

Ausschuss für Gesundheit
Kurzprotokoll
70. Sitzung

Berlin, den 28.03.2012, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

einzigem Tagesordnungspunkt

S. 5

Antrag der Abgeordneten Dr. Edgar Franke, Christine Lambrecht, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion SPD

Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen

BT-Drucksache 17/3685

Korruption im Gesundheitswesen

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Henrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	5
Die Vorsitzende	5, 28
Abg. Bärbel Bas (SPD)	27
Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU)	8
Abg. Dr. Edgar Franke (SPD)	11, 26
Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD)	9
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	7, 23
Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.)	17, 18
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	12, 13, 14, 15
Abg. Jens Ackermann (FDP)	14
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	5, 21, 25
Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.)	16, 17
Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU)	6, 22
Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	19
Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU)	8, 24, 25
SV Alexander Badle (Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main)	24, 25, 26
SV Dr. Bernhard Winter (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ))	17
SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	6, 9, 13, 15, 22, 23
SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)	18, 23
SV Jakob Stephan Baschab (Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha))	27
SV Joachim Michael Schmitt (Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed))	14
SV Jörg Engelhard	10, 12, 26
SV Matthias Bauche (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik)	8, 28
SV Michael Frehse	5, 9, 21, 25
SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	6, 7, 15, 19, 22
SV Thomas Lindner (m.e.z.i.s. – Mein Essen zahl ich selbst)	18
SV Ulf Zumdick (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI))	14
SVe Alexandra Zimmermann (Deutscher Pflegerat (DPR))	9
SVe Andrea Schmitz (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH))	15
SVe Dina Michels	10, 11
SVe Dr. Angelika Spelsberg (Transparency Deutschland)	6, 16
SVe Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband)	7, 8, 9, 13, 14, 16, 20, 22, 24
SVe Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	21

Sitzungsbeginn: 14:00 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Sehr verehrte Sachverständige, liebe Gäste, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich darf Sie ganz herzlich zur Anhörung „Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen“ – ein Antrag der Fraktion der SPD – begrüßen. Ich begrüße von der Bundesregierung Frau Staatssekretärin Flach. Für jene, die zum ersten Mal an einer Anhörung teilnehmen, will ich auf einige Dinge hinweisen. Die Anhörung dauert zwei Stunden und die Redezeit ist in Zeitkontingente auf die Fraktionen verteilt. Die Fraktion der CDU/CSU beginnt mit ihren Fragen, für die zunächst 23 Minuten zur Verfügung stehen. Dann folgen die Fraktion der SPD mit 14 Minuten, die Fraktion der FDP mit 18 Minuten und die Fraktion DIE LINKE. mit 15 Minuten. Beendet wird die erste Runde mit der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, der 13 Minuten Fragezeit zur Verfügung stehen. Darauf folgt eine zweite Runde für die Fraktion der CDU/CSU mit 23 Minuten und für die Fraktion der SPD mit 14 Minuten. Ich bitte die Sachverständigen vor der Beantwortung der an sie gerichteten Fragen, ihren Namen und die Institution zu nennen, die sie vertreten, da dies die Aufzeichnung erleichtert. Außerdem bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobilfunktelefone auszuschalten.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Meine Frage richte ich an den Einzelsachverständigen Herrn Frehse. Die Fraktion der SPD fordert in ihrem Antrag ergänzende Regelungen im Strafgesetzbuch, um sicherzustellen, dass Korruptionshandlungen niedergelassener Vertragsärzte Straftatbestände sind. Könnten Sie die derzeit geltenden strafbündelnden Regelungen für die Ärzte darstellen und ausführen, ob vor diesem Hintergrund weitere Regelungen überhaupt zielführend sind? Meine damit verbundene zweite Frage geht ebenfalls an Herrn Frehse sowie an die KBV und an Transparency Deutschland. Wir haben mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die

Regelungen für Vertragsärzte über das Berufsrecht hinaus in § 73 Absatz 7 SGB V auch sozialrechtlich ergänzt und in der Zulassungsverordnung entsprechende Tatbestände aufgenommen. Wie beurteilen Sie dies?

SV **Michael Frehse**: Ich beginne mit der zweiten Frage. Durch die Maßnahmen im GKV-Versorgungsstrukturgesetz sind aus meiner Sicht ausreichende Sanktionsmöglichkeiten im Vertragsrecht gegeben. Die Vorschrift des § 73 Absatz 7 sieht vor, dass die Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten darstellt. Damit können nun die kassenärztlichen Vereinigungen Disziplinarverfahren mit Sanktionsmöglichkeiten nach § 81 Absatz 5 SGB V einleiten. Die Sanktionen reichen von Geldbußen in Höhe von bis zu 10.000 Euro bis hin zum Ruhen der Zulassung bis maximal zwei Jahre. Bisher waren diese Verstöße nur über § 31 der Berufsordnung für Ärzte, der letztendlich gleichlautend ist, zu regeln. Die Berufsgerichte können auch parallel zum Disziplinarverfahren der kassenärztlichen Vereinigungen aktiv werden und Strafmaßnahmen von bis zu 50.000 Euro verhängen oder die Berufsunwürdigkeit feststellen. Aber auch die Ergänzung in § 128 Absatz 5a SGB V, das Verbot der Annahme von Zuwendungen oder die Forderung von Zuwendungen, ist ausdrücklich als Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten definiert worden. Deswegen kann auch dieses geahndet werden. Schließlich wurden die Zuwendungen oder Vorteile nochmals, beispielsweise als verbilligte Überlassung von Geräten, konkretisiert. Dies entspricht auch der Rechtsprechung aus dem Jahr 2011. Insofern hat man eine weitere Verschärfung vorgenommen. Ergänzend weise ich darauf hin, dass in der Regel in diesem Bereich sämtliche Verstöße über das Wettbewerbsrecht geahndet werden können und häufig geahndet werden. Sie führen im Allgemeinen zur Nichtigkeit der vertraglichen Vereinbarungen. Insgesamt bin ich der Auffassung, dass im Vertrags-

arztrecht ausreichende Sanktionsmöglichkeiten bestehen und sehe deshalb keinen weiteren Regelungsbedarf.

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir schließen uns den Ausführungen von Herrn Frehse an. Aus unserer Sicht sind eine detailliertere Durchregelung der gesamten berufsrechtlichen Pflichten und die Verlinkung mit den vertragsärztlichen, also krankenversicherungsrechtlichen Pflichten kaum mit der Verbindung der Information der KV und der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen denkbar. Nach § 81 a SGB V ist das Instrumentarium dem Grunde nach flächendeckend, so dass auch wir Strafbarkeitslücken und Lücken im System kaum erkennen können.

SVe Dr. Angelika Spelsberg (Transparency Deutschland): Wir sind ganz anderer Auffassung. Ärzte, die sich als Amtsträger in Kliniken der Korruption schuldig machen, können entsprechend bestraft werden, bei niedergelassenen Ärzten ist dies aber nicht möglich. Wir sehen dies als einen in der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit gravierenden Unterschied an und möchten diese Ungleichheit aufgehoben wissen.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Ich habe Fragen an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den GKV-Spitzenverband. Im Oktober 2011 hatten wir ein Expertengespräch zu diesem Thema. Damals stand die Aussage im Raum, dass es bis zu diesem Zeitpunkt keine staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen wegen Falschabrechnungen gegen Krankenhäuser gegeben habe. Gibt es hierzu inzwischen neuere Erkenntnisse, und wurden zwischenzeitlich Ermittlungsverfahren aufgenommen? Wie bewerten Sie die Vorschläge, Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung direkt vom DRG-Institut entscheiden zu lassen und Prüfkriterien, eine

Prüfquote war ebenfalls im Gespräch, zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu vereinbaren? Wie beurteilen Sie diese Vorschläge in Abgrenzung zu den im Antrag der SPD geforderten Maßnahmen?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Nach wie vor wird in der öffentlichen Diskussion vom Betrug durch Krankenhäuser gesprochen, der Staatsanwaltschaft werden aber kaum Fälle zur Strafverfolgung übergeben. Nach unserer Kenntnis handelt es sich um 18 Millionen Fälle. Mir liegt aber keine Übersicht vor, die belegt, dass die Staatsanwaltschaft in mehr als zehn Fällen ermittelt. Das heißt, der Betrugsfall wird nicht in der Form geahndet, wie er im System eigentlich geahndet werden müsste, wenn die Fallzahl wirklich so hoch wäre. Angesichts der Kompliziertheit von nahezu 40.000 Codes wird seit neuestem das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), dessen Träger die Krankenkassen und die DKR sind, eingeschaltet. Wir haben uns darauf verständigt, dass das InEK eigenverantwortlich Fragen bei Abrechnungsschwierigkeiten oder -unklarheiten regeln darf und die Ergebnisse den Beteiligten mitteilt. Wir hätten etwas dagegen, wenn das Gleichgewicht, das die Selbstverwaltungspartner durch ihre gemeinsame Trägerschaft im InEK haben, dadurch verändert würde, dass die Institutsleitung diese Funktion per Gesetz ausüben könnte. Denn das würde bedeuten, dass die Institutsleitung gesetzlich mandatiert wäre und völlig losgelöst von den Trägern arbeiten würde. Analog hierzu müsste man dann auch dem Institut des Bewertungsausschusses der niedergelassenen Ärzte eine ebenfalls autonome Funktion jenseits der Selbstverwaltungspartner übertragen. Wir sind der Auffassung, dass wir alles so, wie wir es vereinbart haben, gemeinsam weiter regeln können. Eine Veränderung der zwischen der DRK, den Landesverbänden und den Krankenhäusern vereinbarten Prüfkriterien ist ein konstruktiver und sinnvoller Ansatz. Die an den verschie-

