

Dr. med. Gerd Sandvoß

Neurochirurg

D 49716 Meppen/Ems, Hölderlinstr. 20 , Tel.: 05931 / 16264
Fax: 05931 / 912422 Handy: 0171 / 4760340
eMail:sandvossgerddr@t-online.de www.sandvoss-
neurochirurg.de

Version 5

Die strafrechtliche Relevanz von Plausibilitätsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen

G. Sandvoß

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit den Kostenträgern Verträge abgeschlossen (PlausiVB) und Verfahrensordnungen für die Durchführung von Plausibilitätsverfahren (Plausi-VO) durch Beschlüsse der Vertreterversammlungen verabschiedet, in denen festgelegt ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Grund der Ergebnisse von Plausibilitätsverfahren staatsanwalt-schaftliche Ermittlungsverfahren (§ 10/2 PlausiVO) einleiten können.

Hieraus ergibt sich die Frage, ob die Mittel des Plausibilitätsverfahrens, wie z. B. im SGB V § 106 ff festgeschrieben - so z. B. Zeitprofile - geeignet sind, einen Strafantrag wegen Abrechnungsbetruges nach § 263 StGB zu begründen.

Nachdem im 4. Quartal 2000 die rückwirkende Abrechnungsprüfung durch die Plausibilitätsausschüsse vereinbart wurden z. B. in Form von Stichproben oder durch eine 100%ige Prüfung der ermächtigten Chefärzte, kommt jetzt eine Flut von Ergebnissen bürokratischen Fleißes auf die Sozialgerichte und Staatsanwaltschaften zu, die mit sachverständiger ärztlicher Hilfe abgearbeitet werden muß.

Dem Autor als erfahrenem Gerichtssachverständigen für Abrechnungsfragen sind folgende völlig konträre Bearbeitungsweisen und Rechtsauffassungen aufgefallen:

Die zunehmend von Juristen dominierten Kassenärztlichen Vereinigungen führen eine sogenannte „Amtsermittlung“ durch, d.h. ein Verwaltungsverfahren nach Verwaltungsrecht, das nach grundsätzlich anderen Kriterien arbeitet und abläuft, als ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren, bei dem die kritisierten Handlungsweisen ausschließlich aus strafrechtlicher Sicht einzuschätzen sind. So werden gerade im Verwaltungsverfahren - hier in den Plausibili-

tätsausschüssen der KV - Ärzte eingesetzt und die erforderlichen Entscheidungen von Ärzten und der Verwaltung getroffen d.h. von Ärzten, Kaufleuten, Betriebswirten, Verwaltungsfachleuten oder Vertretern anderen Berufsgruppen. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass in den Kassenärztlichen Vereinigungen, die hier mit amtlichem Prüfverfahren belastet worden sind, zunehmend juristisches Gedankengut und juristischer Einfluss zu spüren ist und ärztliche Grundrechte vernachlässigt und nicht mehr qualifiziert vertreten werden. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass sich die KV-Juristen in völliger Unkenntnis traditioneller ärztlicher Rechte und Pflichten, wie z. B. den Hippokratischen Eid Abs. 2 (festgeschrieben im Genfer Gelöbnis 1948) und die offiziellen Abrechnungsanweisungen der KBV zur Ersatzkassegebührenordnung (E-GO) ignorieren und die Staatsanwaltschaften einschalten und um Hilfe bitten, mit dem Ziel, ihren Regressforderungen Nachdruck zu verleihen.

Bei den Strafanzeigen wegen des Verdachtes des Abrechnungsbetruges nach § 263 StGB werden also grundsätzlich Befugnisse nach § 106a und § 295 Abs. 1a SGB V in den Vordergrund gerückt und als Begründung angeführt unter völliger Verkennung der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgeschriebenen und mit den Kostenträgern im Bewertungsausschuss vereinbarten Abrechnungsspielregeln, die für jeden Vertragsarzt bindend sind, aber natürlich nicht Gesetzescharakter haben, sondern reine Verwaltungsvorschriften darstellen. Und eben diese Verwaltungsvorschriften der KBV zur Kassenabrechnung wurden von juristischen Laien erarbeitet und ausformuliert und sind somit unpräzise und von zahlreichen semantischen Fehlern belastet in Verbindung mit einem stark floatenden Punktwert für die jeweils abzurechnenden Leistungen, der in jedem Bundesland unterschiedlich ist und manchmal für ambulante operative Leistungen nach § 115 d StGB V auf einem erträglichen Niveau (unbugetiert bei der KVN Osnabrück 7/2007: zwischen 3,2 und 4,6 c und für die die Psychotherapie mit 5 c)-festgeschrieben wurde d.h. nicht floated.

