



Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 9. April 2015

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur
Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

A. Vorbemerkung (Ausgangslage)

I. Koalitionsvertrag

Im Koalitionsvertrag war angekündigt worden, dass ein neuer Straftatbestand im Strafgesetzbuch gegen Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für Angehörige von Heilberufen geschaffen werden soll.

II. Reaktion der KBV

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in ihrem Positionspapier zum Koalitionsvertrag Folgendes ausgeführt:

„Die KBV befürwortet grundsätzlich jede Maßnahme zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Bei der Einführung eines Straftatbestandes sollte jedoch eine präzise Abgrenzung der Korruption zur Kooperation erfolgen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass jegliche Form des Zusammenwirkens zunächst unter dem „Generalverdacht“ der Korruption steht. Dies würde eine Weiterentwicklung von Kooperationsformen wie in Praxisnetzen, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung oder bei integrierten Versorgungsformen konterkarieren. Die Aufnahme eines Korruptionsparagrafen in das Straf- und nicht in das Sozialgesetzbuch wird begrüßt, da damit alle Gesundheitsberufe ohne Ausnahme von dem Straftatbestand zur Korruptionsbekämpfung erfasst werden.“

III. Anmerkungen zur gesetzgebungspolitischen Ausgangslage des nunmehrigen Referentenentwurfs

1. Bundesrat

In der vergangenen Legislaturperiode (13. LP) sind mehrere Initiativen ergriffen worden, um Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen strafrechtlich oder auch sonderstrafrechtlich auszugestalten. Das wichtigste Vorhaben war der Beschluss des Bundesrates (Entwurf eines ... Strafrechtsänderungsgesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen [BR-Drs. 451/13 [Beschluss]]). Der Vorschlag sah im Wesentlichen einen eigenständigen Strafrechtstatbestand vor (§ 299a StGB) sowie ergänzende Regelungen. Zu erwähnen ist auch ein Gesetzesantrag der Länder Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern vom 30. Mai 2013 (BR-Drs. 451/13), der in den Gesetzesbeschlusses des Bundesrates gemündet ist.

2. Weitere Initiativen im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Förderung der Prävention

Die Formulierung aus dem Gesetzesantrag Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern wurde von der SPD im Zusammenhang mit dem Gesetzesvorhaben (Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention) als Ergänzungsantrag eingebracht. Gleichermassen haben 13 Bundesländer im Zusammenhang mit diesem Gesetzesvorhaben einen Antrag eingebracht, wonach der Vermittlungsausschuss angerufen werden sollte, um die Bundesratsinitiative und ergänzende Überlegungen in eine gesetzliche Regelung zu bringen.

Ein ursprünglicher Änderungsantrag im Zusammenhang mit dem Gesetzesvorhaben „Prävention“ stammte von der Koalition aus CDU und FDP und schlug vor, im Fünften Sozialgesetzbuch eine Korruptionsbekämpfungsregelung zu schaffen und sie auch strafbewehrt zu regeln. Der Bundestag hat in zweiter und dritter Lesung auf der Grundlage der Ausschussempfehlungen in BT-Drs. 17/14184 dieses Gesetz beschlossen, wonach Ergänzungen des SGB V (§ 70 – Verbotsnormen und § 307c – Strafvorschrift) vorgesehen waren.

3. Keine Regelung in der 13. Legislaturperiode

Alle Initiativen fielen dem Diskontinuitätsgrundsatz mit Beendigung der Legislaturperiode anheim, da keine der Regelungen im Gesetzgebungsverfahren abgeschlossen worden ist.

B. Zum BGH-Urteil

Insgesamt gingen alle Initiativen auf die Entscheidung des Großen Senats für Strafsachen des Bundesgerichtshofes vom 29. März 2012 zurück, in der der Große Senat feststellt, dass niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte weder als Amtsträger i.S.v. § 11 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c) StGB noch als Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen i.S.v. § 299 StGB (Offizialdelikt der Bestechlichkeit und Bestechung) anzusehen sind.

