



Spitzenverband

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0372(5)  
gel. VB zur öAnhörung am 28.01.  
13\_KFRG  
25.01.2013

## Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.01.2013

zu den Änderungsanträgen  
der Fraktionen der CDU/CSU und FDP  
(Ausschussdrucksache 17(14)0367)

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der  
Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch  
klinische Krebsregister  
(Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG)

GKV-Spitzenverband  
Mittelstraße 51, 10117 Berlin  
Telefon +49 (0) 30 206 288-0  
Fax +49 (0) 30 206 288-88  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



I. Stellungnahme zum Gesetz

Änderungsantrag 1	3
§116b SGB V Einbeziehung anderer Stellen in die Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	
Änderungsantrag 2	4
§ 136 a SGB V Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu Zielvereinbarungen	
Änderungsantrag 3	6
§ 137 SGB V Transparenz über Zielvereinbarung	
Änderungsantrag 4	8
§285 Abs. 3 a SGB V Datenübermittlungsbefugnisse der Kassen- (zahn)ärztlichen Vereinigungen	
Änderungsantrag 5	16
§ 295 SGB V Einbeziehung anderer Stellen in die Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	



## I. Stellungnahme zum Gesetz

### Änderungsantrag 1

#### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

##### Nr. 7 neu

#### §116b SGB V Einbeziehung anderer Stellen in die Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Einfügung des Satzes wird den vertragsärztlichen Leistungserbringern ermöglicht, einen Dienstleister mit der Abrechnung der Leistungen nach § 116b Absatz 6 Satz 1 zu beauftragen.

##### B) Stellungnahme

Die derzeitige Regelung in § 116b Abs. 6 sieht vor, dass vertragsärztliche Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen können. Eine Abrechnung über Dienstleister, z. B. ärztliche Verrechnungsstellen, ist somit nicht möglich. Die vorgesehene Ergänzung in § 116b Absatz 6 schließt diese Gesetzeslücke.

##### C) Änderungsvorschlag

Keiner.



## Änderungsantrag 2

### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

#### Nr. 6

#### § 136 a SGB V Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu Zielvereinbarungen

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft soll in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten bis spätestens zum 30.04.2013 im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen zu denjenigen Zielvereinbarungen abgeben, bei denen sich finanzielle Anreize auf einzelne Leistungen beziehen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.

##### B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die mit der beabsichtigten Neuregelung verfolgte Intention.

Nicht nur die Sicherung der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen der Ärzte, sondern vielmehr der Schutz der Patienten vor nicht notwendigen und rein ökonomisch bedingten Operationen und Behandlungen unterstreicht die Notwendigkeit einer Neuregelung. Die aktuelle Diskussion um die Mengenentwicklung und das Leistungsniveau im stationären Bereich zeigt, dass Anreizwirkungen bezüglich ökonomisch bedingter Mengeninduzierung auf allen Ebenen hinterfragt werden müssen. Auch die Vertragsbeziehung zwischen dem Krankenhaus und dem leitenden Arzt spielen hierbei eine zentrale Rolle.

Die beabsichtigte Neuregelung ist aber nicht geeignet, in verbindlicher Weise sicherzustellen, dass sich Vergütungsbestandteile ausschließlich an medizinisch-qualitativen Maßstäben orientieren. Die vorgesehenen Empfehlungen entfalten keinerlei Bindungswirkung, so dass die durchgängige Beachtung der Empfehlungen nicht sichergestellt ist und die Missachtung der Empfehlungen wegen mangelnder Durchgriffskompetenz der Deutschen Krankenhausgesellschaft auch keine nennenswerten Konsequenzen hätte.

Um zum Schutz der Patienten die Qualität der stationären Versorgung zu fördern und um zu gewährleisten, dass medizinische Entscheidungen über die Erbringung von Leistungen unabhängig von finanziellen Anreizen getroffen werden, sollten die Anforderungen an Zielvereinbarungen mit leitenden Entscheidungsträgern und deren Offenlegung verbindlich und bundesweit einheitlich geregelt werden. Statt einer Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer sollte das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt werden, nähere Bestimmungen über Ausgestaltung und Transparenz der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen zu erlassen.