Der ärztliche Gerichtssachverständige wurde bisher mit 3 Kernfragen konfrontiert:

1. Kann eine statistische Ermittlung anhand von Zeitprofilen für einzelne Leistungen einen Strafantrag wegen Abrechnungsbetruges stützen? Der Tatvorwurf lautete: Abrechnungsbetrug nach § 263 StGB wegen angeblich nicht erbrachter Operationen.

Dieses Ansinnen muss klar verneint werden, da sich ein Tatvorwurf des Abrechnungsbetruges grundsätzlich auf Einzelfallermittlungen stützen muss und nicht auf Vermutungen anhand von Statistiken oder dem „Kleinrechnen oder Herunterrechnen“ erbrachter Leistungen anhand von mehr oder minder fragwürdigen Zeitprofile. Eigene Erhebungen des Neurochirurgischen Berufsverbandes BDNC und der wissenschaftlichen Gesellschaft DGNC haben ergeben, dass der von der KBV festgeschriebene Zeitrahmen für die Durchführung einer Facettendenervation in einem Segment nach

EBM-Nr. 2960:

mit 23 Min. unrealistisch und weit überzogen ist, da offensichtlich Rüstzeiten eingerechnet wurden, in denen kein ärztliches Handeln erforderlich ist. Die Erhebungen der genannten Fachgesellschaften führten zu dem Ergebnis, dass ärztliches Handeln für eben diese Eingriffe (Facettendenervationen für 2 Wirbelbogengelenke in einem Segment) zwischen 8 und max. 13 Min. anzusetzen und realistisch ist. Darüberhinaus gibt es langsame und ungeübte oder flotte Operateure, wobei letztere den Eingriff im 2. und 3. Segment in jeweils 6 Minuten durchzuführen in der Lage sind also nicht die 23 Minuten Vorgabe der KBV benötigen.

Spekulativ sind demgegenüber die Vermutungen, dass die KBV auf Druck von Schmerztherapeuten (Lobbyisten) den paritätisch besetzten Bewertungsausschuß dahingehend überzeugen wollte und musste, dass das minimalinvasive schmerztherapeutische Verfahren in der Bewertung einem offenen operativen Eingriff gleichwertig und mit einem hohen Punktwert auszustatten sind. Das gelingt aber nur über einen hohen Zeitaufwand, wobei der von er KBV irrig angegebene Zeitrahmen heute zu Strafanzeigen führt und die Ärzte schon durch die Androhung eines Strafverfahrens erpressbar macht.

Allein die Tatsache, daß das Sozialgericht Schwerin berechnigte Zweifel an den ruinösen Honorarrückforderungen der KV Mecklenburg-Vorpommern (zuerst über 320 000.- €, später 186.876.12 € dann heruntergerechnet auf 106.690,04 €) hatte und den Zeitrahmen von 23 auf 13 Minuten für den Eingriff (immer noch zu hoch) festlegte, zeigt, dass residuale Zweifel bestanden zumal ein geübter em. Ordinarius 3 Minuten pro Seite d.h. 6 Minuten pro Segment angegeben hatte. Immerhin haben weitere Rechenkünstler den anhängigen Regress auf 106.690,04 € heruntergerechnet. Wie will man bei derartigen Ungereimtheiten den Straftatbestand des Abrechnungsbetruges nach § 263 StGB (Abrechnung angeblich nicht erbrachter Leistungen) begründen?

Im Rahmen der Berechnungen der KV MV wurden weiterhin die Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ignoriert:

EBM-Ziffer 63:

Auch hier sei auf die klaren Allgemeinen Bestimmungen A II §1 des EBM 1999 hingewiesen, insbesondere auf den ersten Absatz, dass Hilfeleistungen nicht-ärztlicher Mitarbeiter bei entsprechender Qualifikation als Vertragsleistungen abgerechnet werden können:

In der Leistungslegende der EBM-Ziffer 63 ist an keiner Stelle festgeschrieben, dass die ambulante postoperative und tagesklinische Betreuung durch den Arzt zu erfolgen hat, weil sie – wie generell üblich – durch die Krankenschwester im Aufwachraum und durch das apparative Monitoring (EKG und Pulsoxymetrie) gewährleistet ist. Darüber hinaus ist jeder qualifizierte, routinierte Arzt in der

Lage, innerhalb einer Minute festzustellen, ob ein Patient postoperativ wach und transportfähig ist und nach einer ambulanten Operation in hausärztliche Weiterbehandlung entlassen werden kann. Bei flotter Arbeitsweise kann die reine ärztliche Leistung wirklich auf 1 Minute beschränkt werden (eigene Erfahrung).