Mit dieser Entscheidung hat der Große Senat Rechtsklarheit für die Freiberuflichkeit der Vertragsärzte geschaffen, zugleich aber auch nach Auffassung der rechtswissenschaftlichen Bewertung eine Regelungslücke im Hinblick auf eine mögliche Korruptionsbekämpfung hinterlassen. Diese Regelungslücke zu schließen, war und ist das Ziel der vorgenannten Initiativen in der vergangenen und jetzigen Legislaturperiode.

C.

Die Haltung der KBV zu strafrechtlichen Regelungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatte ursprünglich besondere strafrechtliche Regelungen abgelehnt, weil sie der Auffassung war, dass die geltenden Rechtsvorschriften ausreichend sind, um solche Korruptionstatbestände zu vermeiden. Dies kommt auch in der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgelegten Broschüre „Richtig kooperieren“ zum Ausdruck. In Anlehnung an die dazu offenere Positionierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Ankündigung im Koalitionsvertrag (s. vorstehend A.II.) könnte ein grundsätzlicher Straftatbestand wohl akzeptiert werden, müsste aber mit entsprechenden Vorbehalten zur Sicherung kooperativer und integrativer Verfahrensweisen versehen werden. Dazu werden nachstehend Vorschläge unterbreitet.

D.

Zum Referentenentwurf

I. Inhaltliche Erweiterung

Der Referentenentwurf greift auch Vorschläge aus der vergangenen Legislaturperiode wieder auf, welche die Aufgaben, Wirkungsweise und weitere Pflichten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten nach § 81a SGB V betreffen. Solche Vorschläge waren ebenfalls im Zusammenhang mit der Beratung von Gesetzgebungsvorschlägen zur Förderung der Prävention eingebracht worden. Insoweit wird auf die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit hingewiesen (BT-Drs. 17/14184 v. 26.06.2013). Vergleichbare Vorschläge finden sich nunmehr im Art. 2 des Referentenentwurfs. Dazu wird nachstehend Stellung genommen.

II. Zu Art. 1 (Änderung des Strafgesetzbuchs)

1. Anmerkung zu § 299a StGB – allgemein –

Strafrechtssystematisch beruht das Konzept des § 299a StGB auf der Anknüpfung an die sogenannte Vorteilsnahme (vgl. Absätze 1 und 2). Die allgemeine Begründung weist vor allem als Zielsetzung einen doppelten Rechtsgüterschutz aus: Sicherung eines fairen Wettbewerbs im Gesundheitswesen und Schutz des Vertrauens der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen (vgl. Seite 11 der Begründung). Ferner wird der unzulängliche Rechtsgüterschutz durch bestehende berufs- und sozialrechtliche Verbote und Sanktionen erläutert. Auch die Einzelbegründung (insbes. Seiten 19 bis 21) lässt erkennen, dass eine relativ große Anwendungsbreite hinsichtlich der Einschätzung von Verhaltensweisen und Entscheidungsprozessen bei Ärzten vorliegt. Insoweit ist auch Aufmerksamkeit bei dem Hinweis geboten, dass es sich bei dem neuen Tatbestand „um ein abstraktes Gefährdungsdelikt“ handele. Dies lässt alles in allem – unbeschadet einer begründeten strafrechtlichen Verfolgbarkeit – indessen die Befürchtung hervorrufen, dass die umfangreichen kooperativen Formen der Zusammenarbeit von Ärzten untereinander ebenso wie mit Drittbeteiligten im Gesundheitswesen, wie sie rechtlich insbesondere auf der Grundlage des SGB V nicht nur zulässig, sondern sogar erwünscht sind, nicht hinreichend geachtet werden und generell einem Verdacht ausgesetzt sind, der eine unnötige strafrechtliche Einschätzung hervorrufen könnte. Die umfangreichen kooperativen Formen der Zusammenarbeit unter Ärzten und auch in Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Heilberufe und Heilergänzungsberufe finden nicht genügend Beachtung, so dass insoweit Unsi-

cherheiten entstehen werden. Um der Zielsetzung auch des Positionspapiers der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Koalitionsvertrag Rechnung zu tragen, in dem dies ausdrücklich erwähnt ist, müsste nach Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Ergänzungstatbestand bzw. Ausnahmetatbestand in der neu vorgesehenen Vorschrift des § 299a StGB (i.d.F. des Entwurfs) vorgesehen werden (s. dazu 2.).