C) Änderungsvorschlag

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nähere Bestimmungen über Ausgestaltung und Transparenz der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen zu erlassen.

Hilfsweise - Ergänzung des Änderungsantrages

A) Stellungnahme

Das Einvernehmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit der Bundesärztekammer bei der Erstellung der Formulierungshilfen und Empfehlungen für die Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten reicht nicht aus. Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer erstellten Formulierungshilfen und Empfehlungen sollten dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung und anschließenden Freigabe vorgelegt werden.

B) Änderungsvorschlag

Der Änderungsvorschlag wird ergänzt. Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:  
„Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer erstellten Formulierungshilfen und Empfehlungen werden vom Bundesministerium für Gesundheit geprüft und freigegeben.“



### Änderungsantrag 3

*Hinweis: Da Änderungsanträge 2 und 3 im Kontext zueinander stehen, ist die Übernahme des Änderungsvorschlages des GKV-SV zum Änderungsantrag 3 in Abhängigkeit von der Umsetzung/Ausgestaltung des Änderungsantrages 2 zu prüfen.*

### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

#### Nr. 6

#### § 137 SGB V Transparenz über Zielvereinbarung

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sollen Angaben darüber gemacht werden, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nach § 136 a Satz 2 SGB V hält. Sollten keine DKG-Empfehlungen vorliegen oder weicht das Krankenhaus von diesen ab, so sind leistungsbezogene Zielvereinbarungen in den Qualitätsberichten publik zu machen.

##### B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die mit der beabsichtigten Neuregelung verfolgte Intention, da sie mögliche Interessenkonflikte der im Krankenhaus tätigen leitenden Ärzte bei Diagnose- und Therapieentscheidungen transparent werden lässt. Allerdings besteht die Gefahr, dass die Neuregelung ins Leere läuft, wenn es keine wirksamen Sanktionsmöglichkeiten für den Fall gibt, dass der Berichtspflicht nicht, lückenhaft oder fehlerhaft nachgekommen wird. § 17 c Abs. 2 Satz 8 KHG bietet hier keine ausreichenden Möglichkeiten.

Ebenfalls sind die Form und der Inhalt der zu veröffentlichenden Informationen im Rahmen der Qualitätsberichte von entscheidender Bedeutung für den Nutzen dieser Maßnahme. Deshalb sollten hier Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erlassen werden. Dies sollte in der Begründung zu diesen Änderungsanträgen ergänzt werden.

Die Relevanz der Qualitätsberichte nimmt durch diese Erweiterung zu. Bisher fehlt eine regelhafte Datenvalidierung dieser Eigenangaben der Kliniken. Daher sollte im § 137 eine Vorschrift zur regelhaften Datenvalidierung (ggf. durch Stichprobenprüfungen) der Qualitätsberichte ergänzt werden. Damit wächst auch das Vertrauen in die vom Krankenhaus veröffentlichten Daten.



Stellungnahme des GKV Spitzenverbandes vom 25.01.2013  
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (A.-Drs.:17(14)0367)  
zum Entwurf eines Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes – KFRG  
Seite 7 von 17

C) Änderungsvorschlag

Ergänzend zu der beabsichtigten Neuregelung wird vorgeschlagen, dem § 137 Abs. 3 Nr. 4 die folgenden Sätze 4 und 5 anzufügen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt ein Verfahren zur Datenvalidierung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Er legt in seinen Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser die Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschläge für Krankenhäuser fest, die ihre Verpflichtungen nach Abs. 2 Nr. 4 nicht einhalten.“



#### Änderungsantrag 4

#### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

#### Nr. 7 neu

#### §285 Abs. 3 a SGB V Datenübermittlungsbefugnisse der Kassen- (zahn)ärztlichen Vereinigungen

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung soll u.a. die zuständigen Heilberufskammern zukünftig in die Lage versetzen, die „berufsrechtlichen Vorschriften zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen zur Anwendung zu bringen“, also z.B. Verstöße gegen die in den Berufsordnungen geregelten Berufspflichten der Ärzte oder Zahnärzte, etwa das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 MBO-Ärzte oder § 2 Abs. 7 und 8 MBO-Zahnärzte).