denen Stellen sich wiederholenden Prüfungen würden zentral geklärt und zur korrekten Abrechnung beitragen. Eine festgelegte Quote könnte aber zu schematisch sein, weil es viele Krankenhäuser gibt, die kein Anlass für eine Prüfung geben. Nicht einverstanden sind wir aber mit dem Vorschlag der SPD, den Krankenhäusern eine Strafzahlung bei festgestellter fehlerhafter Abrechnung aufzuerlegen, weil die Krankenhäuser im umgekehrten Fall der Prüfung einer korrekten Abrechnung 300 Euro als Aufwandsentschädigung erhalten. Wenn die Krankenkassen das Recht hätten, ebenfalls 300 Euro zu fordern, könnten sie die Vereinnahmung dieser 300 Euro durch die Intensivierung der Prüfungen beliebig steuern. Bei einer Strafzahlung, die zusätzlich zur Rückzahlung der nicht gerechtfertigten Inrechnungstellungen von Leistungen bezahlt werden müsste, muss man sich die vielen Einzelfälle, die dann Streitgegenständlich werden, vor Augen führen. Rund 70 Prozent der Streitfälle drehen sich um die Frage, ob der Patient hätte stationär behandelt werden dürfen und ob er zu lange im Krankenhaus war. Das heißt, es wurde eine konkrete Leistung erbracht. Mit der Krankenkasse wird nur um die Frage gestritten, ob diese Leistung berechtigt war oder nicht. Muss das Krankenhaus auf die erbrachte Leistung zusätzlich eine Strafe zahlen, zum Beispiel auf eine Knochenmarktransplantation, die über 100.000 Euro kostet, dann wird deutlich, dass ein solches Element in diesem System falsch ist. Wenn jemand zu bestrafen ist, muss dies nach dem Strafgesetzbuch geschehen und es muss zu einer Anklage vor Gericht kommen.

SVe Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Uns sind sehr wohl Fälle bekannt, in denen Ermittlungen wegen Falschabrechnungen aufgenommen wurden. Beispielsweise besteht in Berlin gegen diverse Kliniken der Verdacht eines Fehlverhaltens. Diese Fälle werden dem geregelten Verfahren zugeführt. Deshalb zu behaupten, dass es gar keine Fälle gebe, kann ich nicht nachvoll-

ziehen. Die andere Frage war, welche Rolle das InEK im Zusammenhang mit der Überprüfung der Abrechnungen übernehmen kann. Wir sind der Meinung, dass das InEK in der Trägerschaft der Selbstverwaltungspartner derzeit eine andere Funktion hat als die, die man ihm mit einer solchen neuen Aufgabe zuweisen würde. Nach unserer Auffassung ist das InEK in seiner jetzigen Form nicht geeignet, diese Aufgaben zu übernehmen.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich frage den GKV-Spitzenverband und die KBV. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen und den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen geschaffen. Auf Grund von Hinweisen, u. a. vom Bundesrechnungshof, dass das Fehlverhalten im Gesundheitswesen ohne eine insbesondere kassenartübergreifende Zusammenarbeit kaum feststellbar und aufzudecken sein wird, haben wir im GKV-Versorgungsstrukturgesetz die datenschutzrechtliche Grundlage für eine verbesserte Zusammenarbeit dieser Stellen geschaffen. Halten Sie diese Regelung für ausreichend, um die Bekämpfung des Fehlverhaltens durch die Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen wirksam zu verbessern? Erwarten Sie, dass die kassenärztlichen Vereinigungen künftig verstärkt mit den Krankenkassen bei der Fehlverhaltensbekämpfung zusammenarbeiten werden? Sehen Sie noch weiteren Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Effektivität der Korruptionsbekämpfung?

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir halten die geschaffenen Stellen für ausreichend. Sie arbeiten sehr gut und vor allen Dingen auch übergreifend zusammen, da bekannt ist, dass die Beziehungen von Vertragsärzten zu sonstigen Leistungserbringern ausschließlich durch die Krankenkassen geprüft werden können. Die kassenärztli-

chen Vereinigungen haben nur das Abrechnungsverhalten der Vertragsärzte im Blickfeld. Dort wird effizient gearbeitet. § 81a SGB V ist in seiner nachgeschärften Form noch verhältnismäßig neu. Es war zudem die ausdrückliche Forderung der KBV, die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit auch übergreifend effizient zusammengearbeitet werden kann. Die KBV sieht keinen grundsätzlichen Verbesserungsbedarf. Lediglich im Randbereich könnten Nachbesserungen nötig sein. Es wäre beispielsweise wünschenswert, dass die KBV obligatorisch informiert wird, wenn es seitens der Staatsanwaltschaften zu Anklagen oder zu Einstellungen mit Auflagen nach § 153a Strafprozessordnung gekommen ist. Dies wäre wichtig, damit wir ebenfalls die entsprechenden disziplinarrechtlichen und berufsrechtlichen Konsequenzen ziehen können.

SVe **Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen, dass diese Neuregelung zur Datenübermittlung geschaffen wurde. Es ist ein wichtiger Schritt, der uns ermöglicht, auch übergreifend Fälle von Fehlverhalten besser verfolgen zu können. Gleichwohl gibt es aus unserer Sicht weiteren Regelungsbedarf. Im Pflegebereich gibt es in Berlin die Diskussion um die Bekämpfung von Fehlverhalten. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass es sehr schwierig ist, die von den Sozialleistungsträgern gesammelten Daten zu koordinieren, weil die Fälle nicht zusammengeführt werden können – auch nicht die der Leistungserbringer. Das ist ein Punkt, über den man vielleicht nochmals nachdenken sollte. Ein weiteres Thema sind die Zahnärzte und die Weitergabe der Arztnummer, so dass auch in diesem Bereich einfacher als bisher Prüfungen durch die Kassen durchgeführt werden können.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich habe Fragen an den Bundesverband für Orthopädie-Technik. Wie bewerten Sie die Regelungen in § 128 SGB V in Verbindung

mit § 73 Absatz 7 SGB V, wodurch die Zuweisungen gegen Entgelt im Rahmen der Hilfsmittelversorgung ausgeschlossen werden sollen? Welche Erfahrungen haben Sie mit dieser gesetzlichen Regelung? Sehen Sie darüber hinaus Regelungsbedarf? Wenn ja, in welcher Form?

SV **Matthias Bauche** (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik): Ich würde die Frage grundsätzlich positiv beantworten. Die Regelungen im neuen § 128 SGB V sind durchaus sehr positiv angekommen. Es hat auch ganz eindeutig eine Entzerrung hinsichtlich der Wettbewerbsverfälschungen gegeben. Es war häufig so, dass Verordnungen manchen Orthopädietechnikbetrieb gar nicht mehr erreicht haben, obwohl der Betrieb beim Arzt um die Ecke war, weil Verordnungen über die direkte Zuweisung erfolgten. Das hat sich deutlich verändert. Deshalb begrüßen wir die Neuerung. Wir haben in unserer Stellungnahme dargelegt, dass wir die weiteren Bestrebungen zur Konkretisierung dieser Tatbestände sehr begrüßen würden. Allerdings möchten wir anmerken, dass die grundsätzlich sehr enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Orthopädie-Techniker weiterhin erforderlich sein wird, um die Versorgung des Patienten vernünftig sicherzustellen. Eine Zuweisung geht selbstverständlich überhaupt nicht, die enge Zusammenarbeit wird aber nach wie vor gefordert und zwingend notwendig sein.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Meine Fragen richte ich an den GKV-Spitzenverband und den Deutschen Pflegerat. In letzter Zeit häufen sich die Berichte über Abrechnungsmängel bei der ambulanten Pflege. Sehen Sie hier die Notwendigkeit, den Rechtsrahmen anzupassen? Bei den Krankenkassen gibt es bereits Modellvorhaben zur elektronischen Abrechnung. Sind Sie der Auffassung, dass ein elektronisches Abrechnungsverfahren diese Auswüchse unterbinden könnte? Eine weitere Frage zu den Spezialstaatsanwaltschaften richte ich an

den Einzelsachverständigen Herrn Frehse. Wie schätzen Sie die Spezialstaatsanwaltschaften ein, welche Wirkungen versprechen Sie sich von ihnen, und mit welchem Aufwand wäre dies verbunden?

SVe Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Im ambulanten Bereich besteht das Problem, dass wir keinen Daten- oder Informationsaustausch zwischen den Sozialleistungsträgern haben dürfen. Dies erschwert natürlich eine übergeordnete Ermittlung. Das ist ein Punkt, der aus unserer Sicht ergänzend zu regeln wäre. Eine elektronische Abrechnung erleichtert sicherlich eine Prüfung, sie verhindert aber kein Fehlverhalten. Insofern ist es ein Schritt in die richtige Richtung, den man gehen sollte, der aber alleine nicht ausreicht.

SVe Alexandra Zimmermann (Deutscher Pflegerat (DPR)): Der Deutsche Pflegerat verwarft sich gegen einen Generalverdacht im Bereich der ambulanten Pflege. Wir halten die Auffälligkeiten für Einzelfälle. Die Pflege hat nichts zu verbergen und der Deutsche Pflegerat unterstützt und befürwortet deshalb Transparenz an allen Stellen sowie eine klare Gesetzeslage. Die elektronische Dateneinspeisung ist sicherlich ein guter Schritt in eine richtige Richtung. Sie kann allerdings in Einzelfällen ein Fehlverhalten nicht unterbinden. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass gerade im ambulanten Pflegebereich das Abrechnen zusätzlicher Leistungsschritte als Kompensation einer unangemessen niedrigen Leistungsvergütung gesehen werden könnte, um eine bessere qualitative Versorgung auszugleichen. In Thüringen wird beispielsweise in der häuslichen Krankenpflege die Dekubitusversorgung mit 4,67 Euro vergütet. Hinzu kommt eine Wegepauschale von 2,65 Euro. Das heißt, die Pflegefachkraft wird letztendlich mit acht Euro pro Stunde vergütet. Ich denke, auch dies ist ein Problem in diesem Kontext.