2. Zu § 299a und § 301 StGB-E

a) Zu § 299a StGB-E

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung tritt für eine Streichung in § 299a Abs. 1 und § 299a Abs. 2 des jeweiligen Einschubs „in sonstiger Weise Berufsausübungspflichten verletze“. Es handelt sich insoweit um einen undifferenzierten globalen Tatbestand, bei dem Gefahr besteht, dass jeder berufsrechtliche Verstoß als Verstoß gegen die Strafrechtsvorschrift erscheinen könnte. Zumindest müsste in der Gesetzesfassung klargestellt werden, dass es sich um Berufspflichten handelt, die auf die Vorteilsnahme bzw. Gewährung als Rechtsverstöße abstellen. Da dies aber wiederum ebenfalls möglicherweise zu unbestimmt ist, gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung einer Streichung den Vorzug.

b) Zu § 301 StGB-E

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung tritt dafür ein, dass in Absatz 2 Nr. 2 ein Strafantragsrecht auch einer Kassenärztlichen Vereinigung eingeräumt wird.

3. Ergänzungsvorschlag der KBV

a) Formulierungsvorschlag

Um dieser Zielsetzung des Schutzes der Kooperationen vor unbegründeter Verdächtigung müssen in den Gesetzgebungsvorschlag folgende Absätze 3 und 4 hinzugefügt werden:

„(3) Absätze 1 und 2 sind nicht anwendbar, wenn Angehörige eines oder mehrerer Heilberufe im Anwendungsbereich der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund sozialrechtlicher Regelungen oder Pflichten im Fünften Buch Sozialgesetzbuch in zulässiger Weise sowohl bei Vereinbarungen zur gemeinsamen oder praxisübergreifenden oder kooperativen und integrierten Behandlung von Patientinnen und Patienten als auch bei der Festlegung der Vergütungsfolgen solcher Vereinbarungen ebenso wie bei vorgeschriebenen Auswahlentscheidungen für die Verordnung von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Heilmitteln und Hilfsmitteln auf der Grundlage festgelegter Medikations-, Verordnungsausschluss- und gesetzlich vorgesehener Empfehlungslisten Absprachen treffen; dasselbe gilt für den Anwendungsbereich zulässiger berufsrechtlicher Kooperationen oder Abreden einschließlich berufsrechtlich vorgeschriebener oder zugelassener Mitwirkung bei Arzneimittel- und Medizinprodukteuntersuchungen pharmazeutischer Unternehmer.“

(4) Nicht schuldhaft handelt, wer Vorteile im Rahmen einer unzulässigen Vertragsbeziehung oder im Rahmen einer sonst unzulässigen Kooperationsform fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, wenn die Vertragsbeziehung oder die Kooperation von einer Einrichtung der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens genehmigt oder gebilligt worden war.“

b) Begründung (allgemein)

Die Einschränkung soll verhindern, dass die vor allem in Zukunft in wachsender Form gebotene Zusammenarbeit unter Ärzten und Psychotherapeuten, aber auch unter Ärzten und Apothekern und zugleich auch mit Angehörigen von Gesundheitsfachberufen notwendigen Absprachen mit entsprechenden Patientenzuweisungen (wie z.B. bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, bei der eine Kooperation unter verschiedenen Ärzten sogar vorgeschrieben ist) die Beteiligten in Korruptionsverdacht bringen, insbesondere auch wenn sie für gemeinschaftlich zu erwirtschaftende Vergütung Absprachen treffen, welche eine Aufteilung der Vergütung vorsehen oder wenn gemeinschaftliche Budgets eingeführt werden sollen.