EBM Nrn. 418, 443, 450, 451

Das Sozialgericht Schwerin hat weiterhin - dem Einspruch des gegen den Honorarrückforderungsbescheid argumentierenden Klägers folgend - die Zeitvorgaben der KBV für die o.g. Anästhesieleistungen von jeweils 5 Minuten auf 1 Minute reduziert.

Vor dem Sozialgericht Schwerin ist darüberhinaus nicht diskutiert worden, ob die EBM Ziffer 63 und weitere mit einem festen Punktwert für „operative Leistungen“ laut EBM 1999 S. 27 mit 7,49 Dpf für das Vertragsgebiet Ost überhaupt gezahlt wurden oder aber die Leistungen dem Praxisbudget zuzuordnen sind, da bei Überschreitung des Praxisbudgets der Punktwert gegen Null tendiert d.h. ca 0,1c beträgt anstatt der primären Kalkulation zugrunde liegende Punktwert von 10 Dpf. Hier besteht eine willkürliche Grauzone, ob überhaupt und welche prä – oder postoperativen Leistungen den Operationsleistungen mit festen Punktwerten oder dem Praxisbudget mit floatendem Punktwert zuzuordnen sind und welche Arbeitszeiten vom nichtärztlichen Personal und welche vom Arzt erbracht wurden. Es ist keineswegs zulässig, Anästhesieleistungen bei nicht operierten Schmerzpatienten, die in der Praxis unter dem gedeckelten Praxisbudget erbracht und abgerechnet wurden im Rahmen eines Regresses den Operationsleistungen mit halbwegs festen Punktwerten zuzuordnen und das volle Honorar zurückzufordern, das ggf. niemals gezahlt wurde, weil oberhalb der Deckelung die Anästhesieleistungen nur mit einem Punktwert von 0,1c bezahlt wurden. Abhilfe kann nur die Einzelfallprüfung bringen.

Der politisch verschuldete Punktwertverfall auch für die operativen Leistungen zwingt den Arzt zu Mehrarbeit, um Einnahmen, Amortisation, Praxisunkosten und die Gehälter für die Mitarbeiter zu sichern. Zudem liegt der Punktwertverfall weder im Einflussbereich noch in der Verantwortung des Operateurs, so dass die hierdurch erzwungene Mehrarbeit (Leistungsausweitung = Hamsteradeffekt) nicht als Vorsatz zum Abrechnungsbetrug gewertet werden kann.

Normale Schulbildung und ein Blick ins Strafgesetzbuch lassen die Erkenntnis zu, dass der Nachweis des Vorsatzes zwingende Voraussetzung für den Straftatbestand des Betruges nach § 263 StGB darstellt. Will man den primär zum Scheitern verurteilte Strafantrag der KV MV nicht als „dreist“ oder „böswillig“ abtun, so ist das Ansinnen der KV allein als prozesstaktisches, strategisches Manöver im Rahmen eines laufenden Sozialgerichtsverfahrens zu bewerten, d.h. es soll Druck gemacht und der Rückforderung der KV hierdurch Nachdruck verliehen werden.

Nur wenn beim Ausschöpfen weiterer zulässiger und nach § 10/6 Plausi-VO vorgesehener Instrumente die Ermittlungen im Rahmen der erforderlichen Einzelfallprüfung z. B. durch Praxisbegehung (Frage: ist z.B. ein Sonographie Gerät, ein MRT überhaupt vorhanden?) , Sachverständigengutachten (reale Zeittaktung beim Ortstermin), Patientenbefragung oder Akteneinsicht ergeben, dass nicht erbrachte Leistungen abgerechnet wurden, dann erst ist Vorsatz nachweisbar und ein Strafantrag die logische Konsequenz.

Aus sachverständiger Sicht musste der KV MV der herbe Vorwurf gemacht werden, ihre Ermittlungsmöglichkeiten und Befugnisse zur Einzelfallprüfung nicht genutzt und den Betroffenen diskreditiert zu haben. Zudem stand der KV die Möglichkeit offen, auch die operativen Leistungen der Praxis zu bugetieren, um eine durch den Punktwertverfall verursachte Leistungsausweitung zu verhindern, was allemal besser ist, als ex post für erbrachte Leistungen das Honorar zurückzufordern und die Praxis in den Ruin zu treiben.