SV Michael Frehse: Ich halte es für eine sehr sinnvolle Initiative, die Schwerpunktstaatsanwaltschaften zu fördern, weil der Kenntnisstand bei den einzelnen Staatsanwälten sehr unterschiedlich ist. Das macht sich im Verfahrensablauf und in der Verfahrensdauer bemerkbar oder auch daran, dass weniger kundige Staatsanwälte sehr oft externen Sachverständigen einholen müssen und dann in der Regel Schwierigkeiten bei der Bewertung haben. Deswegen wäre es eine Verbesserung der staatsanwaltschaftlichen Kontrollfunktion, wenn man Schwerpunktstaatsanwaltschaften fördert. Sicherlich wäre es auch sinnvoll, eine ausreichende Zahl von Schwerpunktstaatsanwaltschaften, zum Beispiel in jeder Region, zu schaffen, damit Ansprechpartner vor Ort zur Verfügung stünden. Im Grundsatz ist dies also eine sehr zu begrüßende Initiative.

Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD): Ich habe zunächst eine Nachfrage an Herrn Baum. Sie haben ausgeführt, dass Sie es nicht gut finden würden, wenn die Krankenhäuser bei einer Fehlabrechnung eine Strafe zahlen müssten. Das überrascht nicht. Was aber überrascht, ist Ihre Einschätzung, dass die Krankenkassen über die Strafe ihre Einnahmen steuern könnten. Denn dieser Gedanke setzt im Prinzip voraus, dass Sie davon ausgehen, dass die Mehrzahl der Prüfungen so ausfallen würden, dass das Krankenhaus eine Strafe zahlen müsste. Das heißt, wir müssen von einer sehr hohen Zahl von Falschabrechnungen ausgehen, da ansonsten eine derartige Steuerung nicht denkbar ist. Könnten Sie hierzu nähere Ausführungen machen? Die nächste Frage geht an die Einzelsachverständigen Frau Michels und Herrn Engelhard. Ich bitte Sie, eine ganz allgemeine Einschätzung unseres Antrags abzugeben. Was gefällt Ihnen und was gefällt Ihnen nicht? Sie können völlig offen sprechen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)):: Hinter dieser Aussage steht die Beobachtung, dass die infolge der Prüfungen anfallende Rück-

zahlungsmasse, flapsig ausgedrückt Resignationsmasse ist. Denn beim Verdacht einer fehlerhaften Abrechnung erhält das Krankenhaus kein Geld von der Krankenkasse. Klagt das Krankenhaus gegen eine Fehlbelegungskürzung durch die Krankenkasse, muss das Krankenhaus unter Umständen Jahre warten, bis der Fall abschließend geklärt ist. Also geben die Krankenhäuser nach, gehen einen Kompromiss ein und die Kasse zahlt. Im Endeffekt sieht es aber so aus, als hätte tatsächlich eine Falschabrechnung stattgefunden. So gestaltet sich faktisch das Prüfgeschehen. Müsste das Krankenhaus immer 300 Euro Strafe zahlen, wäre die Realisierung dieses Betrags durch eine intensivere Prüfung und das Hineinschicken der Krankenhäuser in diese Resignationsituation durchaus gegeben. Das ist der Hintergrund meiner Antwort und das ist leider die Realität. Bei rund 70 Prozent der Abrechnungen geht es darum, ob die Aufnahme eines Patienten ins Krankenhaus berechtigt war und ob der Patient zu lange stationär behandelt wurde. Diese beiden Fragen werden vier bis sechs Wochen nach Entlassung des Patienten gestellt. Es gibt dann unterschiedliche Bewertungen, die auf dem Kompromissweg geregelt werden. Aber es ist mit Sicherheit keine Anerkennung von Falschabrechnungen, die hinter diesem Volumen steht.

Sve Dina Michels: Ich möchte als Praktikerin mit einem Beispiel beginnen. Stellen Sie sich einen Arzt vor, der ein Rezept über ein Hilfsmittel, z. B. eine Bandage, ausstellt und auf seinen Patienten dahingehend einwirkt, dass dieser zu einem bestimmten Hilfsmittelanbieter geht, um die Bandage zu beziehen. Der Arzt verhält sich so, um schlicht und ergreifend Geld pro Rezept zu erhalten. Das ist kein Phantasiefall, sondern tägliche Praxis. Das bestätigen auch die Praktiker, die auf diesem Gebiet arbeiten. Die Frage, ob sich der Arzt in einem solchen Fall wegen Korruption strafbar macht, war lange umstritten. Derzeit wartet man gespannt auf die Entscheidung des Großen Senats des Bundesgerichtshofes. Theoretisch könnte man

dieses Urteil abwarten. Aus Gründen der Generalprävention und wegen der Rechtssicherheit sollte aber eine zusätzliche Regelung geschaffen werden. Derselbe Sachverhalt, den ich geschildert habe, kann auch Betrug darstellen. Der Betrug erfordert, dass ein konkreter Schaden entstanden ist. Der Patient erhält aber das Hilfsmittel, das ihm verordnet wurde. Zunächst ist also der Schaden fraglich. Hier gibt es aber seit vielen Jahren die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesgerichtshofs, wonach in diesen Fällen der Vergütungsanspruch entfällt und die unzulässig getätigten Umsätze des Leistungserbringers, der mit der Krankenkasse abrechnet, zurückgezahlt werden müssen. Allerdings kann die Krankenkasse nicht erkennen, wie diese Abrechnung getätigt wurde. Wir fordern deshalb seit Längerem einen Spezialstrafatbestand wegen Betrugs, den es bereits im Bereich des Subventionsbetrugs und des Versicherungsmissbrauchs gibt. Ich denke, dass weder Subventionen noch die private Versicherungswirtschaft schützenswerter sind als die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung. Insofern benötigen wir ebenfalls dringend einen Spezialstrafatbestand – auch aus Gründen der Rechtssicherheit.

SV Jörg Engelhard: Das Strafrecht ist eine Art Ultima Ratio. Es spielt nur eine Rolle, wenn die Vertragsgestaltung oder die Vereinbarung auf das Größte verletzt werden. Das Strafrecht hat in der kassenärztlichen Versorgung primär nichts zu suchen. Aber es ist in allen Gesellschaftsbereichen die richtige Antwort auf Fragen des Betrugs und der Korruption. Dabei geht es um ein Wertesignal, das man aussenden muss. Denn der Arzt hat eine besondere Stellung in der Gesellschaft. Wir denken an und hoffen auf die Lauterkeit der ärztlichen Handlung. Der Arzt ist in seinen Handlungen zwar nicht frei, aber wir dürfen es nicht zulassen, dass der Arzt bei der Patientenbetreuung primär durch pekuniäre Interessen geleitet wird. Letztendlich werden wir in diesem Bereich handeln müssen, egal wie der Große Senat

für Strafsachen des BGH entscheiden wird. Die Entscheidung wird sicherlich nicht dazu führen, auch wenn man die möglichen Konstellationen bedenkt, dass für den gesamten Bereich des Vertrags- oder des Gesundheitswesens eine Rechtsklarheit herbeigeführt wird. Wir reden über Betrug und Korruption. Korruption ist ein Tatbestand, den es an sich nicht gibt. Es sind vielmehr verschiedene Tatbestände im Strafgesetzbuch, die korruptes Verhalten umschreiben. Deshalb ist es auch schwierig, Korruption mit Zahlen zu belegen. Die Korruptionsstatistik des Bundeskriminalamtes weist einen Schaden von knapp 170 Millionen Euro aus. Allerdings gehen seriöse Schätzungen der tatsächlichen Korruption, also unter Einbeziehung des hohen Dunkelfelds, von einem Schaden zwischen 100 bis 250 Milliarden Euro aus. Das heißt, wir haben ein Dunkelfeld von 1 zu 1.000. Ähnlich muss dies auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung übertragen werden. Unsere Ärzte sind nicht korrupter als andere Menschen, sie sind aber auch nicht weniger korrupt, das beweisen die Zahlen. Ärzte sind auch nicht anders einzuschätzen, wenn es um den Straftatbestand des Betrugs geht. Dieser Straftatbestand macht mir aber keine so große Sorgen. Schwerwiegender ist das korrupte Verhalten, da dies zurzeit noch nicht unter Strafe gestellt ist. Die bereits seit vielen Jahren vorhandene Regelung in der Berufsmusterordnung für Ärzte, die besagt, dass das Zuweisen gegen Entgelt verboten ist, hat nicht bewirkt, dass die Korruption verschwindet. Auch der Straftatbestand wird dies letztlich nicht bewirken können. Aber dadurch können wir generalpräventiv sagen, hier ist eine Grenze, die man auch als Vertragsarzt nicht überschreiten sollte.

Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): An Frau Michels habe ich zunächst eine Nachfrage, die an die Ausführungen von Abg. Dr. Lauterbach anknüpft. Sie haben gesagt, dass es Korruptionsdelikte nach § 299 ff. StGB und Vermögensdelikte nach § 263 StGB gibt. Diese unterschiedlichen Sachverhalte werden immer durcheinander

gebracht. Sie haben erwähnt, dass es eine Rechtsprechung gibt, die sich auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bezieht und dass man den Schadensbegriff ausweitet. Manche sagen sogar, er werde überdehnt. Andere wiederum finden, dass kaum Anklage erhoben und kaum verurteilt werde. Benötigen wir einen eigenen sozialversicherungsrechtlichen Tatbestand des Betrugs, wenn ja warum, und wieso gibt es Regelungslücken? Gibt es nach geltendem Recht, selbst wenn der BGH entscheiden würde, dass niedergelassene Ärzte Amtsträger oder sogar Beauftragte sind, trotzdem noch eine Regelungslücke?