Absatz 4 soll mit dem Ziel des Vertrauensschutzes auf Genehmigungen durch Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder deren Verbände, aber auch Feststellungen von Ärztekammern einen Entschuldigungsgrund schaffen, wenn sich nachträglich die Rechtsunwirksamkeit einer entsprechenden Vereinbarung oder Gestaltungsform ergibt.

III. Ergänzende Begründung zum Formulierungsvorschlag der KBV: Erläuterungen zu relevanten Kooperationsformen

Die politische Diskussion um den neuen Straftatbestand erfordert eine Klarstellung hinsichtlich zulässiger Kooperationsformen im sozialrechtlichen und berufsrechtlichen Kontext, damit entsprechende Korruptionsvorwürfe nicht auf sinnvolle und zweckmäßige, ja sogar gebotene Regelungen erstreckt werden. Dies ist das Ziel des Vorschlags der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

1. Allgemeine Anmerkung

Kooperationen unter Heilberufen, insbesondere Kooperationen von Ärzten untereinander als auch solchen mit Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe, können übergreifende Vereinbarungen und Absprachen über gemeinsame Patientenversorgung ebenso wie übergreifende Vergütungsabsprachen enthalten, welche auch aus der jeweiligen individuellen Versorgung durch die einzelnen Kooperationspartner erworbene Vergütungen in gemeinsame Kostenfinanzierungen ebenso wie vergemeinschaftete Vergütungen durch innerkooperative Verteilungsabsprachen regeln. Hervorzuheben ist hierbei, dass solche Vereinbarungen nicht nur auf der Grundlage berufsrechtlicher und sozialrechtlicher Vorschriften (SGB V) zulässig sind, sondern im SGB V durch Vorschriften initiiert werden, weil die Kooperation eine effektive, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung sicherstellt.

2. Mögliche vorrangige Kooperationen¹

Beispiele für solche Kooperationen sind insbesondere:

- a) Grundlegende berufsrechtliche Vorschriften über berufliche Kooperationen von Ärztinnen und Ärzten (§ 18 Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – Stand: 2011 [MBO-Ä]). Die Vorschrift enthält die grundlegenden Regelungen in berufsrechtlicher Hinsicht über Kooperationen unter Ärzten.
- b) Zulässige Kooperationen zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsfachberufen (vgl. § 23c MBO-Ä „Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe“).
- c) Sogenannte „Teilberufsausübungsgemeinschaften“ (§ 18 Abs. 1 MBO-Ä, § 33 Ärzte-ZV).
- d) Sogenannte „Praxisnetze“ (vgl. § 23d MBO-Ä „Praxisverbund“; § 87b Abs. 2 SGB V „Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, vernetzte Praxen; § 87 Abs. 4 SGB V „Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze“); ein herausgehobenes Versorgungsziel ist die kooperative Berufsausübung.
- e) Sogenannte „Strukturverträge“ (vgl. § 73a SGB V „besondere Regelungen über Vergütungen und Budgets in der Verantwortung für veranlasste Leistungen zu Arznei-, Verband- und Heilmittel für Praxisnetze“).
- f) Sogenannte „integrierte Versorgung“ (vgl. §§ 140a, 140b und 140c SGB V, insbesondere § 140c SGB V regelt Absprachen über Vergütungs- und Budgetverteilung).
- g) Zulässige Zusammenarbeit von Ärzten und Hilfsmittelerbringern gemäß § 128 SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Krankenkassen. Die Vorschrift enthält strenge Regelungen über die Abgrenzung und das Verbot von gegenseitigen Vergütungsabsprachen und Zuweisungsentgelten, erlaubt aber in einem bestimmten Umfang zweckmäßige Absprachen unter der Mitwirkung der Krankenkassen. In diesem Umfang handelt es sich auch um kooperative Leistungen. Dem wurde auch durch die Formel „sozialrechtlich zulässige Zusammenarbeit“ entsprochen.
- h) Zusammenarbeit mit Apotheken, insbesondere Beteiligung von Apotheken an vertraglich vereinbarten Versorgungsformen (vgl. § 129 Abs. 5b SGB V).
- i) Versorgungsaufträge nach § 2 Abs. 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte [BMV-Ä] (KBV und GKV-Spitzenverband – Stand: 2013):

