

Strafbarkeit von Interessenskonflikten nach den §§ 299a, 299b StGB

Michael Kubiciel

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Kubiciel, Michael. 2018. "Strafbarkeit von Interessenskonflikten nach den §§ 299a, 299b StGB." In *Interessenskonflikte, Korruption und Compliance im Gesundheitswesen*, edited by Klaus Lieb, David Klemperer, Ralf Kölbel, and Wolf-Dieter Ludwig, 45-52. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.



5 Strafbarkeit von Interessenkonflikten nach den §§ 299a, 299b StGB

Michael Kubiciel

5.1 Einleitung

Patienten wünschen sich, dass ein Arzt oder ein Angehöriger eines anderen Heilberufes eine von Erwerbsinteressen und anderen externen Faktoren unbeeinflusste Entscheidung darüber trifft, was nach medizinisch-fachlichen Maßstäben ihrem Wohl am besten dient (dazu und zum Folgenden Kölbel 2016, 194). Dementsprechend erwarten die Bürger vom Recht, dass es Interessenkonflikte verhindert und Entscheidungen sanktioniert, die von solchen externen Faktoren beeinflusst worden sind.

Doch so einfach liegen die Dinge nicht. Interessenkonflikte sind keine seltene Ausnahme, sondern systembedingt, da niedergelassene Ärzte und andere Angehörige eines Heilberufs auch Kaufleute sind, d.h. Erwerbsinteressen verfolgen. Sie sind – anders als Amtsträger – keine Personen, die allein fremdnützig handeln sollen und deren Aufgaben und Verantwortlichkeiten von eigenen Interessen strikt geschieden sind. Vielmehr sollen, ja müssen sie gerade bei ihrer Tätigkeit auch eigennützig handeln. Dem Grunde nach war dies nie anders. So beginnt der Eid des Hippokrates nicht etwa mit einer Verpflichtung auf das Wohl des Krankens, sondern mit der Pflicht, sich um den Unterhalt der „Lehrer“ und ihrer Nachkommen zu kümmern, wenn diese nicht mehr selbst erwerbsfähig sind (vgl. Hilgendorf 2016, 3f., der jedoch auf das Schädigungsverbot als Kernstück des Gelöbnisses abhebt). Neu ist also nicht, dass auch das ärztliche Handeln eine Erwerbsorientierung aufweist, neu ist die Bedeutung dieses Aspekts, welche die – stets vorhandene – Spannung zur Patientenwohlorientierung verstärkt. Denn die gegenwärtige Gesundheitspolitik versucht nicht, ökonomische Interessen zurückzudrängen, sondern nutzt im großem Umfang wirt-

schaftliche Anreize zur Steuerung ärztlichen Handelns und des Gesamtsystems (krit. Kölbel 2013, 85ff.). Damit kommt dem Medizin- und Gesundheitsrecht die schwierige Aufgabe zu, die Grenze zwischen zulässiger und unzulässiger Verfolgung wirtschaftlicher Interessen zu definieren und Wege zur Auflösung von Interessenkonflikten aufzuzeigen.

Das Strafrecht, zumal das Wirtschaftsstrafrecht, hat dann vor allem die Aufgabe, diese medizin- und gesundheitsrechtlichen Normen mit einer besonderen Garantie auszustatten – anders gewendet: ihre Übertretung unter Strafandrohung zu stellen. Genau dies tun auch die §§ 299a, 299b StGB, wenngleich auch nur ausschnittsweise (s. Kap. I.5.2). Sie verändern damit zwar nicht den inhaltlichen Rahmen für Kooperationen zwischen Angehörigen von Heilberufen bzw. diesen und Krankenhäusern und der Pharma- bzw. Medizinprodukteindustrie, wohl aber sorgen sie dafür, dass diese Rahmenordnung stärker beachtet wird (s. Kap. I.5.2.1c).