Sve **Dina Michels**: Speziell im Bereich des Betrugs habe ich bereits erläutert, dass die höchstrichterliche Rechtsprechung in diese Richtung geht und einen Schaden annimmt, auch wenn die Leistung einwandfrei erbracht wurde. In der Praxis ist es aber ein Problem, dass die Sozial- und Strafgerichte der ersten Instanz diese Rechtsprechung nicht kennen. Das gilt auch für die Strafverfolgungsbehörden. Deshalb müssen wir unglaubliche Aufklärungsarbeit betreiben. Vielfach wird die Rechtsprechung auch eben wegen dieser Tatbestandsüberdehnung einfach abgelehnt. Dies und die fehlende Rechtssicherheit sind meines Erachtens gute Gründe, den Spezialstraftatbestand des Betrugs in das Gesetz aufzunehmen. Dadurch wird den Strafverfolgungsbehörden ein entsprechend scharfes Schwert an die Hand gegeben.

Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Herr Engelhard, Frau Michels hat gerade auf die Praxis Bezug genommen. Sie sind Praktiker. Wie sieht die Praxis konkret aus? Warum werden gerade im niedergelassenen Arztbereich nur wenige Fälle angeklagt? Die geschätzte Zahl von Betrugsfällen liegt wesentlich höher. Wie sehen die staatsanwaltlichen Ermittlungen in der Praxis aus, und wie viel Fälle mit welcher Schadenshöhe prognostizieren Sie? Wie ist die Situation in Berlin?

SV Jörg Engelhard: Im Berliner Bereich haben wir sehr unterschiedliche Schadenssummen bei den niedergelassenen Ärzten oder Apotheken, für die wir auch zuständig sind. Ich glaube die Schadenssummen liegen bei 50 Euro, wenn ein Arzt einen Patienten abrechnet, der nicht bei ihm in Behandlung war, sondern aus dem Vorquartal über eine Manipulation der Software übernommen wurde. Im letzten Jahr schädigten einige Apotheker die Krankenversicherungen um rund zehn Millionen Euro. Durch die Presse ging auch der Fall der Berliner DRK-Krankenhäuser. Gegen sie wurde Anklage erhoben, weil der Verdacht besteht, dass Vertragsleistungen im großen Stil – es handelt sich wahrscheinlich um 14 Millionen Euro – falsch abgerechnet wurden. Die Bandbreite des ärztlichen Abrechnungsbetruges ist also ganz groß. Korruptionsverdachtsfälle verfolgen wir in Berlin bisher nicht, weil es noch keinen Straftatbestand gibt, wengleich wir viele Sachverhalte bei niedergelassenen Ärzten feststellen, die, wären es Krankenhausärzte, den Tatbestand der Korruption erfüllten. Ein Beispiel ist der niedergelassene Arzt, der sich von einem Sanitätshaus eine Aufwandsentschädigung von 12,5 Prozent zahlen lässt, die als Beratungshonorar verrechnet wird. Man weiß, dass dies nicht legal ist, hat aber keine rechtliche Handhabe dagegen. Merkmal solcher Zahlungen ist, dass sie immer verdeckt, zum Beispiel als Beratungshonorare oder Mietzahlungen, erfolgen. Es kommt auch vor, das möchte ich nicht verhehlen, dass Anwendungsbeobachtungen eine Rolle spielen. Sie sind deshalb nicht gänzlich frei von jedem Verdacht. Es gibt eine ganz große Spannbreite bei der Korruption. Ähnlich ist es beim Betrug. Der Betrug kann durch Vertragsärzte, die sich durch Nichtvertragsärzte in ihrer Praxis vertreten lassen, erfolgen. Betrug ist auch, wenn in Versorgungszentren Ärzte ohne vertragsärztliche Zulassung tätig sind. Dies ist möglich, weil Versorgungszentren auf Grund der hohen Ärztefluktuation von der kassenärztlichen Vereinigung schwerer zu prüfen sind. Es gibt die ganz einfache Luftabrechnung für Leistungen, die nicht

erbracht wurden. Oder es werden beispielsweise Akupunkturleistungen abgerechnet, die auch erbracht wurden, aber nicht in dem Bereich abrechenbar sind, in dem sie erbracht wurden. Wer sich wegen einer Migräne akupunktieren lässt, der müsste mit seiner Krankenkasse vereinbaren, dass diese die Leistung übernimmt oder er müsste sie als individuelle Gesundheitsleistung selbst bezahlen. Der Arzt stellt nun seine Diagnose so, dass die Kasse die Leistung übernimmt. Er rechnet zum Beispiel Akupunktur bei HWS-Beschwerden ab. Die Betrugsmöglichkeiten sind sehr vielfältig und die Schadenssummen sind sehr hoch. Die Zahl der bei der Polizei geführten Betrugsfälle ist rückläufig – das ist sogar der Bundestrend. Ich habe dies in meiner Stellungnahme kurz skizziert. Allerdings steigt die Zahl der Tatverdächtigen. Dies ist für mich ein Indiz dafür, dass weniger Verfahren bei mehr Verdächtigen geführt werden. Das hängt auch damit zusammen, dass man die Verfahren sehr unterschiedlich zählt und ob sie im GKV- oder im PKV-Bereich angesiedelt sind. Gleichgelagerte Sachverhalte können immense Unterschiede bei der statistischen Zählweise ausmachen. Bei der Höhe der Schadenssummen ist ein Aufwärtstrend zu verzeichnen. Wir können derzeit von ca. 40 Millionen Euro pro Jahr ausgehen, werden aber sicherlich eine Schadenssumme von 60 Millionen Euro in den nächsten Jahren erreichen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich will zunächst auf die in den letzten Tagen immer etwas verwirrend diskutierte Frage der Krankenhausabrechnungen zurückkommen. Der Antrag der SPD möchte einen Gesetzentwurf mit entsprechenden Regelungen initiieren. Hierzu müsste man zunächst die Ausgangslage kennen, um den Handlungsbedarf zu bestimmen. Ich komme deshalb nochmals auf die Aussage zurück, dass es wenige Fälle gibt. Ich bitte die DKG und den GKV-Spitzenverband näher zu bestimmen, wie hoch die Fallzahlen, also Anzeigen, Verfahrenseinstellungen, Verurteilungen, im Bereich der

Krankenhäuser sind, ob seriöse Schätzungen vorliegen und wie hoch die Zahl der Fälle ist, die nicht verfolgt werden können.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)):: Meine Aussage bezog sich auf das stationäre Leistungsspektrum. Betreiben Kliniken Medizinische Versorgungszentren, dann sind diese MVZs kassenärztliche Institutionen und das Kassenarztrecht gilt. In diesem Bereich gibt es wegen des höchstpersönlichen Leistungserbringungsprinzips und möglicher Verstöße Streitigkeiten. Das habe ich nicht auf die Frage der stationären Leistungsabrechnung projiziert, weil hier das Kassenarztrecht nicht greift. Im Kernbereich der stationären Abrechnung, das GKV-Umsatzvolumen liegt bei 56 Milliarden Euro, ist es nach unserer Beobachtung die ganzen Jahre so, dass es zehn Prozent vorsortierte Prüffälle gibt. Von diesen zehn Prozent werden am Ende etwa 50 Prozent zu Beanstandungsfällen. Letztlich bleiben entsprechend dem durchgeführten Prüfraster – die nicht geprüften 90 Prozent werden auch gerastert – 95 Prozent der Abrechnungen unbeanstandet. Bei den beanstandeten fünf Prozent bezieht sich die Beanstandung bei 70 Prozent auf die Frage, ob ein Patient zu lange im Krankenhaus lag oder ob er überhaupt hätte stationär behandelt werden müssen. Wie ich bereits ausführte, wird diese Frage Wochen nach der Entlassung des Patienten auf Grund der Aktenlage gestellt und beantwortet. In den Bereichen, in denen Kodierungsfragen eine Rolle spielen, sind es häufig rein medizinische Streitfragen. Die verbleibenden Restfälle, in denen wirklich betrogen wurde, beispielsweise wie jemand beatmet wurde, obwohl er nie auf der Intensivstation lag oder ein Zusatzentgelt für ein teures Arzneimittel abgerechnet wurde, das nie abgegeben wurde, sind offensichtlich so minimal, dass die Kassen sich nicht veranlasst sehen, die Staatsanwaltschaften einzuschalten. Ich habe eine Vorlage, die zeigt, welche Rückzahlungsforderungen die Krankenkassen an die

Krankenhäuser haben und wie viele Fälle letztendlich staatsanwaltschaftlich verfolgt werden. Zu Beginn werden die Krankenhäuser als ganz große Betrugsfälle, denen man nachgehen will, dargestellt. Aber die staatsanwaltschaftliche Ermittlung erfolgt nicht oder hat kein Ergebnis. Das heißt, weil es Streitfragen sind, die in der medizinischen Diskussion entschieden werden, stehen am Ende nur wenige wirklich strafrechtlich verfolgbare Fälle. Deshalb ist die Situation so, wie sie faktisch ist, und deshalb wenden wir uns gegen eine Bestrafung der Krankenhäuser aus dem SGB V heraus. Wir sind der Meinung, dass die Strafgerichtsbarkeit ausreicht, um die wenigen Fälle, in denen wirklich betrogen wurde, entsprechend zu ahnden.