„Ein Versorgungsauftrag ist die Übernahme der ärztlichen Behandlung und

¹ Nicht alle möglichen zulässigen Kooperationsformen können hier aufgeführt werden (s. auch III.).

Betreuung für eine definierte Patientengruppe im Sicherstellungsauftrag unter Einbeziehung konsiliarer ärztlicher Kooperation, die eine an der Versorgungsnotwendigkeit orientierte vertraglich vereinbarte Qualitätssicherung voraussetzt“; der Bundesmantelvertrag enthält besondere Versorgungsaufträge, die in den Anlagen beschrieben sind.

3. Intersektorale Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern

Besondere Aufmerksamkeit verdienen die neuerlich durch Vorschriften des SGB V geschaffenen Möglichkeiten und sogar gesetzlich definierten intra- und intersektoralen Kooperationen im Rahmen insbesondere der sogenannten „ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung [ASV]“ nach § 116b SGB V. Die Vorschrift enthält ausdrücklich den Auftrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Kooperationsgebote durch entsprechende Vereinbarungen. § 116b SGB V sieht u.a. z.B. in einem weiteren Vergütungsstadium die Entwicklung sogenannter diagnosebezogener Gebührenpositionen in Euro vor, was bedeutet, dass für die entsprechenden Versorgungsleistungen gleichsam Pauschalen ausgewiesen werden, die unter den an der Kooperation Beteiligten verteilt werden müssen, was wiederum Absprachen voraussetzt.

In diesem Zusammenhang sind auch die Zusammenarbeitsformen von Krankenhäusern mit sogenannten „Honorarärzten“ bei der Erbringung ambulanter operativer Leistungen ebenso das Institut der sogenannten „Belegärzte“, welche Vertragsärzte sind, die im Krankenhaus aufgrund bestimmter Absprachen stationäre Leistungen erbringen, zu erwähnen.

4. Berufsrechtliche Vorschriften über die Zusammenarbeit mit Dritten

Die MBO-Ä enthält in den §§ 30 bis 33 Vorschriften über die unzulässige und zulässige Zusammenarbeit mit Dritten. In diesem Zusammenhang ist auf § 32 Abs. 1 MBO-Ä (Annahme im zulässigen Umfang von geldwerten Vorteilen bei Fortbildung sowie wissenschaftlichen Veranstaltungen) hinzuweisen. [Auch dies ist in dem Gesetzgebungsergänzungsvorschlag durch eine entsprechende Bezugnahme auf solche Vorschriften von einem Kooperationsverdacht auszunehmen.]

5. Schlussbemerkung

Die Möglichkeiten der Kooperation sind zu vielfältig, als dass sie im Einzelnen dargestellt werden könnten. Kooperationsmodelle unterliegen unter dem Blickwinkel der sogenannten „Compliance“ berufs-, sozial-, steuer-, kartell- und wettbewerbsrechtlichen Regelungen, die sicherstellen, dass erlaubte Kooperationen sich in Verhaltensweisen bewegen, die strafrechtlich nicht relevant sein können, insbesondere unter dem Blickwinkel der sogenannten „Korruption im Gesundheitswesen“. Ohne eine entsprechende Klarstellung in einem beabsichtigten Straftatbestand über die Zulässigkeit solcher Kooperationen besteht die Gefahr, dass für das Gesundheitswesen vernünftige Entwicklungen behindert werden.

