

Poststelle (BMJV)

Von: Busch, Markus
Gesendet: Donnerstag, 26. März 2015 13:27
An: Poststelle (BMJV)
Betreff: WG: Stellungnahme AOK-Bundesverband zum Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen
Anlagen: 26.03.2015 AOK-BV Stellungnahme Ref-Entwurf Korruption im Gesundheitswesen final.pdf

IIA4

1) Bitte ausdrucken

2) GG

3) Wv

Bu

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz	
Abt. II	Ref. A4
26.03.2015 14:45	
.....Anlagen
geheftet.....	nach.....Doppel.....

28

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Kolassa, Ingrid
Gesendet: Donnerstag, 26. März 2015 12:53
An: Busch, Markus
Betreff: WG: Stellungnahme AOK-Bundesverband zum Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Sitte, Martina [<mailto:Martina.Sitte@bv.aok.de>]
Gesendet: Donnerstag, 26. März 2015 11:37
An: Kolassa, Ingrid; Poststelle (BMJV)
Betreff: Stellungnahme AOK-Bundesverband zum Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

Sehr geehrte Frau Kolassa, sehr geehrter Herr Busch,

beigefügt sende ich Ihnen die Stellungnahmen des AOK-Bundesverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen zur Kenntnis und weiteren Verwendung.

Mit freundlichen Grüßen

Martina Sitte

Referentin Politik

Abteilung Politik

Politik/Unternehmensentwicklung

AOK-Bundesverband

Tel.:

030 34646-2292

Mobil:

01520 1563022

Fax:

030 34646-332292

E-Mail:

martina.sitte@bv.aok.de

II A4
Z.d.A.
L 28/4

Rosenthaler Straße 31

zu 4027-3-9-23 59/2015

10178 Berlin

www.aok-bv.de

AOK - Die Gesundheitskasse. Gesundheit in besten Händen.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Kolassa-In@bmjv.bund.de [mailto:Kolassa-In@bmjv.bund.de]

Gesendet: Mittwoch, 4. Februar 2015 15:55

An: Kolassa-In@bmjv.bund.de

Betreff: Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

I. Kolassa

- für Referat II A 4 -

Bundesministerium der Justiz

und für Verbraucherschutz

Referat II A 4

(Strafrechtliche Bekämpfung der Wirtschafts-, Computer-, Korruption und Umweltkriminalität) Mohrenstraße 37
10117 Berlin

Tel. (030) 18 580 9243

Fax (030) 18 580 9242

E-Mail: kolassa-in@bmjv.bund.de

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des
Bundesministeriums der
Justiz und für Verbraucherschutz**

**zum
Referentenentwurf eines Gesetzes zur
Bekämpfung von Korruption
im Gesundheitswesen**

vom 04.02.2015

Stand 26.03.2015

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Inhalt

I. Vorbemerkung	- 3 -
II. Referentenentwurf.....	- 4 -
Artikel 1 Änderungen des Strafgesetzbuches	- 4 -
Nr. 1 Inhaltsübersicht und Nr. 2 Ersetzung der §§ 300-302 durch die §§ 299a-302	- 4 -
Artikel 2 Änderung des Gerichtsverfassungsgesetzes	- 9 -
§ 74c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1c GVG	- 9 -
Artikel 3 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 10 -
Nr. 1 § 81a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.....	- 10 -
Nr. 2 § 197a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.....	- 11 -

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Referentenentwurf des BMJV schließt eine seit dem Beschluss des Großen Senats für Strafsachen vom 29. März 2012 (BGH Aktenzeichen GSSt 2/11) bestehende Strafbarkeitslücke. Der Senat hatte in dieser Entscheidung festgestellt, dass niedergelassene Vertragsärzte bei der Wahrnehmung der ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung übertragenen Aufgaben weder als Amtsträger im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 2c StGB noch als Beauftragte der Krankenkassen im Sinne des § 299 StGB handeln und somit nicht auf Grund eines Bestechungsdeliktes strafrechtlich belangt werden können. Gleichzeitig bejahte der Große Senat, dass die Korruption im Gesundheitswesen auch mit den Mitteln des Strafrechts zu bekämpfen ist (BGH aaO juris Rdnr. 46). Da auch die Vermögensdelikte im Hinblick auf ihre Tatbestandsstruktur aber auch den sie abbildenden Unwertgehalt die korruptiven Verhaltensweisen im Gesundheitswesen nicht ausreichend erfassen, soll die bestehende Strafbarkeitslücke nunmehr geschlossen werden.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf kommt der Gesetzgeber der seit langen seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung erhobenen Forderungen nach einem Straftatbestand, der die Besonderheiten des Gesundheitsbereichs berücksichtigt, nach. Die Intention des Gesetzgebers möglichst umfassend korruptives Handeln auch in diesem Bereich mit den Mitteln des Strafrechts zu unterbinden, wird uneingeschränkt unterstützt. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die zur Verfügung stehenden Mittel des Berufsrechts keinesfalls ausreichen, um die vielfältigen korruptiven Handlungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen zu unterbinden oder auch nur vollständig zu erfassen. Den Heilberufekammern fehlte es hierzu bereits an den erforderlichen Ermittlungsbefugnissen. Durch die Schaffung des Straftatbestandes sind nunmehr die Staatsanwaltschaften mit allen Mitteln, die die StPO zur Verfügung stellt, ermittlungsbefugt.