Die für die Verträge zuständigen Vertreterversammlungen haben präzise in § 10/6 der Plausi-VO festgeschrieben, dass auch die Einzelfallprüfungen mit Akteneinsicht, Praxisbegehung, Sachverständigengutachten und Patientenbefragung in ärztlicher Hand bleiben und durch die KVen durchgeführt werden sollen. Eine Begutachtung der Praxisabläufe ist durch die KV nach GOÄ Nr. 85 mit 62 – 102 € / Std. abzugelten. Wird das Verfahren an die Staatsanwaltschaft abgegeben, so verlagert die KV die Kosten auf die Staatskasse und der Sachverständige muß sich mit 50 € / Std. zufrieden geben. Schiebt also die KV die notwendigen Ermittlungen d.h. Kosten und Arbeit der Staatsanwaltschaft zu, so wird letztere als Ermittlungshelfer missbraucht und die Sachverständigen finanziell benachteiligt. Gerade das wollten die Vertreterversammlungen verhindern!

Weder die Staatsanwaltschaft Rostock noch der Sachverständige konnten einen Anfangsverdacht nachvollziehen.

2. Der strafrechtliche Vorwurf lautete: Abrechnungsbetrug wegen des Mehrfachansatzes der EBM Nr. 800/801 prä – und postoperativ in einem Quartal und der EBM-Nr. 7200 für den Bereitschaftsdienst eines Belegarztes:

Tatsache ist und deutlich wird, dass die nebenberuflich in Plausibilitätsausschüssen tätigen Ärztinnen und Ärzte der Arbeitsbelastung bei der Vielzahl der Fälle nicht mehr gewachsen sind und nach eindeutig falschen Ermittlungen und Fehlinterpretationen der Leistungslegenden der EBM-Ziffern die eigentliche Arbeit an den Staatsanwalt abgeben:

EBM Ziff. 800
Legendentext:

Erhebung des vollständigen neurologischen Status (Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination, extrapyramidales System, Vegetativum, hirnversorgende Gefäße) ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde, einschl. Dokumentation, einmal im Behandlungsfall.....

Präoperativ ist der Operateur, hier der Neurochirurg, aus rein forensischen Gründen, d.h. aus Gründen der Qualitätssicherung und der Seriosität gezwungen und verpflichtet, die Leistungen nach 800 oder 801 zu erbringen. Identisches gilt aber auch für die postoperative Befunderhebung unbeachtlich ob diese nun laut EBM Stand 01.07.1999 abrechnungsfähig war oder nicht. Nach jeder Operation kann unmittelbar postoperativ oder auch zeitversetzt eine Entzündung, eine Nachblutung oder eine Komplikation im Sinne einer Verschlechterung mit gravierenden Lähmungserscheinungen auftreten, was den Operateur verpflichtet, den Patienten postoperativ zeitnah und regelmäßig zu untersuchen und zwar nicht nur die Wunde, sondern auch den Neurostatus. Höchst richterlicher Rechtssprechung folgend ist jedoch kein Arzt verpflichtet, einen Normalbefund komplett oder inkomplett zu dokumentieren, allein krankhafte Befunde müssen in Hinblick auf die Weiterbehandlung zur Information der nachbehandelnden Ärzte dokumentiert werden, so dass es nicht überraschen muss, wenn keine Eintragungen in den Unterlagen über negative Befunde, d.h. über Normalbefunde aufzufinden sind, die zu dokumentieren der behandelnde Arzt – hier der Operateur – nicht verpflichtet ist. Ansonsten wären die Ärzte nur noch mit der Beschreibung normaler Menschen (Normalbefunden) beschäftigt.

Laut Leistungslegende EBM 800 ist der „vollständige“ neurologische Status zu erheben, zahlreiche weitere Details und zwingende Vorgaben folgen: hier kann nichts weggelassen werden. Es folgt „einschl. Dokumentation“: d.h. es musste lediglich die Nr. 800 dokumentiert werden, um die Vorgabe der Leistungslegende zu erfüllen. Sonst hätte die Dokumentation näher beschrieben oder definiert werden müssen wie z.B. „aller krankhaften Befunde, aller Befunde, aller auffälliger Befunde“. Das am Anfang des Absatzes definierende Wort „des vollständigen“ bezieht sich eindeutig und ausschließlich auf den nachfolgenden neurologischen Status und niemals auf die Dokumentation. Vielmehr ist aus dem grammatikalischen Aufbau der Legende und medizinisch klar, dass die Durchführung der Nr. 800 zwingend zu dokumentieren war und nicht das Ergebnis.