5.2 Zielsetzung, Anwendungsbereich und Inhalt der Tatbestände

Seit 2016 droht Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe, wenn sie sich einen Vorteil dafür fordern, sich versprechen lassen oder annehmen, dass sie bei der Verordnung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten, bei dem zur unmittelbaren Anwendung bestimmten Bezug von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder bei der Zuweisung von Patienten einen anderen im Wettbewerb unlauter bevorzugen (§ 299a StGB). Dasselbe gilt in spiegelbildlicher Weise für den aktiv bestechenden (leitenden) Mitarbeiter eines Krankenhauses, eines (pharmazeutischen) Unternehmens oder irgendein eine andere Person, die einem Angehörigen eines Heilberufes einen Vorteil zu dem genannten Zweck verspricht, anbietet oder gewährt (§ 299b StGB). Eine nähere Analyse zeigt, dass die Tatbestände wichtige Handlungsbeziehungen nicht erfassen und sich daher nicht als Straftatbestände zur Bekämpfung von Interessenkonflikten deuten lassen (1.), dass sie aber im Übrigen von erheblicher Weite sind (2.).

5.2.1 Kern des Anwendungsbereichs: Verzerrung des Wettbewerbs

a) Rekonstruktion des Ziels des Gesetzes

Die §§ 299a, 299b StGB setzen eine unlautere Bevorzugung im Wettbewerb, d.h. die Verletzung von gesundheitsmarktbezogenen Regeln voraus, nicht die Verletzung der Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit. Die letztgenannte Tatbestandsvariante war – neben der wettbewerbsschützenden Alternative – noch in den Referenten- und Regierungsentwürfen enthalten (Kubicjel 2016e, 1ff.), sah sich aber (nach hiesiger Auffassung: unberechtigten) Einwänden ausgesetzt und wurde vom Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages gestrichen (Dannecker u. Schröder, 2016, 49ff.; Kubicjel 2016c, 80ff.; Scholz 2016, 94ff.). In der nun geltenden Fassung sind die §§ 299a, 299b StGB keine echten Korruptionstatbestände: Sie pönalisieren nicht *jeden* Tausch von Vorteil und pflichtwidrigem Handeln und auch nicht die (pflichtwidrige) Auflösung eines Interessenkonflikts zwischen Erwerbsinteresse einerseits und Patienteninteresse andererseits. Kriminalisiert wird vielmehr nur ein kleiner Ausschnitt denkbarer Interessenkonflikte: die unzulässige Auflösung des

Spannungsverhältnisses zwischen gegenläufigen ökonomischen Interessen und die damit einhergehende Verzerrung des Wettbewerbs (Rübenstahl u. Teubner 2017, § 299a Rn. 5; Kubiciel 2016c, 71; Tsambikakis 2016, 132f.). Patienteninteressen werden allenfalls reflexhaft geschützt (Dann 2016, 169; Kölbel 2016, 193; a.A. Momsen u. Laudien 2017, § 299a, Rn. 5). Dass die Gesetzesmotive gleichwohl an dem Ziel festhalten, auch das Vertrauen der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen zu schützen, kommt in der Gesetz gewordenen Fassung nicht mehr zum Ausdruck (Kölbel 2016, 193). Die neuen Straftatbestände schützen folglich den Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt, genauer: die Lauterkeitsstandards dieses Wettbewerbs, die sich im ganzen Gesundheits- und Medizinrecht – vom Gesetz über die Verordnung hin zum Kammerrecht – finden (s. Kap. 1.5.2.2b).

b) Strafbarkeitslücke 1: Handeln außerhalb von Wettbewerbslagen

Die §§ 299a, 299b StGB garantieren nicht die gesamten Ordnungs- und Verteilungsmechanismen auf dem Gesundheitsmarkt, sondern nur die Ordnungsfunktion eines lautereren Wettbewerbs. Korruptive Austauschbeziehungen außerhalb oder im Vorfeld einer Wettbewerbssituation sind daher grundsätzlich nicht strafbar. Damit gleichen die Tatbestände dem § 299 StGB vor seiner Ausdehnung auf wettbewerbsunabhängige Verhaltensweisen im Jahr 2015. Ausgerechnet in dem korruptionsaffinen Gesundheitssektor fallen die neuen Straftatbestände mithin auf ein Niveau zurück, das der (europäische) Gesetzgeber für den branchenübergreifend gültigen § 299 StGB als unzureichend erachtet hat.