Gleichzeitig wird mit dem Erfordernis einer Unrechtsvereinbarung in § 299a StGB erreicht, dass Vereinbarungen und Kooperationen die mit dem geltenden Sozial- und Berufsrecht vereinbar sind und sogar gefördert werden (bspw. Praxisnetze, Verträge zur integrierten Versorgung etc.) vom Tatbestand ausgeschlossen ist. Solche Vereinbarungen und Kooperationen die in erster Linie eine wirtschaftliche Versorgung der Patienten zum Gegenstand haben, dürfen selbstverständlich nicht zu strafrechtlichen Ermittlungen führen.

Nachfolgend wird zu den Regelungen des Referentenentwurfes eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen im Einzelnen Stellung genommen.

II. Referentenentwurf

Artikel 1 Änderungen des Strafgesetzbuches

Nr. 1 Inhaltsübersicht und

Nr. 2 Ersetzung der §§ 300-302 durch die §§ 299a-302

A Beabsichtigte Neuregelung

Die in Nr. 1 vorgesehenen Änderungen sind Folgeänderungen.
Durch die Nr. 2 wird der neue § 299a in das StGB aufgenommen sowie die § 300 - § 302 StGB neu gefasst.

B Stellungnahme

§ 299a StGB

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber die Anregung des BGH aufgegriffen und einen eigenen Korruptionsstraftatbestand für das Gesundheitswesen formuliert hat. Die Einordnung des neuen Straftatbestandes als Wettbewerbsdelikt ist vertretbar, aber keineswegs zwingend. Durch diese Einordnung wird der Schutz des Wettbewerbs in den Mittelpunkt der Norm gerückt. Dies mag insofern zutreffend sein, als die in der Vorschrift genannten Marktakteure in der Tat einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitsmarkt haben. Indessen – und auch in diese Richtung kann der eingangs erwähnte Beschluss des Großen Senats für Strafsachen BGH (BGH aaO juris-Rdnr. 20) interpretiert werden – steht auch der Versichertenschutz und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als schützenswerte Rechtsgüter im Raum. Beides sind Rechtsgüter von hohem Rang, die einen strafrechtlichen Schutz genießen sollten. Ähnlich wie das Verhältnis zwischen Rechtsanwalt und Mandant durch § 356 StGB (Parteiverrat) so ist auch das Verhältnis Patient – Arzt ein mindestens vergleichbar sensibles. Ebenso wie sich der Mandant darauf verlassen können muss, dass sein Anwalt nicht gleichzeitig auch pflichtwidrig die Gegenseite berät, so muss sich auch der Patient darauf verlassen dürfen, dass nicht andere als medizinische Aspekte das Handeln des Arztes beeinflussen. Der Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten erscheint demnach mindestens ebenso schutzwürdig wie der Wettbewerb im Gesundheitsmarkt. Um diesen Aspekt stärker zu betonen, wird angeregt, den Straftatbestand vom 26. Abschnitt in den 30. Abschnitt des StGB zu transferieren. Regelungspolitisch sauber wäre es dann, die tatbestandliche Formulierung des § 299a nF an jene Vorschriften des 30. Abschnitts des StGB (§§ 331 ff. StGB) anzupassen, um mögliche strafrechtliche Lücken des § 299a nF hinsichtlich der Formulierung „bei dem Bezug“ bzw. „oder der Abgabe“ zu schließen.