IV. Zu Art. 3 (Änderung des SGB V)

1. Grundsätzliche Anmerkung

Wie schon angemerkt, waren die Vorschläge in Art. 3 des jetzigen Referentenentwurfs in vergleichbarer Weise Gegenstand von Änderungsvorschlägen im Zusam-

menhang mit der Gesetzgebung zur Prävention in der vergangenen Legislaturperiode. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält regelmäßig einen Meinungsaustausch mindestens zweimal im Jahr mit den Beauftragten der Stellen nach § 81a SGB V durch den Leiter der Stelle bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab. In diesem Meinungsaustausch sind die damaligen Vorschläge erörtert worden. Insgesamt bestand bei den Beauftragten seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen Skepsis, ob diese Gesetzgebungsvorschläge notwendig und zweckmäßig sind. In einer jüngeren Sitzung Anfang des Jahres 2014 wurde ebenfalls insgesamt die Auffassung vertreten, dass die gesetzlichen Regelungen zu § 81a SGB V in der derzeitigen Fassung ausreichend sind. Es wird auch vielfach unterschätzt, dass die Stellen nach § 81a SGB V nur eine begrenzte Wirkung für die Missbrauchsbekämpfung aus eigener Initiative haben können (bzw. durch entsprechende Anzeigen). Denn die richtige Handhabung der bestehenden Kontrollinstrumente, die den Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährleistung der Ordnungsgemäßheit der Versorgung ermöglichen, tritt hinzu. Die Prüfständigkeiten anderer Gremien innerhalb und außerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung werden nicht berührt. Insofern ist die Stelle nach § 81a SGB V eine Auffangeinrichtung für Beschwerden mit finanzrelevantem Inhalt, die in keine andere Prüfständigkeit fallen. Dementsprechend liegt schwerpunktmäßig die Verfolgung von Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten, auch solche mit finanzrelevantem Inhalt, bei den vorgenannten Gremien.

So versteht im Übrigen die Kassenärztliche Bundesvereinigung Missbrauchsbekämpfung auch als präventive Aufgabe, bei der es gilt, durch geeignete Normen und Vergütungsregelungen Missbrauch zu vermeiden. Informationen, welche das Verhalten von sonstigen Leistungserbringern außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung betreffen, stehen den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Hinblick auf die Aufdeckung von Missbrauch ohnehin nicht zur Verfügung. In dieser Hinsicht sind Krankenkassen eher in der Lage entsprechende Ermittlungen anzustellen.

Erwähnenswert ist auch die in jüngerer Zeit eingebrachte Ergänzung des § 81a SGB V durch einen neuen Absatz 3a, der die Weitergabe von personenbezogenen Daten, die zur Erfüllung entsprechender Aufgaben der Stelle erhoben oder an sie weitergegeben worden sind, untereinander und an Einrichtungen der Krankenkassen erlaubt. Dies hat auch zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit beigetragen.

Ungeachtet dieser allgemeinen Bemerkungen wird nachstehend noch im Einzelnen zu den Vorschriften Stellung genommen.

2. Einzelbemerkungen

a) Grundsätzliche Kritik

Der Gesetzentwurf ist von starken Zentralisierungstendenzen zur Änderung des § 81a SGB V geprägt, die dem föderalen Charakter des Systems nicht gerecht werden und in die Organisationshoheit der Kassenärztlichen Vereinigungen eingreifen.

Auf Folgendes ist dazu hinzuweisen:

Organisation und Binnenstruktur der Kassenärztlichen Vereinigungen sind zum Teil höchst unterschiedlich, was insbesondere durch sehr unterschiedliche „Standort“-Faktoren (Anzahl der Mitglieder, Anzahl der Verwaltungsange-

stellen, Anzahl der Dienstorte, Flächenland/Stadtstaat etc.) begründet ist. Diese Rahmenbedingungen sind für die jeweilige Ausgestaltung der Stelle nach § 81a SGB V prägend. Eine (zwingende) Notwendigkeit für die ange-dachten Neuregelungen ist nicht erkennbar, zumal die Stellen nach § 81a SGB V ihrem gesetzlichen Auftrag unbeanstandet nachkommen.