Sve Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Die Zahlen zu den Falschabrechnungen, die Herr Baum gerade genannt hat, sind richtig. Es werden zehn bis zwölf Prozent der Krankenhausabrechnungen geprüft. Dieser Anteil ist bereits seit mehreren Jahren konstant. Es zeigt sich aber im Zeitablauf, dass zum Beispiel im Jahr 2006 34,8 Prozent der Rechnungen fehlerhaft abgerechnet wurden. Diese Zahl stieg, trotz durchgeführter Prüfungen, kontinuierlich bis zum Jahr 2010, in dem eine Quote von nahezu 50 Prozent falsch abgerechneter Krankenhausrechnungen erreicht wurde. Aus meiner Sicht ist diese Entwicklung problematisch. Ich möchte aber die Milchmädchenrechnung, die Herr Baum gerade aufgemacht hat, infrage stellen. Aus der Tatsache, dass ca. zehn Prozent der Einrichtungen geprüft werden, abzuleiten, dass die anderen Krankenhäuser alle richtig abgerechnet haben, halte ich für einen sehr kurzen Schluss.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Meine Frage ist noch nicht beantwortet. Ich wollte vom GKV-Spitzenverband hauptsächlich wissen, wie viele Fälle strafrechtlich verfolgt und wie viele eingestellt wurden und in wie vielen Fällen es zu

einer Verurteilung kam. Dabei sollte man vielleicht noch sagen, wie sich dies erklärt, und ob man Informationen von den Kassen darüber hat, warum sie wie handeln oder auch nicht handeln.

SVe **Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Mir liegen hierzu keine Zahlen vor, da diese bei uns auch nicht zusammengetragen werden. Ich kann sie nur der Presse entnehmen, wie jeder von uns. Die Zahlen, die ich eben genannt habe, bezogen sich nicht auf den Straftatbestand, sondern auf die Falschabrechnungen.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe zwei Fragen an Herrn Schmitt vom Bundesverband der Medizintechnik. Welche Maßnahmen haben Sie mit Ihrem Verband in den letzten Jahren ergriffen, um die Zusammenarbeit von Industrie und Ärzten im Bereich der Medizintechnik auf eine sichere Grundlage zu stellen? Macht der BVMed nach dem „Kodex Medizinprodukte“ zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten bzw. zwischen Krankenhäusern in verschiedener Trägerschaft Unterschiede?

SV **Joachim Michael Schmitt** (Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)): Vielleicht darf ich die letzte Frage zuerst beantworten. Wir machen keinen Unterschied zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Bereich oder den unterschiedlichen Trägerschaften und unterscheiden auch nicht zwischen stationärem und ambulatem Bereich. Wir gehen somit den schärferen Weg. Es geht bei der Korruption um §§ 331 bis 334 StGB – Bestechung und Bestechlichkeit, Vorteilsnahme und Vorteilsgewährung. Vor etwa 17 Jahren haben wir gemeinsam mit den Spitzenverbänden einen Kodex entwickelt, der nach wie vor gültig ist. Er basiert auf den vier Prinzipien: Trennung, Dokumentation, Äquivalenz und Transparenz. Wer diese Prinzipien einhält, riskiert eigentlich nicht, mit

der Staatsanwaltschaft in Konflikt zu kommen. Dabei konzentrieren wir uns im Wesentlichen auf die im Korruptionsrecht wichtigen Bereiche Spenden, Geschenke, Honorare, Veranstaltungen und Kongresse. Hierzu gibt es gemeinsame Übereinkünfte, so dass sich die korruptionsfreie Kooperation gebessert hat. Es besteht aber nach wie vor Aufklärungsbedarf. Außerdem gibt es noch bei Einzelnen Beharrungsvermögen. Für die Aufklärungsarbeit haben wir einen so genannten „MedTech-Kompass“, der die Dinge im Einzelnen beschreibt, so dass der richtige Weg gefunden werden kann.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an den BPI. Welche Erfahrungen haben Sie mit der freiwilligen Selbstkontrolle der pharmazeutischen Industrie im Rahmen der „AKG – Arzneimittel und Kooperationen im Gesundheitswesen“ gemacht?

SV **Ulf Zumdick** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI)): Die Erfahrungen sind sehr gut. Wir haben im Jahr 2007 den „AKG – Arzneimittel und Kooperationen im Gesundheitswesen“, eine Einrichtung der freiwilligen Selbstkontrolle, ins Leben gerufen, weil wir davon ausgehen, dass Kooperationen im Gesundheitswesen vor allem für die Patienten notwendig und geboten sind. Wir haben mit den beiden Instrumenten Transparenz und Selbstkontrolle gute Erfahrungen gemacht. In Schulungsveranstaltungen, Online-Schulungen oder durch Beratungen informieren wir die Unternehmen im Hinblick auf die Zusammenarbeit und Kooperation mit den Ärzten. Wenn man sich an den Kodex des AKG hält, dann kann man davon ausgehen, dass die Kooperationen rechtmäßig durchgeführt werden.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine weitere Frage an den Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller. Welche Maßnahmen haben Sie ergriffen, damit die

Zusammenarbeit von pharmazeutischer Industrie und medizinischen Einrichtungen bzw. Ärzten korruptionsfrei ist?

SVe **Andrea Schmitz** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH)): Wir haben bereits im Jahr 2000 zusammen mit einer Reihe von anderen Spitzenverbänden den so genannten „Gemeinsamen Standpunkt“ verabschiedet. Dort findet man die bereits eben von Herrn Schmitt angesprochenen vier Grundgebote Transparenz etc., die auch Eingang in die Rechtsprechung gefunden haben. Der „Gemeinsame Standpunkt“ bezieht sich auf die Zusammenarbeit der Industrie mit den Klinikärzten etc. 2003 haben wir auch entsprechende Verhaltensempfehlungen für den Bereich der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten verabschiedet.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe zwei Fragen an die KBV und die DKG. Auf der Grundlage gemeinsamer Empfehlungen der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenhausgesellschaft sind in den Ländern Clearingstellen eingerichtet worden. Wie beurteilen Sie deren bisherige Tätigkeit hinsichtlich der rechtlichen Bewertung von Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern bei der Patientenversorgung?

SV **Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Außer einer sind die Clearingstellen von der Ärztekammer, die die Kooperation anbietet, eingerichtet worden. Uns liegt eine Übersicht der durchgeführten Verfahren vor. Die Verfahrenszahl ist nicht sehr hoch. Das liegt möglicherweise daran, dass es die Clearingstellen in dieser Form noch nicht lange gibt. Sie werden übrigens derzeit, auch im Rahmen der neuen Gesetzgebung, modifiziert. Wir gehen davon aus, dass die Clearingstellen bzw. die Tatsache, dass es solche gibt, bereits präventive Wirkung entfalten. Aus unseren bisherigen Erkenntnissen ist ersichtlich, dass es sich

um vereinbarte Formate handelt, die offenbar akzeptabel sind.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die Clearingstellen sind gemeinsame Institutionen, weshalb auch uns keine quantitativ anderen Ergebnisse über die Intensität der Nutzung vorliegen. Es sind immer einzelne Fälle. Im Wesentlichen bietet die Clearingstelle die Möglichkeit, geplante Verträge präventiv auf ihre rechtliche Zulässigkeit zu überprüfen. Diese Möglichkeit wird genutzt. Ich gehe davon aus, dass die Clearingstellen auch weiterhin intensiv genutzt werden, weil das Versorgungsstrukturgesetz eine erweiterte Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern vorsieht. Hierzu müssen auch entsprechende Regelungen getroffen werden. Insofern sind die Clearingstellen eine sinnvolle präventive Einrichtung. Für die Krankenhäuser kommt in einigen Ländern eine komplementäre Rechtsvorschrift hinzu. So sieht zum Beispiel das Landeskrankenhausgesetz NRW vor, dass ein Krankenhaus, das einen niedergelassenen Arzt zu etwas veranlasst, was er nicht tun sollte, Gefahr läuft, seinen Status als Plankrankenhaus zu verlieren. Derart intensiv können ergänzende Sanktionsregelungen in Landeskrankenhausgesetzen verankert sein. Es gibt somit inzwischen ein ganzes Bündel an gesetzlichen Regelungen und Zugriffsmöglichkeiten.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe noch eine Nachfrage an die Vertreterin des Spitzenverbandes Bund. Sie haben ausgeführt, dass Sie von den Kassen keine Zahlen bezüglich der Anzeigen oder Verurteilungen erhielten. Wäre es Ihnen möglich, diese Daten einzusammeln und uns zugänglich zu machen? Denn wir beraten derzeit, ob auf diesem Gebiet gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht, und wenn ja, welcher.

SVe **Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Sie wissen, dass dem GKV-Spitzenverband, wie allen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten, Berichtspflichten auferlegt wurden. In diesen Berichten, die alle zwei Jahre erfolgen sollen, werden auch Zahlen veröffentlicht. Das heißt, es gibt ein geordnetes Verfahren, wie systematisch Zahlen zusammengetragen werden. Nur nochmals zur Erklärung: Ihre vorhin gestellte Frage bezog sich auf einen speziellen Teilbereich, für den mir keine expliziten Zahlen vorliegen. Wir können aber gerne eine Abfrage machen. Ob diese kurzfristig zu Ergebnissen führt, kann ich nicht versprechen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Transparency Deutschland und schließt an die von Abg. Lanfermann gerade an den BPI gestellte Frage an. Wie schätzt Transparency die Selbstkontrolle und Selbstregulierung der Pharmaindustrie und deren Wirksamkeit ein?

SVe **Dr. Angelika Spelsberg** (Transparency Deutschland): Wir haben uns mit der Frage sehr intensiv auseinandergesetzt und uns die gebräuchlichen Kodizes AKW und FSA (Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie) angesehen. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass beide Kodizes eigentlich nur die gültige Rechtslage beschreiben, aber nicht darüber hinausgehen. Das ist für uns ein Problem. Wir haben mehrfach versucht, auch mit Vertretern der FSA, darüber zu sprechen, dass die Kodizes überarbeitet werden müssten. Es ist problematisch, dass die Intransparenz des Systems immer weiter zunimmt, die Höhe der im System vorhandenen Gelder weiter steigt und dass auch die Marketingausgaben für bestimmte Produkte ständig erhöht werden. Dadurch entsteht ein entsprechend großes Korruptionspotential, worauf die Kodizes bisher keine Antwort geben.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Bitte schildern Sie uns doch, wie durch Korruption Forschungsergebnisse manipuliert und die Sozialsysteme geschädigt werden.