Abgesehen von dieser grundsätzlichen Einordnung der Vorschrift ist der konkrete Inhalt des Tatbestandes zu begrüßen. Durch die offene aber verfassungsrechtlich unbedenkliche weite Formulierung des Täterkreises („Angehöriger eines Heilbe-

rufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert“) wird eine breite Abdeckung der in Betracht kommenden Leistungserbringer erreicht. Neben den Ärzten, denen insbesondere im Bereich der GKV eine Schlüsselrolle aufgrund der nur ihnen zustehenden Möglichkeit, zu Lasten der GKV die in § 73 Abs. 2 Nr. 5, 6, 7, 8, und 12 genannten Leistungen zu verordnen, zukommt, werden auch viele weitere Leistungserbringergruppen erfasst (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden und Apotheker). Eben diese tatbestandliche Einbeziehung aller Heilberufe wird begrüßt, da das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Lauterkeit der heilkundlichen Berufsausübung nicht zwischen akademischen oder verkammerten Berufen und weiteren Gesundheitsfachberufen unterscheidet. Potentielle Korruptionsgefährdung liegt – wenn auch in unterschiedlich starken Ausprägungen – bei allen Heilberufen vor. Gerade auch bei der (berufsgruppenübergreifenden) Zusammenarbeit werden oftmals Angehörigen der Gesundheitsfachberufe in die Kooperation und Versorgungskette einbezogen, so dass eine Beschränkung auf verkammerte Berufe oder akademische Heilberufe zu kurz greifen würde.

Allerdings sollte in die tatbestandliche Beschreibung der im Rahmen der Unrechtsvereinbarung zugesagten Gegenleistungen („Bezug, Verordnung oder Abgabe von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten“) auch noch die „Verabreichung“ aufgenommen werden. Denn es gibt Versorgungssituationen, die ebenso strafwürdig sind, aber andernfalls tatbestandlich nicht erfasst würden. Zu denken ist hierbei unter anderem an die Verabreichung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten unmittelbar in der Praxis des Behandlers (Injektion von Impfstoffen oder Röntgenkontrastmitteln). Diese unterfallen zwar regelmäßig auch dem Tatbestandsmerkmal des „Bezugs“, allerdings sind gerade in diesem Bereich Umgehungsstrategien denkbar. Gleiches gilt für die Aufnahme des Begriffes „Empfehlung“ in den Tatbestand. Es kommt in der Versorgungspraxis nicht selten vor, dass der Patient den Behandler um einen Rat oder einen Hinweis zur Therapie fragt – etwa bei der Verwendung von OTC-Arzneimitteln. Hierbei sollte der Patient sicher sein können, dass die ausgesprochene Empfehlung frei von anderen als heilkundlichen Erwägungen und Idealen ist. Die Empfehlung an sich bleibt, soweit sie nicht berufsrechtlich verboten ist (§ 31 M-BO), weiterhin möglich. Sofern die Empfehlung aber auf einer Unrechtsvereinbarung beruht, wäre dies vom Straftatbestand erfasst.

Die Anlehnung der übrigen Tatbestandsmerkmale an die Vorschrift zur Korruption im geschäftlichen Verkehr (§ 299 StGB) ist ebenso sachgerecht wie der Verzicht auf eine Bagatellgrenze. In der Gesetzesbegründung werden überdies zahlreiche Kooperationen aufgeführt (z.B. Anwendungsbeobachtungen oder Berufsausübungsgemeinschaften), die eine legale Vorteilsgewährung vorsehen. Diese werden – mangels Vorliegen einer Unrechtsvereinbarung – vom Tatbestand ausgenommen, solange sie berufs- oder sonstigen, insbesondere sozialrechtlichen Regelungen, nicht zuwiderlaufen. Kooperationen auf sozialgesetzlicher Grundlage sind somit vom Tatbestand nicht erfasst. Neben den genannten Kooperationen gehören hierzu aber auch bspw. Strukturverträge, die die Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abschließen (§ 73a SGB V), aber auch Verträge zur integrierten Versorgung (§ 140a ff SGB V) sowie die Förderung von Praxisnet-

zen (§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V) nach dem SGB V. Dies wird ausdrücklich begrüßt, da damit ein Gleichlauf des sozialrechtlich und strafrechtlich Erlaubten erreicht und einer wirtschaftlichen Versorgungspraxis Rechnung getragen wird. Allerdings ist eine deutlichere Abgrenzung im Gesetz selbst wünschenswert.