Weiterhin:

„einmal im Behandlungsfall“: vergleicht man dieses zusammengesetzte Substantiv mit anderen: Notfall oder Streitfall, so definiert immer das erste des zweiten Substantiv. Bei Letzterem handelt es sich immer um eine Sache, nie um eine Person und somit auch nie um einen Patienten/Klienten noch um einen Zeitrahmen. Die „Behandlung“ definiert eine therapeutische Maßnahme (Singular!) so auch sonst Behandlungsfälle, Notfälle, Streitfälle:

8 Uhr
Masern

12 Uhr
Mittelohrentzündung

18 Uhr
Penicillinallergie

1.	2.	3.
Behandlungsfall	Behandlungsfall	Behandlungsfall

Drei Behandlungsfälle an einem Tag bei einem Patienten oder

8 Uhr	12 Uhr	18 Uhr
Herzinfarkt	Rhythmusstörungen	Reanimation
1.	2.	3.
Behandlungsfall	Behandlungsfall	Behandlungsfall
Lysetherapie	Scandikain	Defibrillation

Drei Behandlungsfälle an einem Tag bei einem Patienten

1. Streitfall	2. Streitfall	3. Streitfall
1. Instanz: AG	2. Instanz LG	Revision BGH

Drei Streitfälle bei einem Klienten wegen einer Sache

Hier:

Präoperativ erster Ansatz EBM Zif. 800 z.B. wegen Schmerzen und Beinlähmung.

Postoperativ zweiter Ansatz EBM Zif. 800 wegen Beinvenenthrombose und Schlaganfall, Kribbelparästhesien, Inkontinenz o.ä.

Nimmt man die Vorgaben der Leistungslegende wörtlich, so hat der Beschuldigte korrekt, vorsichtig, ja sparsam abgerechnet und keinesfalls überzogen. Ergänzende Hinweise * oder „Erläuterungen der KBV“ wie in EBM Ziff. 7200* oder auf S. 305 sind nicht aufzufinden, wären aber von Nöten gewesen, um präzise zu definieren und falschen Verdächtigungen vorzubeugen.

Fazit:

die von der KBV verfassten Leistungslegenden des EBM 1996 und 1999 sind unpräzise und bieten einen weiten Interpretationsspielraum.

EBM Ziff. 7200*

Legendentext:

Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Patient und Pfllegetag.....6,00 DM

(mit „Erläuterungen der KBV“ S.305 im EBM 1999)

Unstrittig ist, dass der Beschuldigte die Bereitschaftsdienste rund um die Uhr als Einzelkämpfer in personam tagtäglich wahrgenommen, durchgeführt und abgerechnet hat und dies ist nicht nur legitim, sondern aner kennenswert, aber aus der Sicht des Gutachters keineswegs strafrechtlich relevant, weil grund-

sätzlich jeder Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaftsdienst abzugelten ist unbeachtlich, ob er nun vom Belegarzt selbst oder von seinem Vertreter geleistet wird. So streitet man vor dem Europäischen Gerichtshof nicht darüber, ob Bereitschaftsdienste überhaupt abzugelten sind – das ist unstrittig – vielmehr geht es lediglich darum, ob und in welchem Umfang Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit anzuerkennen sind.

Auf Grund der Trennung der Fachgebiete, auf die sich jeder Facharzt zu beschränken hat, kann kein fachfremder Arzt Bereitschaftsdienst für Neurochirurgie ableisten, weil fachübergreifender Bereitschaftsdienste extrem gefährlich und somit abzulehnen sind, wie die Arbeitsgemeinschaft für Arztrecht wiederholt belegt hat. Somit war auch bei dem vom Beschuldigten operierten Patienten das Vorhalten eines ärztlichen, neurochirurgischen Bereitschaftsdienstes zwingend geboten und eine Abrechnung über das Krankenhaus aus rein formalen Gründen nicht möglich, da der Belegarzt seine ärztlichen Leistungen immer über die KV abrechnet. So auch den Bereitschaftsdienst, wenn kein Vertreter gefunden werden kann. Dürfte er die EBM Nr. 7200 nicht abrechnen, so müsste er bei jedem gesetzlich Versicherten die Zuschläge nach A – D des Abschnitte B II der GOÄ separat in Rechnung stellen, da er nach der Berufsordnung nur in Ausnahmefällen z.B. bei Kollegen auf eine Abrechnung verzichten darf: bei der nächtlichen Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst wegen einer Nachblutung, müsste er EBM 800 (Zweitansatz!) plus Zuschlag C der GOÄ abrechnen. Dient doch die Pauschale nach EBM Nr. 7200 als Ersatz für die Zuschläge in der GOÄ.