Gleichwohl ist auch außerhalb von Wettbewerbslagen Vorsicht geboten. So kann eine korruptive Vereinbarung, einen Vorteil für ein Handeln unter Verletzung der Pflicht zur heilberuflichen Unabhängigkeit entgegen zu nehmen, zu berufsrechtlichen Folgen führen. Zudem kann ein solches Verhalten unter Umständen von den §§ 263, 266 StGB (Betrug und Untreue zu Lasten von Krankenkassen) erfasst werden. An solchen Taten kann sich, ein entsprechender Vorsatz vorausgesetzt, auch der Vorteilsgeber beteiligen. Führt – was schwer nachzuweisen ist – die Unrechtsvereinbarung zu einem ärztlich nicht indizierten Heileingriff, können auch die Körperverletzungstatbestände zur Anwendung gelangen. Vor allem aber hat der Gesundheitsausschuss kurz vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens auf wichtige Klarstellungen in den Gesetzesmaterialien gedrungen. So soll der Wettbewerbsbegriff weit zu verstehen sein, sodass auch korruptives Verhalten in Monopollagen erfasst werden kann, wenn die Unrechtsvereinbarung zum Ziel hat, die Monopolstellung gegen Wettbewerber abzusichern (Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, Änderungsantrag v. 12. April 2016, 13f.). Ob die Rechtsprechung dieser (rechtlichen unverbindlichen) Äußerung in den Gesetzesmotiven folgt, ist nicht ausgemacht. Diese extensive Interpretation des Wettbewerbs stammt aus der Rspr. zum alten § 299 StGB, der – ebenso wie die §§ 299a, 299b StGB – lediglich die Bestechung bzw. Bestechlichkeit im Zusammenhang mit einer Bevorzugung im Wettbewerb erfasste. Nun, nach der Einführung einer wettbewerbsunabhängigen Tatvariante in § 299 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Nr. 2 StGB besteht jedoch keine Notwendigkeit mehr für eine solch extensive Interpretation des Wettbewerbsbegriffs (Kubiciel 2016c, 83). Es ist daher davon auszugehen, dass die Rspr. dort den Wettbewerbsbegriff tendenziell wieder enger fassen und Monopollagen ausgliedern wird. Dass die Rechtsprechung den Wettbewerbsbegriff in den §§ 299a, 299b StGB demgegenüber weit interpretiert, ist wenig wahrscheinlich, da dies auf die

Spaltung eines einheitlichen Begriffs hinausliefe (Kubiciel 2016b, 3/2016; Tsambikakis 2016, 136f.). Gegenwärtig ist diese Entwicklung aber noch nicht eingetreten. Daher ist jedenfalls bis auf weiteres zu prüfen, ob eine Kooperation dem Ziel dient, eine Monopolstellung abzusichern. Ist dies der Fall, sollte der Anwendungsbereich der §§ 299a, 299b StGB vorsorglich als eröffnet angesehen werden, selbst wenn aktuell keine Konkurrenz auf dem Markt existiert (Rübenstahl u. Teubner 2017, § 299a Rn. 43).

c) Strafbarkeitslücke 2: Beeinflussung der Medikamenten-/Medizinprodukteabgabe an Patienten

