018 ein Wiederanstieg zu verzeichnen. Als Grund für diesen Anstieg wird bereits im Überblick auch auf Verfahren nach §§ 299a, b StGB verwiesen.

Aus der sogenannten »Einzelbetrachtung« ergibt sich für den Bereich der Bestechlichkeit bzw. Bestechung im Gesundheitswesen ein deutlicher Anstieg. Die verzeichneten Delikte stiegen von 40 Fällen im Jahr 2018 auf 135 Fälle im Jahr 2019 auf Vorteilsnehmerseite (§ 299a StGB) bzw. von 29 Fällen im Jahr 2018 auf 146 im Jahr 2019 auf Vorteilsgeberseite (§ 299b StGB) (► Abb. 1).

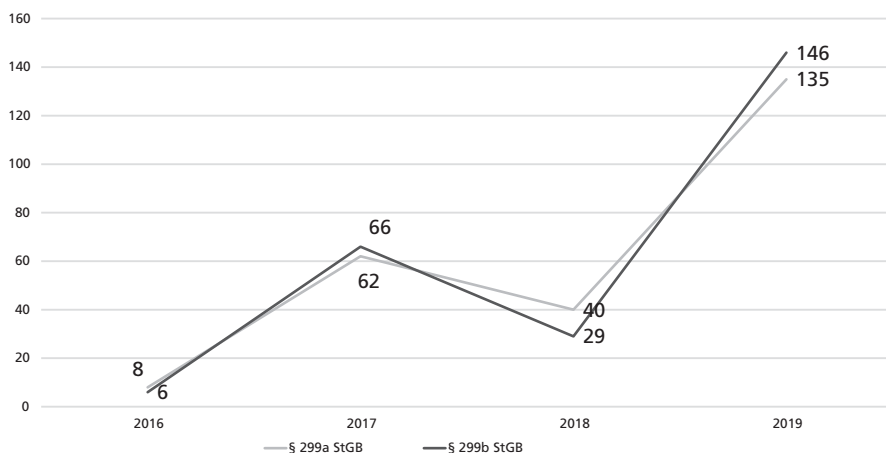


Abb. 1: Entwicklung der Fallzahlen §§ 299a, b StGB (eigene grafische Darstellung nach: Bundeskriminalamt, Korruption Bundeslagebild 2019)

Zugleich wuchs die Anzahl der Delikte der besonders schweren Fälle von Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen von zwei Fällen im Jahr 2018 auf 138 Fälle im Jahr 2019. Besonders auffällig ist insoweit, dass mit dem vergleichsweise geringen Anteil der Korruption im Gesundheitswesen an der polizeilich registrierten Korruption insgesamt ein vergleichsweise hoher Anteil der besonders schweren Fälle korrespondiert (► Abb. 2).

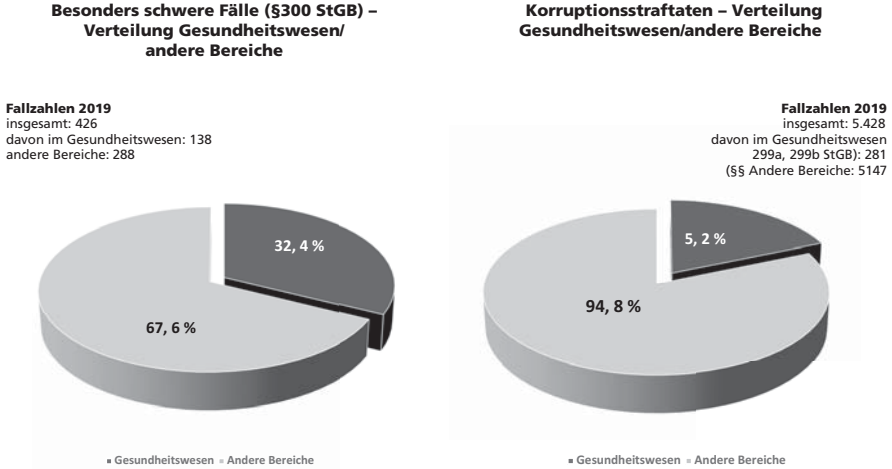


Abb. 2: Vergleich des auf das Gesundheitswesen fallenden Anteils an Delikten (eigene grafische Darstellung nach: Bundeskriminalamt, Korruption Bundeslagebild 2019)

Zwar lassen sich laut dem Hinweis im Bundeslagebild sowohl über die Hälfte der Fälle nach §§ 299a, b StGB auf Ermittlungsverfahren in Brandenburg als auch der Anstieg der Fälle nach § 300 StGB auf Verfahren in Baden-Württemberg zurückführen. Ein Teil des Anstiegs ist somit auch auf regional begrenzte Geschehnisse und daraus entstandene Umfangsverfahren zurückzuführen. Vollständig erklärt werden kann der Anstieg mit diesen Effekten allerdings nicht.