Es wäre normal und der KV zumutbar gewesen, nach Vorlage jeder Quartalsabrechnung zu angeblich strittigen oder nicht plausiblen Leistungsansätzen eine „sachliche Rechnungsberichtigung“ durchzuführen, gegen die der Betroffene hätte klagen können. Unverhältnismäßig erscheint jedoch eine ex post Strafanzeige, die nur die Untätigkeit der Verwaltung belegt und dazu dienen soll, über den Staatsanwalt eine Honorarrückerstattung zu betreiben.

Das staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren wurde eingestellt und der Gerichtssachverständige nach erster Mitteilung gebeten, seine gutachterliche Tätigkeit vorzeitig zu beenden.

3.

Vorwurf des Abrechnungsbetruges wegen angeblich nicht höchstpersönlicher Leistungserbringung nach § 32a Ärzte-ZV

Primär ist festzustellen, dass in den Polikliniken der Universitäten, in den Institutsambulanzen der Krankenhäuser, in den Medizinischen Versorgungszentren, bei der gerichtlichen Sachverständigentätigkeit nach § 407a ZPO, bei Privatpatienten nach § 5 (5) GOÄ, und bei Ersatzkassenpatienten nach EBM 1999 § 1 A II der Allgem. Bestimmungen (E-GO) sowie bei der prä – und poststationären

Behandlung die Mitarbeit der nachgeordneten Ärzte zum Zwecke der Weiterbildung gestattet ist.

So auch im SGB V in Hinblick auf die Mindestmengenvorgaben des Gesetzes: durch den Gemeinsamen Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen ist festgelegt worden, daß die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses durch die Mindestmengenregelung nach § 137 SGB V nicht beeinträchtigt werden darf.

Allein bei der Abrechnung mit den Primärkassen (BMÄ) mit der KV, sei die traditionelle Lehrverpflichtung der Ärzte strafbar und ex post Regressbelastet. Nach internationalem Recht und aus verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten ist dieses sektorielle „Weiterbungsverbot“ m.E. nicht rechtskonform. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebenen Strafverfahren (und Disziplinarverfahren) dienen allein dazu, überzogenen und falsch berechneten Honorarrückforderungsbescheiden Nachdruck zu verleihen.

Abs. 2 des Hippokratischen Eides legt fest, dass jeder Arzt seinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung zu erweisen hat und verpflichtet die alten erfahrenen Ärzte, die nachfolgende Ärztegeneration kostenlos weiterzubilden, d.h. in den Techniken der Diagnostik und Therapie einzuarbeiten und ihnen Rat, Vortrag und Belehrung zukommen zu lassen. Unter grober Missachtung eben dieser im „Genfer Gelöbnis“ (Ärztl. Berufsordnung) festgelegten Standards und international anerkannten Rechtsvorgaben werden heute Ärzte, die sich der Weiterbildung des Nachwuchses verschrieben und eine offizielle Weiterbildungsermächtigung erhalten haben strafrechtlich verfolgt und mit massiven Regressforderungen überzogen, sofern sie unerfahrene nachgeordnete Ärzte in der ambulanten Medizin d.h. in der Ermächtigungsambulanz weiterbilden.

Honorarrückforderungen / Strafmaßnahmen:

(fachübergreifend: Chirurgie, Pädiatrie, Neurochirurgie, Onkologie, Augenheilkunde, Anästhesie)

Fall Rothenburg/Wümme: 500.000 € abgewehrt!

Kein Strafverfahren, da Unterversorgung, Entzug der Ermächtigung

Fall Karlsruhe: 60.000 € Honorarrückforderung gezahlt

Fall Günzburg 125.000 € gezahlt, um Strafantrag zu entgehen

Fall Meppen 1 29000€ Klage vor dem Sozialgericht anhängig

nachgeschoben 17000€ Klage vor dem Sozialgericht anhängig

Kein Strafverfahren, kein Disziplinarverfahren bei bekannter Unterversorgung

Fall Meppen 2 40.000 € anhängig, Disziplinarverfahren

Fall Meppen 3 Generalabsolution: aus nicht bekannten Gründen eingestellt

Kein Strafverfahren, kein Disziplinarverfahren

Fall Osnabrück 1 206.000 € anhängig

Strafverfahren gegen Geldbuße eingestellt

Fall Osnabrück 2 200.798 € LSG Urteil rechtskräftig

Strafverfahren gegen Auflagen eingestellt

Fall Osnabrück 3 mehrere 100.000 € anhängig
Fall Osnabrück 4 100.000 € anhängig
Fall Osnabrück 5 unter 100.000 € anhängig
Fall Osnabrück 6 u.7 (Belegärzte): Auslaufristen gewährt, Generalabsolutio-
tion: kein Strafverfahren, kein Disziplinarverfahren eingeleitet

Berücksichtigt man allein die völlig unterschiedlichen, von der Schadenshöhe unabhängigen Verfahrensweisen und Entscheidungen der KV Niedersachsen in Hinblick auf die Einleitung staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsverfahren, so ist der betroffene Arzt vom Ermessen der jeweiligen KV Mitarbeiter abhängig, da bei identischem Sachverhalt / Tatvorwurf völlig willkürlich von einer Strafverfolgung abgesehen oder einzelne Ärzte begünstigt oder angezeigt wurden. Dies ist mit den Vorgaben des AGG nicht vereinbar: eine Gleichbehandlung ist zwingend geboten.