Nicht Gesetz geworden ist auch eine andere Tatvariante des Regierungsentwurfes, welche den Bezug von solchen Medikamenten und Medizinprodukten betrifft, die unmittelbar an Patienten abgegeben werden (§§ 299a Abs. 2, 299b Abs. 2 StGB-RegE). Diese, auf die Geschäftsbeziehungen zwischen der pharmazeutischen Industrie bzw. Medizinprodukteherstellern einerseits und Apothekern bzw. anderen Zwischenabnehmern von Medizinprodukten zugeschnittene Tatvariante ist vom Rechtsausschuss gestrichen worden. Infolgedessen können sich Apotheker und Verkäufer von Medizinprodukten beim Bezug ihrer Waren korruptiv beeinflussen lassen, ohne in den Anwendungsbereich des § 299a StGB zu gelangen. Dementsprechend werden auch die Vorteilsgeber aufseiten der Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller nicht von § 299b StGB erfasst. Angesichts der Bedeutung der Absatzkette zwischen pharmazeutischer Industrie und Apothekern ist deren „strafrechtliche Immunisierung“ kriminalpolitisch nicht nachzuvollziehen (Kubiciel 2016a, 11/2016; Tsambikakis 2016, 132).

Jedoch ist auch in diesen Geschäftsbeziehungen Vorsicht geboten. Wenn Apotheker Medikamente oder Medizinprodukte beziehen, die sie unmittelbar bei Patienten anwenden und nicht nur abgeben, ist der Anwendungsbereich der §§ 299a Nr. 2, 299b Nr. 2 StGB eröffnet. Zudem fallen Korruptionshandlungen, die Angestellte (etwa in Apotheken bzw. Sanitäts- oder Krankenhäusern) einschließen, unter § 299 StGB. Schließlich ist das Heilmittelwerbegesetz mit seinen Ordnungswidrigkeitentatbeständen zu beachten, die über die §§ 30, 130 OWiG bedeutende Risiken für Unternehmen bzw. die sie tragenden juristische Personen entfalten können.

5.2.2 Das von den §§ 299a, 299b StGB erfasste Verhalten

a) Die Weite der Tatbestände

Die §§ 299a, 299b erfassen Wettbewerbsverzerrungen, in die Angehörige solcher Heilberufe involviert sind, deren Ausübung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert. Dazu zählen etwa Gesundheits- und Krankenpfleger, Logopäden, Ergotherapeuten und Rettungssanitäter, nicht aber Heilpraktiker (Kubiciel 2016e, 3; Tsambikakis 2016, 133; Ramb u. Reich 2015, 74). Der Vorschlag Bayerns, die Tatbestände auf Angehörige sog. akademischer Heilberufe zu begrenzen (BR-Drs. 16/15, 17; s. dazu Bausback 2016, 37f.), konnte sich nicht durchsetzen, obgleich nur diese Personengruppen Leistungen in nennenswertem Umfang verordnen und damit nennenswerte ökonomische Bedeutung für das Gesundheitswesen haben (Kubiciel u. Tsambikakis 2015, 15). Für die weite Fassung der Straftatbestände spricht jedoch, dass die §§ 299a, 299b StGB nicht das Vermögen schützen, sondern eine Institution (Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt), die von allen in dieser Institution tätigen Person geschädigt werden kann.

Auch der Vorteilsbegriff ist weit zu verstehen und entspricht dem der §§ 31, 32 MBO. Jede Verbesserung der wirtschaftlichen, rechtlichen oder persönlichen Lage, auf die der Empfänger keinen Anspruch hat, ist grds. tatbestandsmäßig (Rübenstahl u. Teubner 2017, § 299a Rn. 25). Dies umfasst neben Geld auch geldwerte Leistungen wie Kongresseinladungen oder die Übernahme von Fortbildungskosten. Auch der Abschluss eines Vertrages, der eine vergütete Tätigkeit zum Inhalt hat, kann einen Vorteil darstellen. Daher kann auch die Nebentätigkeit eines Arztes für ein Pharmaunternehmen oder in einem Krankenhaus ein Vorteil sein, ebenso Zuwendungen aus zulässigen Kooperationsverhältnissen i. R. von ambulanten fachärztlichen (Nach-)Behandlungen. Diese Vertragserfüllungen sind nicht per se straflos, sondern im Gegenteil strafbar, wenn sich der Vorteilsnehmer mit einer Bevorzugung der Medikamente des Pharmaunternehmens oder der Zuführung von Patienten an das Krankenhaus revanchiert (Tsambikakis 2016, 134). Selbst immaterielle Vorteile (wie Ehrungen) können tatbestandsmäßig sein, wenn sie den Empfänger in objektiv nachvollziehbarer Weise besserstellen (Rübenstahl u. Teubner 2017, § 299a Rn. 25). All dies zeigt, dass nicht der Vorteilsbegriff die entscheidende Strafbarkeitsschwelle ist, sondern der Nachweis einer Unrechtsvereinbarung.