§ 300 (Besonders schwerer Fall)

§ 300 StGB soll dahingehend ergänzt werden, dass die dort beschriebenen Strafzumessungsregeln auch auf die Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299a StGB) Anwendung finden. Diese Ergänzung ist folgerichtig und wird begrüßt. Allerdings sollte im Hinblick auf die Besonderheiten des relevanten Marktes noch ergänzend aufgenommen werden, dass ein besonders schwerer Fall auch dann vorliegt, wenn der Täter durch die Tat einen anderen Menschen in die Gefahr einer Gesundheitsbeschädigung gebracht wird. Anders als bei Handlungen nach § 299 StGB besteht bei § 299a StGB die Gefahr, dass durch eine Tathandlung ein Patient nicht optimal behandelt wird und dadurch möglicherweise eine Gesundheitsbeschädigung erleidet.

§ 301 (Strafantrag)

Ebenso wie die Bestechlichkeit und die Bestechung im geschäftlichen Verkehr, soll nach dem Gesetzesentwurf auch die Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen nur auf Antrag von den Ermittlungsbehörden verfolgt werden, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörden wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält. Gemäß § 301 Abs. 2 Nr. 2 StGB sollen im Anwendungsbereich des § 299a StGB die berufsständischen Kammern in der der Täter zum Zeitpunkt der Tat Mitglied war, jeder rechtsfähige Berufsverband, der die Interessen von Verletzten im Wettbewerb vertritt sowie die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen des Verletzten antragsberechtigt sein.

Die Ausgestaltung als relatives Antragsdelikt der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen stößt auf Bedenken; die Vorschrift sollte als Officialdelikt ausgestaltet und stets ohne Strafantrag verfolgbar sein. Hierfür sprechen zunächst die Strafwürdigkeit des tatbestandlichen Verhaltens und die Art der Schädigung. Es ist korruptivem Verhalten immanent, dass die Tat unentdeckt bleibt und ein Verletzter nichts von seiner Benachteiligung merkt, da die Tat von zwei Tatbeteiligten, dem Geber und dem Nehmer, begangen wird. Ein „typischer Verletzter“ wie ein Bestohler oder ein Betrogener existiert oft nicht. Insoweit besteht ein relevanter Unterschied zu Bestechlichkeit im geschäftlichem Verkehr (§299 StGB), da dort regelmäßig (auch) ein wirtschaftlicher Nachteil entsteht, der neben dem benachteiligten Wettbewerber einen geschädigten Geschäftsherrn betrifft. Die Strafverfolgung von seinem Antrag abhängig zu machen (zumindest soweit kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht) scheint nachvollziehbar, da es ihm überlassen bleiben soll, ob er die Verfehlung seines Angestellten/Beauftragten auch mit strafrechtlichen Mitteln ahnden will. Bei Bestechlichkeit im Gesundheitswesen liegt die Sache anders, da es ein Pendant zum Geschäftsherrn nicht gibt. Wie bei den „klassischen Korruptionsdelikten“ im Zusammenhang mit Amtsträgerschaft sollte ein Strafantragserfordernis deshalb entfallen. Oftmals sind andere als

der Patient geschädigt, also insbesondere andere Leistungserbringer oder Krankenversicherungen als Kostenträger, denen noch weniger Anhaltspunkte für korruptes Verhalten vorliegen können als dem Patienten. Besonders hinderlich wirkt das Strafantragserfordernis in den Fällen, in denen kein konkret messbarer wirtschaftlicher Nachteil entstanden ist, zum Beispiel weil die durch Patientenzuweisung erbrachte Leistung von einem anderen Behandler zum gleichen gesetzlich oder vertraglich vereinbarten Preis erbracht wurde. Hier von dem Strafantrag eines Verletzten abhängig zu sein, würde die Möglichkeit der Strafverfolgung eklatant einschränken. Hinzu kommt die dreimonatige Antragsfrist des § 77b StGB, die die Strafverfolgung ebenfalls erschweren könnte.

Die Erforderlichkeit eines Strafantrages lässt sich auch nicht aus dem vorgesehenen Strafmaß ableiten. Zum einen sieht die vergleichbare Vorschrift der Vorteilsannahme in § 331 StGB ein ebenso hohes Strafmaß vor, ohne dass ein Strafantrag erforderlich ist. Zum anderen sehen auch andere Straftatbestände, die ein höheres Strafmaß vorsehen, keinen Strafantrag vor. Auch die Tatsache, dass Straftaten nach § 299a StGB vor den Wirtschaftsstrafkammern der Landgerichte zu verhandeln sind (§ 74c Abs. 1 S. 1 Nr. 5a GVG; s.u.) trägt der Bedeutung des strafwürdigen Verhaltens Rechnung, die einem Strafantragserfordernis widerspricht.