SVe **Dr. Angelika Spelsberg** (Transparency Deutschland): Wir könnten zu diesem Thema wahrscheinlich einen Kongress abhalten. Die Forschung ist in den letzten Jahrzehnten immer stärker in die Abhängigkeit der Gesundheitsindustrie geraten. Das bedauern wir ausdrücklich. Wir sind nicht der Auffassung, dass die Forschung grundsätzlich vorsätzlich verzerrt wird. Es ist vielmehr ein schleicher und sehr problematischer Prozess der Einflussnahme mit der Folge, dass es mittlerweile kaum noch eine unabhängige Forschung gibt. Sie ist ganz eindeutig immer stärker produktorientiert. Im medizinischen Bereich gibt es aber viele Verfahren, die nichts mit Produkten, aber mit körperlicher Aktivität, Ernährung, operativen Techniken oder mit anderen Dingen und anderen Fragestellungen zu tun haben. Diese Forschung findet so gut wie nicht mehr statt oder sie ist nur sehr schwierig durchzuführen. Dagegen werden wir jedes Jahr mit tausenden von neuen Studien bombardiert, deren Qualität und Validität immer weiter abnimmt. Im Bereich der Onkologie, wo ich als Ärztin tätig bin, stellen wir mit großem Bedauern fest, dass nur wenig Durchbrüche erzielt werden, die Kosten für neue, kaum mit Wirksamkeitsnachweisen belegte Medikamente aber steigen. Sie sind gewaltige Kostentreiber im System. Wir rücken immer weiter von der medizinischen Fragestellung, was dem Allgemeinwohl dient, ab und wenden uns immer mehr der Frage zu, wie die Leistungen ausgeweitet werden können und wie der Produkteinsatz gesteigert werden kann. Diese Entwicklung kann nicht einfach als Status Quo hingenommen werden, sondern muss im Parlament diskutiert werden. Deshalb geht uns auch der Antrag in der vorliegenden Form, so wichtig der Bereich des ärztlichen Fehlverhaltens und der Krankenhausabrechnungsbetrügereien auch ist,

nicht weit genug. Wir müssen die gesellschaftliche Debatte darüber beginnen, wohin sich unser Gesundheitssystem entwickeln soll, ob es ein Wirtschaftszweig werden soll und welche Konsequenzen hieraus resultieren.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe zwei Fragen an den VDÄÄ. Für wie groß halten Sie das Problem der fehlerhaften Abrechnungen bei ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzten, und welche Rolle spielt die KV? Wird korruptes Verhalten von Ärztinnen und Ärzten immer noch als Kavaliersdelikt angesehen oder gibt es ein ausreichendes Unrechtsbewusstsein?

SV **Dr. Bernhard Winter** (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ)): Ich will mit der letzten Frage beginnen. Wie bereits festgestellt wurde, ist davon auszugehen, dass die Ärzteschaft nicht korrupter ist als andere Berufsgruppen. Dennoch müssen wir feststellen, dass sich viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in einer Gegnerschaft gegenüber den Krankenkassen sehen, weil sie der Meinung sind, dass die Krankenkassen ihnen die Mittel zur Gewährleistung einer adäquaten medizinischen Versorgung bzw. auch das adäquate Saläre vorenthalten. Auf der anderen Seite wird kontrastiert, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte quasi treuhänderisch über große Teile der Krankenkassenausgaben verfügen. Wie die Diskussion in der ärztlichen Presse und das bevorstehende BGH-Urteil zeigen, will man aber keinesfalls als Beauftragter der Krankenkassen agieren. Ein Bewusstsein dafür, dass die Gelder der Solidargemeinschaft die Zwangsbeiträge der Versicherten sind, ist in der ärztlichen Öffentlichkeit nicht vorhanden. Die GKV wird nicht als gesellschaftliche Errungenschaft wahrgenommen, sondern als lästiges Übel. Diese Sichtweise begünstigt die Haltung, sich auf anderem Wege das zu nehmen, was man meint, dass es einem zusteht. Diese Einstellung wird natürlich mit zunehmender Betonung der unternehmeri-

schen Rolle des Arztes und des betriebswirtschaftlichen Denkens in den Arztpraxen verstärkt. Das Arzt-Patient-Verhältnis ist ein besonders schützenswertes Gut, das auf ein spezifisches Vertrauensverhältnis gründet. Deshalb sollten ökonomische Überlegungen auch zurückgestellt werden. Ein generelles Urteil zum Umfang der Falschabrechnungen lässt sich nicht abgeben. Wir kennen zwar die Daten einer Krankenkasse, diese lassen sich aber nicht verallgemeinern. Man kann bei der Auswertung von KV-Statistiken sehr genau beobachten, dass bestimmte Leistungsausweitungen kaum medizinisch initiiert sein können, sondern mit der Honorierung einhergehen. Dies ist zu kritisieren. Offensichtlich steht nicht der Patient mit seinem Leiden im Vordergrund der ärztlichen Überlegungen, sondern der Verdienst an bestimmten, meist technischen Leistungen. Hier scheint die Plausibilitätskontrolle der kassenärztlichen Vereinigungen nicht effektiv zu sein. Es hat den Eindruck, dass sich die einzelnen Facharztgruppen in den KVen gegenseitig blockieren. Daher muss man sich überlegen, ob nicht auch andere Betroffene, zum Beispiel die Patientenvertreter, in diese Plausibilitätskontrollen einbezogen werden sollten. Ein weiteres von uns beobachtetes Problem der Falschabrechnung, das in der Öffentlichkeit kaum thematisiert wird, ist die privatärztliche Abrechnung von Leistungen aus dem GKV-Katalog. Es handelt sich dabei nicht um die individuellen Gesundheitsleistungen, sondern um Leistungen, die Bestandteil des GKV-Kataloges sind und die der Arzt dem Patienten in Rechnung stellt, weil angeblich das Budget erschöpft ist oder die Kasse diese Leistung nicht bezahlt. Unseres Erachtens muss dies strikt unterbunden werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an ver.di. Die Beschäftigten können zu mehr Transparenz in der Leistungserbringung beitragen, indem sie auf ein Fehlverhalten hinweisen. Sind aus Ihrer Sicht die Voraussetzungen dafür gegeben?

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir haben häufiger das Problem, dass Beschäftigte uns mitteilen, dass sie sich an Falschabrechnungen beteiligen müssten. Dies ist häufig in Krankenhäusern oder in Pflegeeinrichtungen der Fall. Die Beschäftigten haben keinen arbeitsrechtlichen Schutz, wenn sie diese Dinge offenlegen. Oft folgt ein arbeitsgerichtliches Verfahren und sie verlieren ihren Arbeitsplatz. Die Krankenhäuser zum Beispiel stehen unter Finanzdruck und die Fallzahlen werden sehr deutlich erhöht. Weist hier ein Beschäftigter darauf hin, dass die Fallzahlen mit dem vorhandenen Personal nicht zu behandeln seien, und erstattet eine Überlastungsanzeige, wird dies als Rufschädigung des Krankenhauses dargestellt. Das Krankenhaus versucht, diese Anzeigen zu unterbinden. Dagegen müssen wir uns gemeinsam wehren. An dieser Stelle sind deshalb mehr Rechte für die Beschäftigten erforderlich, damit eine Anzeige keine arbeitsrechtlichen Folgen hat.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe Fragen an Herrn Lindner von m.e.z.i.s. Können Sie einschätzen, wie groß die Beeinflussung der Pharmaindustrie auf das Ordnungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten ist? Fließt direkt Geld von den Herstellern an die Ärzte? Wie schätzen Sie vor diesem Hintergrund den Antrag der SPD ein?

SV Thomas Lindner (m.e.z.i.s. – Mein Essen zahl ich selbst): Die Beeinflussung des ärztlichen Ordnungsverhaltens durch die Industrie ist besonders im Bereich der neuen Medikamente sehr groß. Es ist die Aufgabe der Marketingabteilung der pharmazeutischen Industrie, die Ärzte zu überzeugen, diese neuen Medikamente möglichst schnell und flächendeckend zu verordnen. Das ist eine anspruchsvolle Aufgabe, denn die neuen Medikamente sind weitgehend unbekannt und es fehlen neutrale Informationen. Außerdem sind sie in der Regel teurer. Zudem können die Risiken noch nicht gut eingeschätzt wer-