b) Einschränkungen im Tatbestand

Die Unrechtsvereinbarung zwischen dem aktiv bestechenden Vorteilsgeber und dem Vorteilsnehmer muss den Vorteil als Gegenleistung für eine unlautere Bevorzugung im Wettbewerb ausweisen (Momsen u. Laudien 2017, § 299a Rn. 14). Erfasst ist aber, wie oben bereits angedeutet, nicht jede Bevorzugung im Wettbewerb, sondern nur eine solche im Zusammenhang mit den in den Nr. 1 bis 3 spezifizierten Handlungen. Der Begriff „Bezug“ soll dabei sämtliche Verhaltensweisen erfassen, durch die sich der Arzt oder ein Angehöriger eines anderen Heilberufs Arzneimittel verschafft (BT-Drucks. 18/6446 S. 20). „Verordnung“ wird eher eng verstanden und meint nur das Verschreiben eines Medikaments zugunsten eines Patienten (Tsambikakis 2016, 135). Weit verstanden wird hingegen wiederum die „Zuführung“, die jede Einwirkung auf den Patienten mit der Absicht, dessen Auswahl zu beeinflussen, einschließt (BT-Drucks. 18/6446 S. 20).

Dort, wo es keinen Wettbewerb gibt, ist die Strafbarkeit nicht begründet. Das betrifft nicht nur die o. g. Monopollagen, sondern auch das Handeln von Ärzten in einer Praxisgemeinschaft: Weisen diese sich gegenseitig Patienten zu, geschieht das i. d. R. nicht mit der Intention, neue Patienten zu gewinnen, sondern Honorarvorteile zu generieren. Rechnen sie dabei die Versichertenpauschale unzulässigerweise doppelt ab, kann das einen Betrug darstellen, nicht aber ein Delikt nach §§ 299a, 299b StGB (näher dazu Scholz 2016, 97).

Eine entscheidende normative Begrenzung des Tatbestandes nimmt der Begriff „unlauter“ vor (Schroth u. Hofmann 2017, 259ff.). Nicht jede Bevorzugung im Wettbewerb ist strafbar, sondern nur eine unlautere. Für die Bestimmung der Lauterkeit bzw. Unlauterkeit einer Bevorzugung kann auf die Rechtsprechung zum entsprechenden Tatbestandsmerkmal in § 299 StGB zurückgegriffen werden. Unlauter ist daher jede Bevorzugung, die auf sachfremden Erwägungen beruht (Tsambikakis 2016, 137). Wichtiger als diese allgemeine Formel ist jedoch die Ausfüllung des normativen Tatbestandsmerkmals „unlauter“ mit gesundheitsrechtlichen Normen und gesundheits-

politischen Erwägungen. Insofern weisen die Tatbestände eine deutliche Akzessorietät zum Gesundheitsrecht auf. Daraus folgt, dass Kooperationsformen und damit einhergehende Bevorzugungen, die gesundheits-, medizin- und berufsrechtlich erlaubt oder jedenfalls gesundheitspolitisch erwünscht sind, nicht strafatbestandsmäßig sind. Die Tatbestände sind also negativ akzessorisch: Was das Gesundheits- und Medizinrecht gestattet, kann keine „unlautere“ Bevorzugung sein (Tsambikakis 2016, 137; so schon Gaede 2015, 265; Kubiciel 2016e, 4). Auch hier zeigt sich, dass die §§ 299a, 299b StGB kein Mittel sind, mit denen das Entstehen von Interessenkonflikte per se verhindert werden soll. Vielmehr geht es nur darum, die nach dem einschlägigen Primärrecht unzulässigen Formen von Interessenkonflikten zu pönalisieren.