Dies gilt insbesondere durch die in Absatz 6 angefügte Regelungskompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für detaillierte Vorgaben für eine einheitliche Organisation der Stelle nach § 81a SGB V bei den Kassenärztli-chen Vereinigungen. Sie sind aus unserer Sicht weder zweckmäßig noch ge-boten. Gemeinsame Auslegungshinweise über Aufgaben und Durchführung, wie sie auch nach Inkrafttreten der Regelung gemeinsam entwickelt worden sind, reichen dazu.

Zudem gibt es keine „Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2“; der Entwurf verkennt hier die Funktion dieser Regelung, die rein datenschutzrechtlicher Natur ist. Des Weiteren sind Prozessbeschreibungen der Prüfungen wegen der Vielzahl der denkbaren, höchst unterschiedlichen Sachverhaltskonstellationen aus un-serer Sicht kaum zielführend möglich. Eine Verfahrensordnung könnte hier nur einen sehr groben Rahmen geben. Im Übrigen sind einheitliche Vorgaben für die „Unterrichtung nach Absatz 4“ nach den Erfahrungen der Stellen nach § 81a SGB V im Hinblick auf zum Teil sehr unterschiedlichen Bewertungen gleicher Sachverhalte durch die regionalen Staatsanwaltschaften wenig hilf-reich.

Wenn es nur darum geht, eine starke Einwirkungsbefugnis des Bundesminis-teriums für Gesundheit über die Genehmigung der entsprechenden Vorgaben zu verschaffen, ist darauf hinzuweisen, dass auch dadurch die Funktion der Stelle nach § 81a SGB V nicht bundesweit vereinheitlicht werden kann, zumal die Inhalte der Vorgaben – wie zuvor angemerkt – kritisch zu sehen sind und zu bürokratischen Abläufen im Umgang zwischen der Kassenärztlichen Bun-desvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich der Ar-beit der Stellen führen.

- b)** Ein Erfahrungsaustausch unter den Stellen (Abs. 3 - neu -) wird schon seit ih-rem Bestehen gepflegt. Es bedarf dazu keiner gesetzlichen Regelung. Auch lassen sich bei einem Erfahrungsaustausch keine echten „Ergebnisse“ erzie-len oder verbindliche Absprachen treffen, denn auf KV-Ebene trifft die Stelle nach § 81a SGB V auf regionale Kammern und insbesondere Staatsanwalt-schaften, die vergleichbare Sachverhalte bekanntermaßen zuweilen sehr un-terschiedlich bewerten und sich keine Vorgaben von wie auch immer benann-ten „Vertretern“ auf der Bundesebene machen lassen würden.
- c)** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung benötigt die Berichte nach § 81a Abs. 5 SGB V nicht, um ihre Aufgaben zu erfüllen. Sie übernehme hier ledig-lich die Funktion einer Sammelstelle. Wenn dies im Einzelfall als erforderlich angesehen wird, kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einverneh-men mit der Aufsichtsbehörde der Kassenärztlichen Vereinigung einen ent-sprechenden Bericht anfordern. Dies gilt insbesondere auch für den Fall, dass das Bundesministerium für Gesundheit entsprechende Berichte benötigt.