Tatsache ist doch, dass sich die Beschwerde bei der Staatsanwaltschaft auch in diesen Fällen allein auf Stichproben von vielleicht 100 Fällen stützt, die möglicherweise von nachgeordneten Ärzten genau in dem Zeitraum bearbeitet wurden, als sich der ermächtigte Arzt im Urlaub oder bei einer Fortbildung befand oder krank war. Hier muß die Gesetzesvorgabe (§ 32a Ärzte-ZV) berücksichtigt werden, dass sich der ermächtigte Arzt bis zu einem viertel Jahr vertreten lassen kann. Diese Ausfallzeiten müssen ermittelt und herausgerechnet werden anstatt wie heute üblich den Honorarrückforderungsbescheid auf alle vier Quartale auszudehnen. Darüberhinaus ist es unzulässig, den Honorarrückforderungsbescheid auf alle gesetzlich versicherte Patienten auszudehnen, da im Geltungsbereich der E-GO (Ersatzkassen) nach § 1 Abs. 4a II. der Allgem. Bestimmungen im EBM die Mitarbeit nachgeordneter Ärzte gestattet ist. Die Strafanzeigen stützen sich also ebenfalls auf grob falsche Berechnungen, die Schadenssummen (Rückforderungen) werden überhöht dargestellt. Demgegenüber fordert das BSG eine Minderung der Regressforderungen um die unplausiblen Einzelfälle d.h. dass primär alle „Urlaubs – oder Vertretungsfälle“ und die „E-GO Fälle“ auszusondern sind. Darüberhinaus werden dem Staatsanwalt die entlastenden Argumente vorenthalten, dass internationales Recht (Abs. 2 des Hippokratischen Eides / Genfer Gelöbnis) alle Ärzte verpflichtet, die nachgeordneten jüngeren Kollegen kostenfrei auch in der ambulanten Medizin weiterzubilden: so bleibt in allen anderen Rechtskreisen bei der Abrechnung ärztlicher Leistungen (E-GO, § 407a ZPO; GOÄ § 5(5), SGB V § 137 „Mindestmengen“, vor- und nachstationäre Behandlung) der Einsatz nachgeordneter Ärzte straffrei.

Der entscheidende Denkfehler der die Strafanzeige erstattenden KV liegt jedoch darin, dass negiert wird, dass alle abgerechneten Leistungen in optimaler Qualität vollständig erbracht wurden. Allein strittig ist, zu wie viel Prozent der ermächtigte Chefarzt an der Leistungserbringung beteiligt war. Es geht also um die Befugnis der jeweiligen Leistungserbringer etwa vergleichbar mit dem Einsatz des Auszubildenden, des Gesellen und des Meisters bei einer Dienstleis-

tung. Auch der Einsatz des Auszubildenden in der Praxis für Krankengymnastik ist nicht strafbar. Wissentlicher oder vorsätzlicher Abrechnungsbetrug liegt nur dann vor, wenn nicht erbrachte Leistungen, oder unvollständig erbrachte Leistungen komplett abgerechnet werden.

Es lohnt sich also, einem staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren mit Rechtsmitteln entgegenzutreten und eine Einstellung des Verfahrens gegen Auflagen zu verweigern, um in einer Hauptverhandlung argumentieren und den Rechtsweg ausschöpfen zu können.

Zusammenfassung:

Strafanzeigen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit nachfolgendem staatsanwaltschaftlichem Ermittlungsverfahren sind schon aufgrund unzureichender und falscher Ermittlungen der Plausibilitätsausschüsse oder gestützt auf statistische Erhebungen (Zeittaktung) fragwürdig und können nicht zum Erfolg führen. Die Allgemeinen Bestimmungen und Leistungslegenden des EBM wurden von Ärzten unscharf formuliert und lassen eine weite, entlastende Interpretation zu. Regelmäßig werden exkulpierende Argumente wie internationale Rechtsvorgaben z.B. Abs. 2 des Hippokratischen Eides/Genfer Gelöbnis und vergleichbare andere Rechtskreise (E-GO, § 407a ZPO, GOÄ § 5 (5) und Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses, vor – und nachstationäre Behandlung) verschwiegen. Derartige Strafanzeigen haben bei qualifizierter Prüfung wenig Substanz und dienen vorrangig dazu, den überhöhten Honorarrückforderungen der KVen Nachdruck zu verleihen. Ggf. sollte der Rechtsweg ausgeschöpft und Gleichbehandlung mit verschont gebliebenen Kollegen nach dem AGG eingefordert werden.