den. Deshalb müssen die Ärztinnen und Ärzte von der Industrie dafür gewonnen werden, trotz der Unsicherheiten, die neuen Medikamente zu Lasten der Krankenkassen zu verordnen. Die Industrie bedient sich dabei verschiedenster Marketinginstrumente, um dieses Ziel zu erreichen. Dazu gehören Werbegespräche, Abgabe von Büromaterialien oder Werbeveranstaltungen, die oft als neutrale Fortbildungsseminare getarnt sind. Zu diesen Werbeveranstaltungen gehören auch kostenlose Essenseinladungen. Die finanzielle Unterstützung der Fahrt zu medizinischen Kongressen und die Übernahme von Übernachtungskosten sind weitere Marketingmaßnahmen. Direkte Geldzahlungen sind im Bereich der niedergelassenen Ärzte für mein Dafürhalten eher selten. Die Geldzuwendungen der Industrie sind versteckter. So werden zum Beispiel wissenschaftlich sinnlose Anwendungsbeobachtungen unterstützt oder es fließen Gelder an Ärztegenossenschaften, die dies dann an den einzelnen Arzt weiterverteilen. Ein Großteil meiner Berufskollegen findet es nicht anrühlich, sich von der pharmazeutischen Industrie umsorgen zu lassen. Ärzte verkennen dabei zumeist, dass ihr Ordnungsverhalten durch die Werbemaßnahmen wesentlich beeinflusst werden kann, auch wenn sie sich nicht für beeinflussbar halten. Interessanterweise ist es aber so, dass Ärzte nach der Beeinflussbarkeit der Kollegen befragt, eine Beeinflussung durchaus für möglich halten. Mehr als die Hälfte der neu zugelassenen Medikamente stellt eigentlich keinen echten Therapiefortschritt dar. Patienten, die damit behandelt werden, tragen aber ein erhöhtes Behandlungsrisiko und die Industrie ist selbstverständlich Nutznießer dieses überhasteten Medikamenteneinsatzes. Ärzte, die den Werbemaßnahmen unkritisch gegenüber stehen, handeln nachweislich anders als jene, die kritischer sind. Die unkritischen Ärzte verschreiben teurere und häufiger neue Medikamente. Es muss zu denken geben, dass die pharmazeutische Industrie mehr Geld für Marketingmaßnahmen als für die betriebsinterne Forschung ausgibt. Warum diese Interessenlage der Industrie im An-

trag der SPD nicht erwähnt wird, das kann ich Ihnen leider nicht sagen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe Fragen an die KBV und den GKV-Spitzenverband. Es gibt seit 2004 die gesetzlich eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. 2010 haben wir Berichte erhalten, wonach man über keine gemeinsamen Datenlage verfügt, sondern sich darauf geeinigt hat, zunächst Kriterien zur Ermittlung einer gemeinsame Datenlage zu erstellen. Dies hat nicht zu einer verbesserten Transparenz geführt. Sind Sie jetzt in der Lage, diese gemeinsamen Kriterien zu entwickeln und vorzulegen? Sowohl die kassenärztlichen Vereinigungen als auch der GKV-Spitzenverband bzw. die Krankenkassen sind gesetzlich beauftragt, diese Stellen einzurichten. Gibt es eine Aufstellung, mit welchem Personalaufwand diese Stellen geführt werden und welches Personal dort arbeitet? Was kann man tun, um die Schlagkraft der Stellen zu steigern und die Weitergabe von Fällen mit Anfangsverdacht an die Staatsanwaltschaft zu verbessern? Den Berichten war zu entnehmen, dass die Zahl solcher Fälle niedriger ist im Verhältnis zu den vermuteten Fällen. Dies lässt vermuten, dass zu wenig Personal eingesetzt ist. Des Weiteren habe ich zur Anwendungsbeobachtung Fragen an die BAG Selbsthilfe und die KBV. In Veröffentlichungen der KBV ist von 80.000 Anwendungsbeobachtungen pro Jahr die Rede. Man kann nicht behaupten, dass dies eine kleine Größenordnung ist. Zwar müssen nicht alle Fälle zu kritisieren sein, aber insgesamt sind die Anwendungsbeobachtungen doch sehr stark ins Gerede gekommen. Von der BAG möchte ich wissen, welche Auswirkungen die Anwendungsbeobachtungen haben, und von der KBV, was sie unternimmt, um einen schärferen Umgang mit diesen Verfahren zu erreichen?

SV **Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich habe eine kurze

Verständnisfrage. Sie sprachen von Verfahren mit Anfangsverdacht und ihrer geringfügigen Zahl im Verhältnis. Welches Verhältnis meinen Sie?

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich meine das Verhältnis zu den nach Presseberichten zu vermutenden Zahlen. Insgesamt werden sehr wenig Fälle überhaupt dem Staatsanwalt vorgelegt.

SV **Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich beginne mit Ihrer Frage nach einer gemeinsamen Datenlage. Die Koalition hat auf unseren Vorschlag hin § 81a SGB V ergänzt, so dass es jetzt möglich ist, personen- und leistungsbezogene Daten zu erfassen und gemeinsam zu beurteilen. Mit dem Datenschutz sind wir verhältnismäßig vorsichtig und sehr präzise. Das heißt, die Datenerfassung fängt jetzt erst an. Wir gehen davon aus, dass sich die Datenlage in diesem Punkt und insbesondere im Hinblick auf die kassenarztübergreifenden Beziehungen zu anderen Leistungserbringern verbessern wird. Wir machen regelmäßig Veranstaltungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. mit den Personen, die für diese Stellen in der KV zuständig sind. Den Personalbestand der Stellen kann ich Ihnen nicht nennen. Ich kann die Zahl aber nachliefern. Ich habe bereits angeregt, dass uns tatsächlich vollendete Betrugs-sachverhalte oder Einstellungen von Verdachtsfällen mit Auflage nach § 153a StPO mitgeteilt werden sollten, damit wir disziplinar- und berufsrechtliche Konsequenzen prüfen können. Dies geschieht derzeit leider noch nicht. Es wäre aber eine von mehreren Maßnahmen, die in diesen Bereich fallen würden. Auf KBV-Ebene sind insgesamt 300 Anwendungsbeobachtungen bekannt. In der Tat liegt hier Vieles im Argen. Das wissen wir. Deswegen fordern wir bereits seit vielen Jahren, dass die Umstände dieser Anwendungsbeobachtungen transparent gemacht werden müssen. Es müssen der Arzt über seine Arztnummer, die Patienten-

einwilligung, der Abschluss der Anwendungsbeobachtung und das gesamte Honorarvolumen erfasst werden, um endlich einen Überblick darüber zu erhalten, welche Gelder in diesem Bereich fließen. Durch die Einrichtung einer öffentlich zugänglichen Datenbank bei der zuständigen Bundesoberbehörde müssen Zugriffsmöglichkeiten auf die Beobachtungspläne, die Ergebnisse und Bewertungen der Anwendungsbeobachtung geschaffen werden, damit dieser Bereich tatsächlich transparent wird. Denn Transparenz ist der Feind jeder Korruption. Da rennen Sie bei uns offene Türen ein. Zu den verhältnismäßig niedrigen Zahlen von Fehlverhalten kann ich berichten, dass in der letzten Woche beispielsweise der VDEK Schleswig-Holstein konkrete Daten vorgelegt hat. Er kommt zu dem Ergebnis, das wurde auch in der Presse kolportiert, dass nahezu alle Leistungserbringer im Norden ihre Leistungen korrekt abrechnen. Möglicherweise ist dies in anderen Bezirken anders, aber dafür haben wir keine Anhaltspunkte. Von 84 Verdachtsfällen sind 43 als Vertragsverletzungsfälle bekannt geworden. Im niedergelassenen Bereich von Ärzten und Zahnärzten wurden nur vier Verdachtsfälle und kein Betrug festgestellt. Sie fragten auch nach den relativ niedrigen Zahlen im Verhältnis zu dem, was man vermutet und was dann vorgelegt wird. Ich will nur kurz auf die Datenlage, insbesondere auf die des Landeskriminalamtes Berlin, Bezug nehmen. Man kann feststellen, dass trotz eines erheblichen Anstiegs der Ermittlungsverfahren die Zahl der vollendeten Betrugstatbestände signifikant abgenommen hat. Das heißt, nach der Datenlage des LKA sind von 2004 bis 2010 die Abrechnungsbetrugsfälle um 50 Prozent gesunken. Diese Zahl stellen Sie, Herr Engelhard, der angestiegenen Zahl der Tatverdächtigen bzw. der Ermittlungsverfahren gegenüber. Wobei bei einem Tatverdächtigen die Unschuldsvermutung bis zur Feststellung der Schuld gelten muss. So ist es in Ihrer Abrechnungstatistik festgehalten. Eigentlich müsste man sagen, dass die tatsächlich abgeschlossenen Betrugs- oder Delikt-

sachverhalte um 50 Prozent gesunken sind. Es würde mich interessieren, in welchem anderen Deliktsbereich es eine derart positive Statistik gibt.

Sve Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Es gibt den gesetzlichen Auftrag, dass jede Kassenärztliche Vereinigung, die Verbände, soweit sie tätig sind, und auch der GKV-Spitzenverband in einem Zweijahresrhythmus einen Bericht zur Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten abgeben sollen. Die Struktur und der Inhalt der Berichte sind frei gestaltbar. Infolge dessen erstellt jede Institution aus gutem Wissen heraus einen Bericht, dessen Ergebnisse aber nicht vergleichbar waren. Diesen Zustand fanden wir nicht sehr glücklich. Deswegen haben wir versucht, zumindest auf Bundesebene eine Darstellung mit Kennzahlen, die auf einer gemeinsamen statistischen Grundlage beruhen, zu erstellen. Hierzu haben wir auf freiwilliger Basis in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zunächst Kennzahlen abgestimmt und deren Erfassung eingeführt. Frau Michels hat uns hierbei sehr unterstützt. Auf dieser Basis sind wir nun in der Lage, künftig Zahlen zu liefern. Zunächst müssen wir aber mit einigen wenigen Eckdaten auskommen. Ein komplettes Bild der gesamten Landschaft liegt nicht vor. Das wäre zwar wünschenswert, aber hierzu gibt keine entsprechende Rechtsgrundlage. Außerdem ist es eine wichtige Aufgabe dieser Stellen, die Zusammenarbeit zu organisieren. Derzeit findet ein zweitägiges Treffen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten statt. Es soll der Austausch gefördert und damit die Schlagkraft der Stellen unterstützt werden. In den einzelnen Haushalten ist nachvollziehbar, wie viele Personen für diese Aufgabe eingesetzt sind. Ich habe aber keine Übersicht, wie viele Personen es insgesamt sind. Allerdings haben wir die Bitte, darüber nachzudenken, ob man nicht die Aufgabe der Bekämpfung von Fehlverhalten außerhalb der Verwaltungskostendeckelung stellen könnte. Damit würde sichergestellt sein, dass

keine Anreize entstehen, in diesem Bereich Personal einzusparen. So wäre es möglich, diese wichtige Aufgabe adäquat wahrzunehmen.