#### B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Initiative der Bundesregierung, die Problematik der Korruption bei niedergelassenen Ärzten anzugehen. Um das Ziel zu erreichen, reicht eine gesetzliche Klarstellung bislang fehlender Datenübermittlungsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen aber nicht aus. Zur effektiven Bekämpfung von korruptivem Verhalten im Gesundheitswesen greift die Neuregelung zu kurz. Mit der beabsichtigten Neuregelung von Datenübermittlungsbefugnissen der Kassenärztlichen Vereinigungen wird nur ein Teilaspekt der Problematik gelöst.

1. Problematisch ist, dass die erforderlichen Daten, Informationen oder Tatsachen, mit denen ein berufsrechtlicher Verstoß gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt nachgewiesen werden muss, typischerweise weder bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, noch bei den Krankenkassen, vorhanden sind. Abrechnungsdaten reichen dafür nicht aus.

Die insoweit zuständigen „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ der Kassenärztlichen Vereinigungen gem. § 81a SGB V und Kassen gem. 197a SGB V haben bei einem konkreten Verdacht auf „korruptives Verhalten eines niedergelassenen Vertragsarztes“ keine eigenen Durchsuchungs- oder Beschlagnahmefugnisse. Die beabsichtigte neue Datenübermittlungsbefugnis wird deshalb ohne weitergehende Gesetzesänderungen leerlaufen.

Um aussagekräftige Beweismittel aufzudecken, bedarf es regelmäßig des Tätigwerdens der dafür zuständigen Ermittlungsbehörden, die entsprechende Durchsuchungsmaßnahmen veranlassen und durchführen müssen. Damit die Ermittlungsbehörden aber entsprechend unterrichtet werden können, muss auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen stets der Anfangsverdacht einer strafbaren Handlung begründet werden, vgl. § 81a Abs. 4 SGB V.



Für diesen konkreten Anfangsverdacht einer strafbaren Handlung fehlt den zuständigen Staatsanwaltschaften aber seit der Grundsatzentscheidung des Großen Senats für Strafsachen des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 29.03.2012 (GSSt 2/11) de lege lata ein einschlägiger Straftatbestand.

Es besteht eine Strafbarkeitslücke, die vom Gesetzgeber zuerst geschlossen werden sollte. Deshalb hat der GKV-Spitzenverband nachfolgend unter „(D) ergänzender Änderungsbedarf“ einen konkreten Regelungsvorschlag unterbreitet.

2. Die bislang beabsichtigte Neuregelung ist leider nur unvollständig. Der GKV-Spitzenverband schlägt folgende gesetzessystematische Änderungen vor:  
Wenn nach der ausdrücklichen Gesetzesbegründung „Vorschriften zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen“ zur Anwendung gebracht werden sollen, sollte in § 285 Abs. 3 a Satz 1 SGB V n.F. zusätzlich auch auf personenbezogene Daten, von denen die Kassenärztlichen Vereinigungen bei Erfüllung der Aufgaben in § 81a Abs. 1, 3a SGB V Kenntnis erlangt haben, Bezug genommen werden.
3. Darüber hinaus ist festzustellen, dass § 284 SGB V nicht nur versichertenbezogene Daten der Krankenkassen, sondern zumindest über § 284 Abs. 1 Nr. 8, 10, 13 bzw. Abs. 3 SGB V auch Sozialdaten der vertragsärztlichen Leistungserbringer erfasst.