Auch nach Streichung der Tatalternative, die auf die Verletzung der Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit Bezug nahm, ist das Medizin- und Gesundheitsrecht für die Strafbarkeitsbegründung folglich von erheblicher Bedeutung. Infolge dessen taucht an dieser Stelle auch ein Problem auf, das im Zusammenhang mit der gestrichenen Tatalternative diskutiert worden ist: Das Berufsrecht kann von Kammer(sitz) zu Kammer(sitz) verschieden sein, sodass auch die Auslegung der §§ 299a, 299b StGB in Grenzbereichen divergieren kann. Jedoch ist dies grundsätzlich unbedenklich, zumal sich Grenzfälle mithilfe einer Formel lösen lassen, die zur Bewältigung ähnlicher Probleme des vergleichbar akzessorisch und auslegungsbedürftigen § 266 StGB ergangen ist: Danach sind nur solche Handlungsweisen tatbestandsmäßig, die eindeutig pflichtwidrig sind, d. h. gesundheitsrechtlich und -politisch objektiv unvertretbar sind (dazu sogleich Kap. I.5.2.2c) (so für § 266 StGB Kubiciel 2005, 360. Vgl. auch Brettel et al. 2015, 932).

c) Einschränkungen des Tatbestandes

Dass die §§ 299a, 299b StGB negativ akzessorisch sind, heißt umgekehrt nicht, dass sie auch positiv bzw. strikt akzessorisch sein müssten. Anders gewendet, muss nicht aus jeder Überschreitung primärrechtlicher Grenzen eine Strafbarkeit resultieren. An einer – auch verfassungsrechtlich – zu verlangenden eindeutigen Pflichtwidrigkeit bzw. Unlauterkeit fehlt es etwa dann, wenn das Gesundheitsrecht oder die diesbezügliche Rechtsprechung uneindeutig ist (Dann u. Scholz 2016, 2080). Solange eine Vorteilsgewährung nach einer vertretbaren Auslegung des Primärrechts als lauter angesehen werden kann, steht es der Kooperationsform nicht eindeutig entgegen. Wenn aber ein Verhalten gesundheitsrechtlich nicht eindeutig „unlauter“ ist, kann es nicht als strafatbestandsmäßige unlautere Bevorzugung gewertet werden. Vielmehr kann es den §§ 299a, 299b StGB – wie dem § 266 StGB – allein um die strafrechtliche Garantie eines Mindeststandards zu tun sein (Kubiciel 2016d, 7; wie hier Tsambikakis 2016, 138).

5.3 Folgen

Die Akzessorietät der Straftatbestände sorgt dafür, dass nichts strafbar sein kann, was gesundheitsrechtlich erlaubt ist. Sie bedeutet aber auch umgekehrt, dass gesundheitsrechtswidrige Kooperationen zumindest ein Strafbarkeitsrisiko begründen, wenn sie eine Bevorzugung im Wettbewerb bezwecken. Dieses Risiko ist erheblich, denn es droht – neben berufsrechtlichen Folgen – eine Freiheitsstrafe bis zu fünf Jah-

ren, wenn die Beteiligten gewerbsmäßig oder mithilfe eines Vorteils großen Ausmaßes handeln (§ 300 StGB). Solche Fälle werden die Regel sein, da im deutschen Gesundheitswesen das auf Dauer angelegte Zusammenwirken zwischen Ärzten und anderen Akteuren der Normalfall ist. Juristischen Personen – pharmazeutische Unternehmen, Krankenhäuser, rechtlich verselbstständigte Labor- und Ärztegemeinschaften – drohen überdies Geldbußen und die Gewinnabschöpfung nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (S. §§ 30, 130 OWiG). Die Bandbreite möglicher Rechtsfolgen ist folglich groß, die Eingriffstiefe der Sanktionen erheblich. Wer derartige Rechtsfolgen verhindert will, muss seine Compliance-Regeln anpassen und Kooperationsformen überprüfen lassen.