Zudem ist fraglich, ob sich Schäden allein durch die Tätigkeit der Stelle nach § 81a SGB V „verhindern“ lassen. Es ist davon auszugehen, dass es sich bei

dem „verhinderten Schaden“ immer um einen spekulativen Wert mit zweifelhafter Aussagekraft handelt. Die Sinnhaftigkeit einer Veröffentlichung erschließt sich nicht. Ein ähnlicher Vorbehalt gilt auch für die Regelung in § 81a Abs. 5 Satz 2 Referentenentwurf), wonach über „vermutete Pflichtverletzungen“ zu berichten ist. Hier fehlt eine für den gesetzlichen Kernauftrag der Aufgabenerfüllung der Stellen nach § 81a SGB V auch öffentlich zu erwartende Objektivität; solche Vermutungen würden erneut Spekulationen über den Umfang von angeblicher Korruption im Gesundheitswesen auslösen. Wir halten dies für überprüfungsbedürftig.

E.

Zusammenfassende Schlussbemerkung

I. Strafrecht

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält eine Überprüfung des Straftatbestandes des neuen § 299a StGB im Hinblick auf den Schutz kooperativer Verhaltensweisen, wie sie aufgrund gesetzlicher Zulässigkeit und Gebotenheit erforderlich sind, für notwendig. Dazu ist vorstehend ein Vorschlag unterbreitet.

Falls dem Vorschlag einer Klarstellung im Gesetz selbst nicht gefolgt werden kann, wäre es zumindest erforderlich, in der Begründung des Gesetzentwurfs zu Art. 1 Nr. 2 (= § 299a StGB) zu Absatz 1 vor dem Begründungstext, der mit dem Satz beginnt "An die nach § 299a StGB vorausgesetzte Unrechtsvereinbarung werden damit besondere Anforderungen gestellt..." (im Referentenentwurf nach dem Stand vom 04.02.2015 auf Seite 17 vorletzter Absatz) folgenden Text (als eigener Absatz) einzufügen:

"Damit werden die rechtlich zulässigen Formen der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen von Heilberufen und Dritten aus dem Anwendungsbereich des § 299a StGB ausgeschlossen. Insbesondere im Verhältnis zwischen Ärzten, Zahnärzten und Dritten gibt es vielfältige Formen der zulässigen Kooperation, die insbesondere im Berufs- und im Sozialrecht geregelt sind. Sie betreffen unter anderem die arzneimittelrechtlich, sozial- und berufsrechtlich zulässige Teilnahme an Anwendungsbeobachtungen, aber auch zulassungsrechtlich und sozialrechtlich zulässige Kooperationsformen wie Berufsausübungsgemeinschaften und Arztnetze sowie die konkrete Ausgestaltung von sozialrechtlich zulässigen Verträgen wie den Selektivverträgen. Die Beurteilung der Zulässigkeit der entsprechenden Kooperationen erfolgt demnach nach den im jeweiligen Rechtsgebiet geltenden Grundsätzen. Dabei wird in der Anwendung des § 299a StGB insbesondere die Einbeziehung einer Krankenkasse, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder aber die Billigung durch eine Ärztekammer für die Angehörigen der Gesundheitsberufe eine Orientierung im Hinblick auf die Zulässigkeit der Zusammenarbeit bieten können. Auch die Veröffentlichung von Handreichungen, die zulässige Formen der Kooperation aufführen, durch die Organisationen der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wird insofern zu einer hohen Rechtssicherheit führen."

II. SGB V: § 81a

Es stellt sich die Frage, ob die Regelungen angesichts der Praxis – auch angesichts der vorgenommenen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen – zumindest in dieser Umfänglichkeit erforderlich sind. Dies gilt insbesondere für den Vorschlag, dass künftig die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben für die Aufgabenerfüllung der Stelle nach § 81a SGB V in den Kassenärztlichen Vereinigungen machen soll.

III. Verfahrensanmerkung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht davon aus, dass im weiteren Verlauf der im Bundesrat eingebrachte Gesetzesantrag des Freistaates Bayern: „Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen“ (BR-Drs. 16/15) und die Ergebnisse der Beschlussfassung im Bundesrat darüber im Zusammenhang mit der zu erwartenden Gegenäußerung der Bundesregierung erneut Gelegenheit geben, zu den Sachverhalten der strafrechtlichen Regelungen Stellung zu nehmen.