Deshalb sollte auch ein neuer § 284 Abs. 3 a SGB V eingeführt werden, damit die Krankenkassen ihrerseits befugt sind, personenbezogene Daten von Vertragsärzten, von denen sie bei Erfüllung der Aufgaben in § 197 a Abs. 1, 3a SGB V Kenntnis erlangt haben – ggf. *unabhängig* von den Kassenärztlichen Vereinigungen – direkt an die zuständigen Landesgesundheitsbehörden bzw. Heilberufskammern weiterzugeben. Die Notwendigkeit einer solchen gesetzlichen Klarstellung ergibt sich daraus, dass § 197 a Abs. 3a SGB V jedenfalls keine entsprechende datenschutzrechtliche Grundlage darstellt..



C) Änderungsvorschlag

7a) Nach § 285 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, personenbezogene Daten, von denen sie bei Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach § 81a Absatz 1, 3a Kenntnis erlangt haben,

1. den für die Entscheidungen nach § 3 Absatz 1, §§ 5 und 6 Bundesärzteordnung, § 2 Absatz 1, §§ 4 und 5 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde sowie § 2 Absatz 1 und § 3 Absatz 1 bis 3 Psychotherapeutengesetz zuständigen Behörden zu übermitteln, soweit diese approbationsrechtlich von Bedeutung sind,
2. den zuständigen Heilberufskammern zu übermitteln, soweit diese berufsrechtlich von Bedeutung sind.“

7 b) Nach § 284 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„Die Krankenkassen sind befugt, personenbezogene Daten, von denen sie bei Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und 3 sowie nach § 197 a Absatz 1, 3 a Kenntnis erlangt haben, auch

1. den für die Entscheidungen nach § 3 Absatz 1, §§ 5 und 6 Bundesärzteordnung, § 2 Absatz 1, §§ 4 und 5 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde sowie § 2 Absatz 1 und § 3 Absatz 1 bis 3 Psychotherapeutengesetz zuständigen Behörden zu übermitteln, soweit diese approbationsrechtlich von Bedeutung sind,
2. den zuständigen Heilberufskammern zu übermitteln, soweit diese berufsrechtlich von Bedeutung sind.“



#### D) Ergänzender Änderungsbedarf

Der GKV-Spitzenverband hat bereits im Rahmen seiner Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (BT-Drs. 17/10488) am 22.10.2012 auf die Dringlichkeit der Schaffung einer neuen gesetzlichen Strafvorschrift zur effektiven Bekämpfung von Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen hingewiesen und einen Regelungsvorschlag erarbeitet, vgl. Ausschussdrucksache 17(14)0326(20) vom 16.10.2012.

Der dringende gesetzliche Regelungsbedarf wurde darüber hinaus in unserem Positionspapier zu dem nicht-öffentlichen Expertengespräch über Konsequenzen aus dem BGH-Beschluss zur Strafbarkeit von Kassenärzten wegen Bestechlichkeit am 24.10.2012 im Ausschuss für Gesundheit vorgetragen, vgl. Ausschussdrucksache 17(14)0339 vom 17.10.2012.

Auf die in diesen beiden Ausschussdrucksachen umfangreich erfolgte Begründung nebst Regelungsvorschlag wird vollumfänglich Bezug genommen. Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich deshalb auf die wesentlichsten Argumente.

#### Neu: § 308 SGB V

##### Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen

#### A) Vorgeschlagene Regelung

Der Große Senat für Strafsachen des Bundesgerichtshofes (BGH) hat in seiner Grundsatzentscheidung vom 29.03.2012 (GSSt 2/11) zum sog. „ratiopharm-Komplex“ beschlossen, dass ein niedergelassener, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassener Arzt bei der Wahrnehmung der ihm in diesem Rahmen übertragenen Aufgaben (§ 73 Abs. 2 SGB V, hier: Verordnung von Arzneimitteln) weder als Amtsträger im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 2 c StGB noch als Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne des § 299 StGB handelt.