Literatur

- Bausback W (2016) Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen. In: Kubiciel, Hoven (Hrsg.) *Korruption im Gesundheitswesen*, 33–42
- Brettel H, Duttge G, Schuhr JC (2015) Kritische Analyse des Entwurfs eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, *Juristen Zeitung*, 929–935
- Dann M (2016) Eine neue Ära im Gesundheitswesen – Was bringen die neuen §§ 299a, 299b StGB? *Kriminalpolitische Zeitschrift*, 169–177
- Dann M, Scholz K (2016) Der Teufel steckt im Detail – Das neue Anti-Korruptionsgesetz für das Gesundheitswesen, *Neue juristische Wochenschrift*, 2077–2084
- Dannecker G, Schröder T (2016) Zu den neuen §§ 299a, 299b StGB – auch zu ihren Risiken und Nebenwirkungen. In: Kubiciel, Hoven (Hrsg.) *Korruption im Gesundheitswesen*, 43–68
- Gaede K (2015) Patientenschutz und Indizienmanagement – Der Regierungsentwurf zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, *Zeitschrift für Medizinstrafrecht*, 263
- Hilgendorf E (2016) Einführung in das Medizinstrafrecht. 3–4
- Köbel R (2013) Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen. In: *Jahrbuch der Juristischen Gesellschaft Bremen*, 85–108
- Köbel R (2016) §§ 299a ff. StGB und die unzutragliche Fokussierung auf den Wettbewerbsschutz, *Zeitschrift für Medizinstrafrecht*, 193–194
- Kubiciel M (2005) Gesellschaftsrechtliche Pflichtwidrigkeit und Untreuestrafbarkeit, *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 353–361
- Kubiciel M (2016a) Kriminalisierung der Korruption im Gesundheitswesen, *Juris Praxis Report* 11/2016
- Kubiciel M (2016b) Anwendbarkeit der §§ 299a, 299b StGB in Monopollagen. In: Kubiciel (Hrsg.) *Kölner Papiere zur Kriminalpolitik* 3/2016
- Kubiciel M (2016c) Legitimation und Interpretation der §§ 299a, 299b StGB. In: Kubiciel, Hoven (Hrsg.) *Korruption im Gesundheitswesen*, 69–88
- Kubiciel M (2016d) Die Straftatbestände gegen die Korruption im Gesundheitswesen: verfassungskonform, angemessen, effektiv? *Wirtschaftsrechtliches Journal*, 1–11
- Kubiciel M (2016e) Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen. Grund und Grenzen der §§ 299a, 299b StGB, *Medizinrecht*, 1–4
- Kubiciel M, Tsambikakis M (2015) Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299a StGB) – Stellungnahme zum Entwurf des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz, *Zeitschrift für Medizinstrafrecht*, 11–16
- Momsen C, Laudien S (2017) Kommentierung zu § 299a. In: von Heintschel-Heinegg (Hrsg.) *Beck'scher Online Kommentar zum StGB*, 35. zitiert § 299a Rn
- Ramb M, Reich L (2015) Verschärfung des Korruptionsstrafrechts im Gesundheitssektor, *Compliance Berater*, 72–77
- Rübenstahl M, Teubner P (2017) Kommentierung zu § 299a StGB. In: Esser, Rübenstahl, Saliger, Tsambikakis (Hrsg.) *Wirtschaftsstrafrecht Kommentar*, zitiert: § 299a Rn

- Scholz K (2016) Rechtliche Fragen der Korruption im Gesundheitswesen aus Sicht des ärztlichen Berufsrechts. In: Kubiciel, Hoven (Hrsg.) Korruption im Gesundheitswesen, 89–110
- Schroth U, Hofmann E (2017) Die strafbegrenzende Bedeutung der Unlauterkeit im Rahmen der §§ 299a, b StGB, Zeitschrift für Medizinstrafrecht, 259–263
- Tsambikakis M (2016) Kommentierung des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen, Zeitschrift für Medizinstrafrecht, 131–141