Von anwaltlicher Seite* wird über weitere rechtswidrige Schikanen der KVen berichtet.

.

Literatur und Quellenhinweise

Beschluß des SG Schwerin vom 16.5.2006 zu Az.: S 3 ER 11/06 KA.

Strafantrag der KV Mecklenburg-Vorpommern bei der Staatsanwaltschaft Rostock Az.: 364 Ja 4685/03

LG Koblenz, Az.: 2030 Js 10806/00 – 9 KLS.

SG Hannover Az.: S 16 KA 464/07 anhängig

LSG Niedersachsen-Bremen, 3. Senat, vom 27.10.2004 – L 3 KA 209/04 ER (Zeugenbefragung der Ass.-Ärzte).

LSG Baden-Württemberg Urteil vom 15.2.1995 Az.: S 15 Ka 2196/90 Seite 11

BSG Urteil vom 31.10.2001, B 6 KA 16/00 R (hier u.a. Rn. 35[^] und 38[^])

NARR, MedR 1989, 218 ff

v. MAYELL eds., Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch, Krankenversicherung, § 116, Rn 27

GENZEL, A.: Plausibilitätskontrollen – rechtliche Grundlage und Ablauf des Verfahrens. niedersächsisches ärzteblatt 9/2002 Seite 72 – 74

PENON, E.: Aufgreifkriterien zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen. niedersächsisches ärzteblatt 9/2002 Seite 74 – 75

GENZEL, A., K. KOLS: Rechtsfolgen der Plausibilitätsprüfung. niedersächsisches ärzteblatt 9/2002 Seite 76 – 77

Vereinbarung über die Prüfung der Abrechnung auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen nach § 83 Abs. 2 SGB V

Verfahrensordnung zur Durchführung der Plausibilitätskontrollen nach §§ 75 Abs. 1, 106a Abs. 5 SGB V (Plausi-VO)

ANDREAS, M.: Die persönliche Leistung in der privaten und kassenärztlichen Behandlung. ArztR 12/1988 S. 321 – 328 hier S.324 zweiter Absatz li. zu OLG Karlsruhe. Diktion „**höchstpersönliche Leistungspflicht**“ als unsinnig und undurchführbar abgelehnt, besonders deutlich auf S. 325 Abschnitte 3. und 4. für den kassenärztlichen Bereich.

ANDREAS, M.: Plausibilitätsprüfungen bei ermächtigten leitenden Krankenhausärzten. ArztR 2/2006 S. 32 – 34

°Rechtsauskunft der Hauptgeschäftsstelle der KVN vom 21.11.2006 zu Zeichen Ila3/Fä Frau DETTMER.

Bartlakowski K: Die ärztliche Behandlungsdokumentation. Marburger Schriften zum Gesundheitswesen Band 2. pmi Verlag AG Frankfurt/Main 2003

Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung. Dt. Krankenhaus Verlagsgesellschaft Düsseldorf 1999

ANDREAS, M. et al: Fristen und Fristberechnung bei Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen im Vertragsarztrecht. Rechtsgutachten für den BDNC 1/2007
Mitteilung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit in Hannover vom 22.12.2006 Az.: 106.31 – 15 02 48 – 2 , Herr Schote

*BÜLL, Ch. F.: Chefarztermächtigung und Abrechnung. Honorarkürzungen bei Zurückweisungen von Überweisungsscheinen nicht immer zulässig. Management & Krankenhaus 12/2007 S. 3

KOLS, K.: Rechtsabteilung KVN vom 22.3.2007 und 11.5.2007

BSG Az.: B6KA 63/04 R: Regressabwehr bei **unplausiblen Daten**

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Stand 1.7.1999. Dt. Ärzte-Verlag

www.g-ba.de>Krankenhausbehandlung>Vereinbarung zur QS gem. § 137 SGB V>Mindestmengen

SANDVOSS, G., H.H. BEIMESCHE: Abwehr von KV-Regressen wegen angeblich nicht „höchstpersönlicher“ Leistungserbringung und Falschabrechnung. Vortrag vor dem BDNC 1/2007 in Hannover, siehe www.sandvoss-neurochirurg.de > Regresse