Der BGH hatte jedoch nur zu entscheiden, ob „korruptives Verhalten“ niedergelassener Vertragsärzte, die von einem Pharma-Unternehmen sachfremde Vorteile als Gegenleistung für die Verordnung von Arzneimitteln dieses Unternehmens entgegennehmen, nach dem geltenden Strafrecht strafbar ist. Darüber zu befinden, ob Korruption im Gesundheitswesen strafwürdig ist und durch Schaffung entsprechender Straftatbestände zukünftig eine effektive strafrechtliche Ahndung ermöglicht werden soll, sei Aufgabe des Gesetzgebers.

Dass korruptives Verhalten insbesondere niedergelassener Vertragsärzte nach dem geltenden Strafrecht nicht erfasst werden kann, „ist ein katastrophales und nicht vertretbares praktisches Ergebnis (...) Diese Lücken sind rechtspolitisch nicht legitimierbar. Sie privilegieren teilweise hochorganisiert funktionierende korruptive Systeme zu Lasten der Solidargemeinschaft und zum Schaden der Versicherten.“ (vgl. nur *Fischer*, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 60. Aufl. 2013, § 299 StGB, Rn 10 e).



Die Grundsatzentscheidung des BGH ist deshalb ein ausdrücklicher Appell an den Gesetzgeber, diesen „Missständen, die – allem Anschein nach – gravierende finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems zur Folge haben, mit Mitteln des Strafrechts effektiv entgegenzutreten“.

Zur Schließung der Strafbarkeitslücke wird vom GKV-Spitzenverband die Schaffung einer neuen „Strafvorschrift“ im Elften Kapitel des SGB V vorgeschlagen, um zukünftig auch eine effektive Verfolgung und wirksame Ahndung von Verstößen gegen die hier einschlägigen sozialgesetzlichen und berufsrechtlichen Verbote zu ermöglichen.

Die neue Strafvorschrift dient dem Patientenschutz. Primäres Rechtsgut der Vorschrift ist, dass insbesondere niedergelassene Vertragsärzte bei einer Verordnung unbeeinflusst von eigenen wirtschaftlichen Interessen bleiben und so die Wahlfreiheit der gesetzlich Versicherten wahren. Damit wird die Konfliktsituation verhindert, in der ein einzelner Vertragsarzt seine Verordnungsentscheidung nicht auf Grund medizinischer Erwägungen im Interesse des Patienten trifft, sondern z.B. durch „unzulässige Zuwendungen“ im Sinne des § 128 Abs. 2 SGB V davon profitiert. Geschützt wird damit auch das Vertrauen in die Lauterkeit (vertrags)ärztlicher Entscheidungen.

## B) Stellungnahme

Durch die vorgeschlagene Gesetzesänderung wird der mit der Grundsatzentscheidung des BGH offen zu Tage getretene Wertungswiderspruch beseitigt, wonach der in einem MVZ oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft *angestellte* Arzt bei der Verordnung von Arznei- oder Hilfsmitteln als „Angestellter“ den geltenden Straftatbestand des § 299 StGB erfüllen kann, während ein im gleichen MVZ oder in der gleichen Berufsausübungsgemeinschaft *niedergelassener* Vertragsarzt nicht als „Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen“ im Sinne des § 299 StGB handelt.<sup>1</sup>

Außerdem besteht ein nicht legitimierbarer Wertungswiderspruch zu anderen freien Berufen, wie z.B. *Rechtsanwälten*. Ein Vertragsarzt konkretisiert bei der Wahrnehmung der ihm übertragenen gesetzlichen Aufgaben (§ 73 Abs. 2 SGB V, hier: Verordnung von Arzneimitteln) das gesetzliche Rahmenrecht des Versicherten auf Sachleistungen und hat insoweit eine dem Testamentsvollstrecker oder Insolvenzverwalter vergleichbare Position, welcher in der Regel auch Rechtsanwalt ist. Diese könnten aber schon heute unstreitig als Beauftragte gem. § 299 StGB erfasst und bestraft werden (vgl. *Dannecker*, GesR 2010, 281, 284 m.w.N., *Fischer*, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 60. Aufl. 2013, § 299 StGB, Rn 10 a). Für Rechtsanwälte oder andere freie Berufe besteht damit ganz offensichtlich keine Strafbarkeitslücke.

