

Betrug im standardisierten Abrechnungsverfahren

BGH, Urt. v. 12.2.2015 – 2 StR 109/14 (LG Frankfurt a. M.), NSTZ 2015, 341

I. Sachverhalt (verkürzt)

Ab April 2009 nahm der Angeklagte in der X-Apotheke von sogenannten Tauschkunden Kassenrezepte entgegen, gegen eine Zahlung eines 20-30 Prozent betragenden Anteils des Rezeptwertes. Mit diesen wollte er einen angeblich bestehenden sozialrechtlichen Erstattungsanspruch bei den Krankenkassen geltend machen. Die angekauften Rezepte waren gefälscht oder Passanten abgekauft worden. Der Angeklagte hat bei Übernahme der Rezepte keine Arzneimittel an Kunden ausgegeben. Diese Rezepte reichte der Angeklagte mit seiner monatlichen Abrechnung über die A-GmbH bei den Krankenkassen ein. Die A-GmbH bearbeitete die Rezepte und reichte diese als Sammelrechnung bei den Krankenkassen ein. Eine Überprüfung der Rezepte auf formale oder inhaltliche Fehler erfolgte bei der A-GmbH nicht. Auch die Mitarbeiter der Krankenkassen prüften die Abrechnungen nur auf deren rechnerische Richtigkeit. Eine inhaltliche Prüfung fand nur statt, wenn konkrete Hinweise auf Unregelmäßigkeiten vorlagen. In den Monaten April bis Juli 2009 rechnete der Angeklagte so Rezepte im Gesamtwert von 1.591.480,23€ ab, ohne dass er entsprechende Arzneimittel an Kunden herausgegeben hatte.

Das LG hat den Angeklagten wegen Betrugs in vier Fällen verurteilt. Die Revision des Angeklagten ist unbegründet.

II. Entscheidungsgründe

Gegen die Verurteilung zum Betrug bestehen nach Ansicht des BGH keine rechtlichen Bedenken.

Eine Täuschungshandlung kann durch die Einreichung der monatlichen Sammelrechnungen bei den Krankenkassen gesehen werden. Eine Täuschungshandlung ist jede Einwirkung des Täters auf die Vorstellung des Getäuschten, die geeignet und dazu bestimmt ist, beim Adressaten der Erklärung eine Fehlvorstellung über tatsächliche Umstände hervorzurufen. Sie kann in der Vorspiegelung falscher oder in der Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen bestehen. Wird eine Erklärung konkludent abgegeben, bestimmt sich deren Erklärungswert nach dem Empfängerhorizont und der Verkehrsanschauung. Nimmt ein Apotheker am Abrechnungssystem der Krankenkassen teil, erklärt er hiermit stillschweigend, dass er Erstattungsansprüche nur für tatsächlich durchgeführte Geschäfte geltend macht. Vorliegend hat der Angeklagte eine falsche konkludente Erklärung abgegeben, weil die eingereichten Rezepte gefälscht oder angekauft waren und ohne entsprechende Arzneimittelabgabe zur Abrechnung eingereicht wurden. Die Zwischenschaltung der A-GmbH ändert nichts an diesem Erklärungswert. Vielmehr kann man hierdurch einen Betrug in mittelbarer Täterschaft annehmen.

Die Mitarbeiter der Krankenkassen unterlagen auch einem entsprechenden Irrtum. Bei einem standardisierten, auf Massenerledigung angelegten Abrechnungsverfahren ist es nicht erforderlich, dass der jeweilige Mitarbeiter hinsichtlich jeder einzelnen geltend gemachten Rechnungsposition die positive Vorstellung hatte, sie sei dem Grunde und der Höhe nach berechtigt. Es genügt die Annahme, dass die Rechnung insgesamt in Ordnung war. Ein Irrtum setzt also nicht voraus, dass tatsächlich die Abrechnung im Einzelfall überprüft wurde. Ausreichend ist das sachgedankliche Mitbewusstsein der Krankenkassenmitarbeiter, dass alle Abrechnungen des Angeklagten tatsächlich auf von Apothekenkunden eingereichte Rezepte beruhen und eine entsprechende Arzneimittelabgabe in der Apotheke erfolgte. Dies ist auch der Grund warum das Abrechnungssystem geschaffen wurde. Diesem liegt das Vertrauen zu Grunde, dass die eingereichten Rezepte nicht gefälscht oder angekauft sind und auch tatsächlich durchgeführt wurden. Es geht um das grundsätzliche Mitbewusstsein, dass ein tatsächlich bestehender sozialrechtlicher Erstattungsanspruch geltend gemacht wird. Daher bedurfte es auch

nicht der Feststellung der individuellen Vorstellungen des einzelnen Krankenkassenmitarbeiters durch das Tatgericht. Dieses durfte nach den Indizien des äußeren Ablaufs davon ausgehen, dass die Krankenkassenmitarbeiter einem entsprechenden Irrtum unterlagen.

Indem die Krankenkasse Zahlungen auf Grund der Sammelrechnungen vorgenommen hat, lag eine Vermögensverfügung vor.

Dies führte auch zu einem Schaden, weil nicht erbrachte Leistungen vergütet wurden.

Der Unmittelbarkeitszusammenhang zwischen der Vermögensverfügung und dem Vermögensschaden steht unproblematisch fest. Insbesondere die A-GmbH hatte nur eine Botenfunktion inne.

III. Problemstandort

Die Entscheidung befasst sich mit den Voraussetzungen des objektiven Tatbestands beim Betrug. Dabei werden insbesondere die klassischen Fragen der Täuschungshandlung und dem daraus entstehenden Irrtum behandelt. Dabei definiert der BGH lehrbuchartig die Anforderungen an eine taugliche Täuschungshandlung. Im Anschluss werden die Besonderheiten eines Irrtums im standardisierten Verfahren behandelt.