In Bezug auf die Fallzahlen der §§ 331 ff. StGB wird in der Darstellung des Bundeslagebilds Korruption 2019 nicht zwischen Taten, die dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind, und anderen Bereichen unterschieden. Daher kann trotz der Anwendbarkeit der Straftatbestände im Bereich der Korruption im Gesundheitswesen, z. B. auf Amtsträger und Amtsträgerinnen, wie Angehörige von Universitätskliniken, keine Entwicklungstendenz ausgemacht werden.

Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass das Bundeslagebild Korruption (ebenso wie allgemein die Polizeiliche Kriminalstatistik – PKS) kein vollständiges Bild der ermittlungsbehördlichen Aktivitäten bei der Verfolgung von Korruptionsdelikten im Gesundheitsbereich zeichnet. So sind in den betreffenden Statistiken nicht die Anzahl der Fälle, die direkt bei der Staatsanwaltschaft zur Anzeige gebracht oder eigenverantwortlich durch diese aufgenommen und bearbeitet werden, berücksichtigt. In der Praxis werden die Ermittlungen bei Wirtschafts- bzw. Korruptionsstraftaten aber vielfach unmittelbar durch die zuständige Staatsanwaltschaft eingeleitet. Die tatsächlichen Zahlen des Hellfeldes sind somit vermutlich deutlich höher als die statistischen Angaben in PKS und Bundeslagebild.

Für die Vorjahre ergeben sich Anhaltspunkte in Bezug auf das Fallaufkommen aus einer »kleinen Anfrage« von Abgeordneten der FDP an die niedersächsi-

sche Landesregierung vom 13.03.2019 (medstra-News 24/2019). Wie sich aus der Antwort der Landesregierung ergibt, wurden in Niedersachsen insgesamt dreizehn Ermittlungsverfahren betreffend § 299a StGB im Jahr 2017 geführt und zwölf im Jahr 2018. Zu § 299b StGB gab es 2017 acht und 2018 zehn Ermittlungsverfahren. In beiden Jahren kam es zu keinerlei Verurteilungen aufgrund der §§ 299a und b StGB.

Im Rahmen der Anfrage wurden auch Zahlen aus anderen Bundesländern übermittelt: In Hamburg kam es demnach seit der Einführung der neuen Tatbestände zu acht Ermittlungsverfahren, in Thüringen zu drei, in Hessen zu sieben, in Berlin zu vier und im Saarland zu einem, das gemäß § 170 Abs. 2 StPO eingestellt worden sei. Konkrete Zahlen aus Brandenburg, Sachsen und Rheinland-Pfalz wurden nicht genannt, insgesamt sei die Anzahl der geführten Verfahren dort aber »gering« gewesen. In den Ländern Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein habe es keine Verfahren gegeben.

1.1.3 Struktur der Risiken: Straftaten aus Unkenntnis der Grenzen zwischen erlaubtem und verbotenem Verhalten, Kontrolldefizite und »harte« Vertriebskorruption

Aufgrund der Komplexität der Rechtslage ist den Verantwortlichen bei dem Eingehen einer Kooperation vielfach nicht bekannt, ob die Ermittlungsbehörde von einem Anfangsverdacht ausgehen würde. Legen die Ermittlungsbehörde und nachfolgend das Strafgericht die Rechtslage enger aus als die vertragschließenden Parteien, drohen Straftaten aus Unkenntnis der Grenzen des Rechts. Bei Zweifeln in Bezug auf die Rechtslage sind die Verantwortlichen daher gut beraten, sich rechtlich abzusichern und die getroffenen Entscheidungen zum Beispiel in einem »Compliance-Memorandum« zu begründen.

Denn in der Regel vergeht einige Zeit zwischen der entsprechenden Transaktion und dem Beginn des Ermittlungsverfahrens und eine sorgfältige Dokumentation erleichtert später die Beweisführung sowie die Identifikation der Verantwortlichen.

Fallbeispiel aus der Praxis zur Fallgruppe der Straftaten aus Unkenntnis der Grenzen des Rechts:

Im Anschluss an die sogenannte Honorararztsentscheidung des Bundessozialgerichts vom 04.06.2019 (BSG, Urt. v. 04.06.2019 – B 12 R 11/18 R) lässt der Geschäftsführer des Krankenhauses auch die bestehenden Verträge mit niedergelassenen Ärzten prüfen. Soweit es sich um Kooperationsverträge mit einzelnen Ärzten handelt und keine Sozialversicherungsbeiträge abgeführt wurden, kündigt er diese und bietet den Ärzten Arbeitsverträge an. Im Rahmen der langwierigen Verhandlungen verständigen sich die Vertragsparteien auf eine Vergütung, die der Höhe nach etwa der in der freien Kooperation gezahlten