---

<sup>1</sup> Vgl. in diesem Sinne bereits die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 28.03.2012 zum Antrag „Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen“ (BT-Drs. 17/3685), Ausschussdrucks. 17(14)248(7).



Der GKV-Spitzenverband hat wiederholt ausgeführt, dass die bestehenden sozialgesetzlichen Verbote korruptives Verhalten im Gesundheitswesen in der Praxis ganz offensichtlich nicht wirksam verhindern und bekämpfen können. Das gilt insbesondere für die sozialgesetzliche Regelung des § 128 SGB V.

Nach § 128 Abs. 3 SGB V haben die Krankenkassen vertraglich sicherzustellen, dass Verstöße gegen das hier einschlägige Zuwendungsverbot angemessen geahndet werden. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße ist in den Verträgen vorzusehen, dass Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden können. Die gesetzliche Verpflichtung angemessene Vertragsstrafen zu verhängen, umfasst gem. § 128 Abs. 3 Satz 2 SGB V allerdings ausschließlich *nicht-ärztliche* Leistungserbringer, nicht dagegen niedergelassene Vertragsärzte.

Schwerwiegende und wiederholte Verstöße gegen das Zuwendungsverbot (§ 128 Abs. 2 SGB V) können von den insoweit zuständigen Krankenkassen außerdem nicht wirksam geahndet werden. Ein schwerwiegender Verstoß soll nach der Gesetzesbegründung „insbesondere dann vorliegen, wenn Zuwendungen in erheblicher Höhe oder über einen längeren Zeitraum gewährt worden sind“ (vgl. BT-Drs. 16/10609, S. 58).

Dieser Beweis, dass „Zuwendungen in erheblicher Höhe oder über einen längeren Zeitraum gewährt worden sind“, ist den Krankenkassen aber gar nicht möglich. Um insoweit verwertbare Beweismittel aufzudecken, reichen die anhand der Abrechnungsunterlagen festgestellten Verordnungsströme von einem niedergelassenen Vertragsarzt zu einem bestimmten nicht-ärztlichen Leistungserbringer jedenfalls nicht aus. Vielmehr bedarf es dazu regelmäßig des Tätigwerdens der zuständigen Ermittlungsbehörden, die entsprechende Durchsuchungsmaßnahmen veranlassen und durchführen müssen, um die notwendigen Beweismittel auffinden und sicherstellen zu können. Damit die Ermittlungsbehörden entsprechend unterrichtet werden können, muss von den gesetzlichen Krankenkassen aber stets der Anfangsverdacht einer strafbaren Handlung begründet werden, vgl. § 197 a Abs. 4 SGB V.

Beim Sachverhalt der unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und nicht-ärztlichen Leistungserbringern nach § 128 SGB V konnte mit der früheren BGH-Rechtsprechung<sup>2</sup> noch davon ausgegangen werden, dass insoweit stets auch der Anfangsverdacht einer Korruptions-Straftat gem. §§ 331 ff. StGB bzw. gem. § 299 StGB bestehen könnte (vgl. ausdrücklich *Flasbarth*, in: Orlowski u.a. (Hrsg.), GKV-Kommentar SGB V, 2012, § 128, Rn 96). Der Große Strafsenat des BGH hat diese umstrittene Rechtsfrage aber nunmehr abschließend dahingehend beantwortet, dass sich niedergelassene Vertragsärzte bei der Verordnung von Arzneimitteln nach dem geltenden Strafrecht nicht strafbar machen.

---

<sup>2</sup> BGH, Beschl. v. 05.05.2011 – 3 StR 458/10; BGH, Beschl. v. 20.07.2011 – 5 StR 115/11.