Sofern an dem Strafantragserfordernis festgehalten werden soll, ist es richtig und zu begrüßen, dass auch den Kranken- und Pflegekassen als Kostenträger ein Antragsrecht eingeräumt wurde. Unklar ist allerdings auch hier, wer der Verletzte im Sinne des § 301 Abs. 2 Nr. 2c StGB sein soll. Typischerweise ist der Verletzte eines Wettbewerbsdelikts ein Mitbewerber, der hier aber offensichtlich nicht gemeint sein kann. Geht man davon aus, dass sich die in § 299a StGB beschriebenen Handlungen nicht nur auf einen Versicherten/Patienten beziehen werden, so erscheint es naheliegend auch allen Krankenkassen ein Antragsrecht einzuräumen. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die angestrebte Zusammenarbeit der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände. Es wird deshalb vorgeschlagen, das Antragsrecht unabhängig von der tatsächlichen Betroffenheit der jeweiligen Kasse zu gewähren und auch auf die Landesverbände der Krankenkassen zu erweitern, da auch diese über eigene Fehlverhaltensbekämpfungsstellen nach § 197a SGB V verfügen können.

§ 302

Mit der Änderung dieser Vorschrift wird erreicht, dass die Vorschrift des § 73d StGB (erweiterter Verfall) auch auf die Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen Anwendung findet. Dieser Erweiterung der Norm wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, den Straftatbestand des § 299a StGB unter entsprechender Änderung seiner Nummerierung in den 30. Abschnitt des StGB zu transferieren.

Es wird darüber hinaus vorgeschlagen, § 299a Abs. 1 um die Merkmale „Verabreichung“ und „Empfehlung“ zu ergänzen.

Ferner wird angeregt, § 300 StGB um einen Satz 3 zu ergänzen:

„Ein besonders schwerer Fall der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen liegt in der Regel auch dann vor, wenn durch die Tat die Gesundheit einer Person beschädigt wird.“

Es wird weiterhin vorgeschlagen, die

in § 301 Abs. 1 StGB vorgenommen Änderungen in Bezug auf den neuen § 299a StGB nicht vorzunehmen.

Hilfsweise wird vorgeschlagen, § 301 Abs. 2 Nr. 2c wie folgt zu formulieren:

„c) die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, ihre Verbände und Arbeitsgemeinschaften sowie die privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen.“

Artikel 2 Änderung des Gerichtsverfassungsgesetzes

§ 74c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1c GVG

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung des § 74c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1c GVG wird erreicht, dass auch für Straftaten nach § 299a StGB die Wirtschaftsstrafkammern zuständig sind, soweit die weiteren in dieser Vorschrift genannten Voraussetzungen vorliegen.

B Stellungnahme

Die Zuweisung von Bestechungsdelikten im Gesundheitswesen an die besonderen Strafkammern ist sachgerecht, da bei diesen Kammern Spezialwissen besser etabliert werden kann als bei den allgemeinen Kammern. Die Zuständigkeitszuweisung wird ausdrücklich begrüßt.

Ergänzend hierzu wird angeregt in der Gesetzesbegründung auch darauf hinzuweisen, dass gemäß § 143 Abs. 4 GVG auch Schwerpunktstaatsanwaltschaften gebildet werden können. Ebenso wie bei den Gerichten ist es sinnvoll, solche Schwerpunktstaatsanwaltschaften zu etablieren, die dann für mehrere LG- oder OLG-Bezirke zuständig sind. Es ist notwendig im Sinne einer effektiven Strafverfolgung, wenn das Wissen über die Besonderheiten des Gesundheitswesens und die sich daraus ergebenden Tatmuster auf eine Staatsanwaltschaft je Bundesland konzentriert werden.

C Änderungsvorschlag

Ergänzung der Gesetzesbegründung um den Hinweis, dass gemäß § 143 Abs. 4 GVG auch Schwerpunktstaatsanwaltschaften gebildet werden können.