Auch die Gesetzesbegründung zu § 128 Abs. 3 SGB V stellte in Richtung der insoweit verpflichteten Krankenkassen explizit klar: „Zuwiderhandlungen gegen die Verbote nach den Absätzen 1 und 2 müssen wirksam geahndet werden können“ (vgl. BT-Drs. 16/10609, S. 58). In der täglichen Ermittlungspraxis der insoweit gem. § 197 a SGB V zuständigen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes läuft diese vom Gesetzgeber beabsichtigte eigenständige sozialrechtliche Ahndung von Verstößen gegen das Zuwendungsverbot gem. § 128 Abs. 2 SGB V jedoch vollständig ins Leere.<sup>3</sup> Die Regelung des § 128 Abs. 3 SGB V ermöglicht in der gegenwärtigen Ausgestaltung weder empfindliche Sanktionen, noch eine „wirksame Abschreckung“.

Der GKV-Spitzenverband hat ferner wiederholt ausgeführt, dass auch die bestehenden berufsrechtlichen Verbote korruptives Verhalten im Gesundheitswesen ganz offensichtlich nicht wirksam verhindern und bekämpfen können. Das gilt insbesondere für das bereits seit langem bestehende berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt gem. § 31 MBO-Ä.

Berufsrechtliche Sanktionsmöglichkeiten der zuständigen Landesärztekammern „haben sich als gänzlich ineffektiv erwiesen“ (*Fischer*, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 60. Aufl. 2013, § 299 StGB, Rn 10 e). Selbst nach der im Standard-Kommentar zur Musterberufsordnung-Ärzte vertretenen Rechtsauffassung sind berufsrechtliche Sanktionen „selten genug“ (vgl. nur *Ratzel/Lippert*, Kommentar zu § 31 MBO-Ä, 5. Aufl. 2010, Rn. 1).

Dies wird durch die empirischen Ergebnisse einer aktuellen kriminologischen Studie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eindrucksvoll bestätigt. Ein erschreckend hoher Anteil (19 %) der befragten niedergelassenen Ärzte räumte ein, das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 MBO-Ä) entweder gar nicht zu kennen oder sich nie dafür interessiert zu haben. Des Weiteren war sich über die Hälfte befragten niedergelassenen Ärzte (52 %) der mangelnden Kontrollen und Sanktionen durch die zuständigen Landesärztekammern bewusst. Durch die Entscheidung des Großen Senats für Strafsachen des BGH werden sich die Kontrolldefizite vielmehr noch weiter verstärken. Die Strafbarkeitslücken sollten deshalb geschlossen werden (vgl. *Bussmann*, Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“, 2012).

---

<sup>3</sup> Vgl. in diesem Sinne bereits die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 19.10.2011 zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (BT-Drs. 17/6906), Ausschussdrucks. 17(14)0188(59).1.



C) Änderungsvorschlag

Der gegenwärtig weggefallene § 308 SGB V wird aus dem Zwölften Kapitel in das Elfte Kapitel (Straf- und Bußgeldvorschriften) verschoben und wie folgt neu gefasst:

§ 308 - Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen

(1) Wer als angestellter Arzt<sup>4</sup>, Vertragsarzt oder Leistungserbringer<sup>5</sup> im Gesundheitswesen einen Vorteil<sup>6</sup> für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Wahrnehmung der ihm übertragenen gesetzlichen Aufgaben<sup>7</sup> eine Handlung vorgenommen hat oder künftig vornehme und dadurch seine Pflichten<sup>8</sup> verletzt hat oder verletzen würde, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.<sup>9</sup>

(2) Ebenso wird bestraft, wer einem angestellten Arzt, Vertragsarzt oder Leistungserbringer im Gesundheitswesen einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt, dass er bei der Wahrnehmung der ihm übertragenen gesetzlichen Aufgaben eine Handlung vorgenommen hat oder künftig vornehme und dadurch seine Pflichten verletzt hat oder verletzen würde.

---

<sup>4</sup> Abzustellen ist auf angestellte Ärzte gem. § 95 Abs. 1 Satz 2 bzw. Abs. 9 SGB V. Der neue § 308 SGB V ist damit *lex specialis* zu § 299 StGB.

<sup>5</sup> In Anlehnung an § 128 SGB V ist konsequent zwischen Vertragsärzten und (nicht-ärztlichen) Leistungserbringern zu unterscheiden.

<sup>6</sup> Das objektive Tatbestandsmerkmal „Vorteil“ orientiert sich vom Wortlaut an §§ 299 und 332 StGB. Erfasst werden deshalb sowohl „Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile“ gem. § 73 Abs. 7 SGB V, als auch „unzulässige Zuwendungen“ gem. § 128 Abs. 2 Satz 1, 3 SGB V.

<sup>7</sup> Abzustellen ist dabei für angestellte Ärzte und Vertragsärzte auf § 73 Abs. 2 SGB V.

<sup>8</sup> Abzustellen ist dabei für angestellte Ärzte und Vertragsärzte auf die „vertragsärztlichen Pflichten“, hier das sozialgesetzliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt gem. §§ 73 Abs. 7, 128 Abs. 5a SGB V bzw. das sozialgesetzliche Zuwendungsverbot gem. § 128 Abs. 2 SGB V.

<sup>9</sup> Der hier vorgeschlagene Strafraum entspricht dem § 299 StGB, der bereits heute „angestellte Ärzte“ erfasst bzw. dem minder schweren Fall der Bestechlichkeit gem. § 332 Abs. 1 Satz 2 StGB, der Ärzte als „Amtsträger“ erfasst.



## Änderungsantrag 5

### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

#### Nr. 8 neu

#### § 295 SGB V Einbeziehung anderer Stellen in die Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Der geplante Absatz 5 (neu) sieht vor, dass die Leistungserbringer eine andere Stelle mit der Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen beauftragen können. Für die Abrechnung kann die „andere Stelle“ (z. B. Dienstleistungsunternehmen, ärztliche Verrechnungsstellen) mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der "erforderlichen personenbezogenen Daten" beauftragt werden. Der Auftragnehmer, d. h. das Dienstleistungsunternehmen, darf die Daten nur zu Abrechnungszwecken verwenden.

Über den Verweis auf § 295a Abs. 2 Satz 2 SGB V wird vorgegeben, dass Unterauftragsverhältnisse ausgeschlossen sind und dass abweichend von § 80 Abs. 5 SGB X der gesamte Datenbestand eines Leistungserbringers an externe Dienstleister gegeben werden kann.

Bedingung für die Datenübermittlung an einen privaten Dritten ist gemäß § 295 Abs. 5 2. Halbsatz die schriftliche Einwilligungserklärung der Versicherten. Die Einwilligung soll freiwillig erfolgen und kann jederzeit widerrufen werden.

##### B) Stellungnahme

Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 10.12.2008 (Aktenzeichen B 6 KA 37/07 R) ist eine ausdrückliche gesetzliche Regelung erforderlich, wenn Leistungserbringer für die Abrechnung von Leistungen (private) Dritte einschalten. Für die Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b, 73c oder § 140a SGB V sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen ist diese Vorgabe mit Einführung § 295a SGB V umgesetzt worden. Dies wird nun auch für die Abrechnung von spezialfachärztlichen Leistungen übernommen. Mit der Ergänzung des § 295 SGB V durch einen neuen Absatz 5 wird eine Abrechnung über Dienstleister, wie z. B. ärztliche Rechnungsstellen, ermöglicht.

Damit wird analog der Regelungen zur Notallversorgung in § 295a Abs. 3 SGB V festgelegt, dass die Abrechnung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung über eine andere Stelle erfolgen kann, wobei die übermittelten Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeitet und genutzt werden dürfen. Insgesamt wird die bereits mit § 295a SGB V verfolgte und im Prinzip konsentiertere Linie durch den Gesetzgeber weitergeführt.

Darüber hinaus muss gewährleistet werden, dass die mit der Abrechnung beauftragte Stelle die gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V vereinbarten Regelungen anwenden muss.



Stellungnahme des GKV Spitzenverbandes vom 25.01.2013  
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (A.-Drs.:17(14)0367)  
zum Entwurf eines Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes – KFRG  
Seite 17 von 17

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