Artikel 3 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 81a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 81a SGB V wird ergänzt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden beauftragt, für ihren Bereich einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Stellen nach § 81a Abs. 1 Satz 1 SGB V zu organisieren und die Kammern, Staatsanwaltschaften und die Stellen nach § 197a SGB V in geeigneter Form an diesem Austausch zu beteiligen, sowie die Aufsichtsbehörden über die Ergebnisse zu informieren. Die Berichtspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen wird dahingehend erweitert, dass die Berichte auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuzuleiten ist. Weiterhin werden detaillierte Vorgaben zum Inhalt der Berichte gemacht.

In einem neuanzufügenden Absatz 6 werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen verpflichtet, nähere Bestimmungen über die Organisation und Arbeitsweise der Stellen nach § 81a Abs. 1 Satz 1 SGB V zu treffen und diese dem BMG vorzulegen.

B Stellungnahme

s. Ausführungen zur Nr. 2 § 197a SGB V

C Änderungsvorschlag

Zu Abs. 5: "vermutet oder nachgewiesen wurden" ist durch „nachgegangen wurden" zu ersetzen.

Zu Abs. 6: Absatz 6 ist zu streichen.

Nr. 2 § 197a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen in § 197a SGB V sind spiegelbildlich zu den Änderungen in § 81a SGB V bezogen auf die Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird verpflichtet, Bestimmungen über die Organisation und Arbeitsweise der Stellen nach § 197a Abs. 1 Satz 1 SGB V zu treffen.

B Stellungnahme

Abs. 3:

Die Zielstellung der verstärkten übergreifenden Zusammenarbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wird begrüßt. Der Austausch von Erfahrungen innerhalb der eigenen Bereiche aber auch darüber hinaus mit den Krankenkassen bzw. mit den kassenärztlichen Vereinigungen, den Kammern und den Staatsanwaltschaften hilft Transparenz über Formen und Fallkonstellationen von Fehlverhalten herzustellen, und schafft damit eine wichtige Voraussetzung für die Bekämpfung und präventive Vermeidung von Fehlverhalten. Die Information der Aufsichtsbehörden zu den Ergebnissen stellt sicher, dass auch die notwendige Transparenz für die Rechtsaufsicht gegeben ist.

Zu Abs. 5:

Der Rahmen für eine Berichterstattung wird gesetzt. Die Zusammenfassung und Bereitstellung von Daten auf der Bundesebene ist zu begrüßen, da ein Gesamtüberblick geschaffen wird. Der hier verwendete Begriff „vermutete Fälle“ erscheint allerdings nicht als zielführend, da diese Fälle sich schlecht beziffern und vereinheitlichen lassen. Darüber hinaus erscheint der Begriff „nachgewiesen“ nicht umfassend genug. Hier werden die Fälle nicht mit gezählt, die bearbeitet wurden und ohne Nachweis eingestellt wurden.

Zu Abs. 6:

In die Organisationshoheit der Krankenkassen darf nicht eingegriffen werden. Es muss den Krankenkassen überlassen bleiben, wie sie sich am besten organisieren. Bestimmungen zur Organisation widersprechen dem Selbstverwaltungsprinzip. Deshalb kann der GKV-Spitzenverband hier lediglich Empfehlungen abgeben und Anhaltzahlen liefern. Bei Kontrollen und Prüfungen sollte statt auf Vorgaben stärker auf best-practise-Verfahren abgestellt werden. Hierzu können die, die Transparenz fördernden Regelungen in Abs. 3 sinnvoll beitragen.

Eine generelle, d.h. stets vollständige Veröffentlichung der Berichte im Internet wird abgelehnt. Insbesondere bei der Beschreibung von neu erkannten Fehlverhaltensmustern, für die noch keine abschließenden Gegenmaßnahmen entwickelt wurden, ist zwar ein Austausch wichtig, jedoch eine Veröffentlichung kontraproduktiv. Die Berichterstattung darf nicht als öffentlich zugänglicher Baukasten für Betrüger genutzt werden kön-

nen, um Betrugsmuster zu kopieren oder weiterzuentwickeln. Die Berichterstattung sollte deshalb Zielgruppen adäquat ausgestaltet werden können. Informationen sind nur dorthin zu leiten, wo sie für die Fehlverhaltensbekämpfung dienlich sind bzw. die Fehlverhaltensbekämpfung nicht behindern.

C Änderungsvorschlag

Zu Abs. 5: "vermutet oder nachgewiesen wurden" ist durch „nachgegangen wurden“ zu ersetzen.

Zu Abs. 6: Absatz 6 ist zu streichen.