SVe Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Auch wir betrachten die Anwendungsbeobachtungen mit Sorge, weil diese unter Umständen genutzt werden können, um verdeckte Zahlungen zu leisten. Herr Lindner hat bereits die oftmals wissenschaftlich sinnlosen Studien angesprochen, die letztendlich nur verdecken sollen, dass Gelder zugewendet werden. Gleichzeitig ist es natürlich sinnvoll, Rückmeldungen über mögliche Risiken von neuen Medikamenten zu erhalten. Anwendungsbeobachtungen sind nicht per se sinnlos, sondern sie müssen vernünftig durchgeführt werden. Hierzu gibt es Empfehlungen des BfArM und des Paul-Ehrlich-Instituts. Nach unserer Auffassung sollten diese Empfehlungen zwingend beachtet werden. Sie regeln beispielsweise, dass der Studienaufbau hinsichtlich der Fragestellung vernünftig und der Patient über die Weitergabe der Daten aufgeklärt sein muss. Wir begrüßen auch die Veröffentlichung der Studienergebnisse. Es muss Transparenz hergestellt werden, das halten wir für ganz wichtig im Zusammenhang mit der Korruptionsbekämpfung. Es muss ein öffentliches Register geben, in das die Informationen, die bereits vor der Anwendungsbeobachtung vorlagen, eingestellt werden. Die Anwendungsbeobachtung sollte aber nur zulässig sein, wenn der Patient die Medikamente bereits verordnet bekommt, damit der Arzt keinen Anreiz hat, den Patienten entsprechend umzustellen. Das größte Risiko bei der Anwendungsbeobachtung besteht nämlich darin, dass der Patient keine passgenauen Medikamente erhält.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): An Herrn Frehse habe ich eine grundsätzliche Frage

zu einem aktuellen Gerichtsverfahren, das sich um die Stellung der Ärzte im Krankenhaus und die Frage, ob diese Amtsträger der Krankenkassen sind, dreht. Das Urteil steht noch aus. Welche Folgen hat Ihrer Meinung nach eine Entscheidung, die den Arzt als Amtsträger bestimmt, für die rechtlichen Regelungen und vor allem für die Arzttätigkeit? Darüber hinaus habe ich eine Frage an den GKV-Spitzenverband, die KBV, die DKG und Herrn Frehse. Wir tendieren immer stärker dazu, integrierte Versorgungsverträge, die ambulante und stationäre Zusammenarbeit sowie die Kooperation aller Disziplinen anzustreben. Dabei sollen im Zweifel auch bei integrierten Versorgungsverträgen Pauschalen gezahlt werden dürfen. Gleichzeitig wollen wir aber weder Korruption noch Fehlanreize initiieren. Wie sehen Sie diesen Spagat und wie ließe er sich gegebenenfalls auflösen?

SV Michael Frehse: Ich sehe die Schwierigkeit, dass, falls der Große Senat des BGH die Strafbarkeit nach § 299 oder § 331 StGB annimmt, wir zu einer sehr ausufernden Strafbarkeit der Ärzte und einer Pönalisierung kommen würden. Die beiden beim BGH vorliegenden Fälle konnten bisher strafrechtlich nicht geahndet werden. Ich meine aber, durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sind sie nun disziplinarrechtlich zu ahnden. Die Schwierigkeit wird sein, das ist der Zwiespalt, dass der Gesetzgeber die Kooperation fördert, natürlich nur die zulässige, es aber durchaus Fallgestaltungen geben kann, die unter einen Missbrauchsverdacht fallen könnten. Deswegen bin ich im Moment etwas zurückhaltend mit der Aussage, dass der eingeschlagene Weg der richtige ist und wir wirklich einen neuen Straftatbestand benötigen.

SVe Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Versorgungsketten oder Kooperationen zwischen den Leistungserbringern führen nicht automatisch zu Fehlverhalten. Diese Zusammenarbeit

ist sinnvoll, richtig und wird benötigt. Fehlverhalten entsteht dann, wenn beispielsweise Geld für Leistungen gezahlt wird, die nicht erbracht wurden. Dies müssen wir durch eindeutige Abrechnungsregelungen und klare Beschreibung der Leistungen, für die Geld gezahlt wird, verhindern. Fehlverhalten wird man wahrscheinlich nicht ganz unterbinden können. Bei diesen Kooperationsformen ist es zwar schwierig, das Fehlverhalten zu messen, aber es ist möglich.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Bei der Zusammenarbeit auf Basis von Integrationsverträgen kann ich mir eine Built-in Clearingstelle vorstellen. In der Regel kooperiert der Kostenträger mit den Leistungserbringern. Deshalb wird er darauf achten, dass das Verhältnis der Leistungserbringer untereinander sauber geregelt ist. Durch das Versorgungsstrukturgesetz haben sich neue Tatbestände ergeben. Insbesondere die Mitwirkung der niedergelassenen Ärzte am stationären Leistungsspektrum im Bereich der vor- und nachstationären Leistungen ist jetzt gesetzlich geregelt. In diesem Bereich ist es wichtig, dass bei Zweifeln an den Vereinbarungen die Clearingstellen eingeschaltet werden können. Die begleitenden Regelungen, wie beispielsweise das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt, könnten ein Instrumentarium darstellen, mittels dessen Anfalligkeiten, die es auf diesem Gebiet geben kann, entgegen gewirkt werden kann. Zunächst muss man aber die Anlaufphase abwarten. Es gibt gute Grundlagen, um missbräuchliche Vertragsausgestaltungen zu verhindern.

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Sie haben mit Ihren Bedenken Recht. Sinnvolle Kooperationen sollten sektorübergreifend gefördert werden. Das steht völlig zu Recht auf der politischen Agenda. Damit ist zwar der Bereich für Vereinbarungen geöffnet, diese sollten aber nicht zu so genannten kolossiven Zusammenwirkungen führen.

Der Spagat ist sehr schwierig. In der gemeinsamen Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Kostenträgern sind die Gestaltung und die Finanzierung von Versorgung gegensätzliche Positionen, die in Einklang gebracht werden müssen. Hier muss eine Kontrolle erfolgen, die in § 128 in Verbindung mit § 81a SGB V vorgezeichnet ist. An dieser Stelle kann sach- und fachgerecht geprüft werden. Wir halten beispielsweise die Schaffung eines neuen Straftatbestands im Strafgesetzbuch oder ein spezielles Vertragsarztstrafrecht für weniger hilfreich. Die Diskussion dreht sich um die Frage, ob ein Nachweisproblem oder eine Strafbarkeitslücke besteht. Das Nachweisproblem wird sofort mit der Folgerung verknüpft, dass man dann eine Strafbarkeitslücke hat und deshalb neue Strafvorschriften benötigt. Es existiert aber keine Strafbarkeitslücke, denn der BGH sieht vertragsrechtswidriges Verhalten als Betrug an. Diese höchstrichterliche Rechtsprechung ist wenig bekannt und es gibt Schwierigkeiten bei der Durchsetzung. Die bisher ergangene Rechtsprechung von Strafgerichten bezieht sich in Ermangelung anderer Fälle nur auf Ärzte. Damit wird begründet, dass ein neuer Straftatbestand erforderlich ist. Das ist von der Begründung und vom Prinzip her der falsche Weg. Die Fachleute müssen noch enger mit den Krankenkassen zusammenarbeiten. Die Voraussetzungen hierfür finden Sie beispielsweise in § 81a SGB V.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe Fragen an ver.di und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Herr Weisbrod-Frey, Sie haben ausgeführt, dass in Krankenhäusern teilweise Mitarbeiter unter Druck gesetzt würden, um bei Falschabrechnungen mitzuwirken. Ist dies nur ein Verdacht oder können Sie konkrete Fälle benennen? Herr Baum, Sie führen die Falschabrechnungen in erster Linie auf das hochkomplexe DRG-System zurück. Herr Engelhard hat geschildert, dass in Berliner Krankenhäusern Betrug im großen Stil stattfindet. Wie ist Ihre Haltung zu diesen beiden Aussagen?

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Ja, es gibt diese Fälle, bei denen Mitarbeiter zur Mitwirkung an Falschabrechnungen gezwungen werden. Sie werden regelmäßig an unsere Geschäftsstellen gemeldet. Insbesondere im Pflegebereich gibt es eine erhebliche Zahl solcher Fälle, die verschiedentlich auch zu Gerichtsverfahren geführt haben. Sie haben aber sicherlich Verständnis, dass ich keine Namen und Adressen dieser Mitarbeiter nenne, da diese geschützt werden müssen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Ich möchte nochmals auf das stationäre Leistungsspektrum der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zurückkommen. Die Leistungen der MVZ fallen unter das Kassenarztrecht. Ein MVZ, das durch ein Krankenhaus betrieben wird, rechnet mit der KV ab. Das hat nichts mit der Krankenhausabrechnungssystematik zu tun. Bei den Berliner Fällen geht es im Wesentlichen darum, ob gegen das Prinzip der persönlichen Leistungserbringung, das sich durch das Vertragsarztrecht zieht, verstoßen wurde. Es geht um die Frage, ob Fachärzte, die mit Assistenten in Weiterbildung zusammenarbeiten, bestimmte ärztliche Aufgaben an diese delegiert haben, ob Ärzte, die nicht den Facharztstatus und nicht die Voraussetzung zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen haben, beispielsweise das Röntgengerät bedient haben. Ist dies der Fall, dann ist es eine kriminelle Handlung, denn das Vertragsarztrecht sieht diese höchstpersönliche Leistungserbringung vor. Ob wir aber auf Dauer eine delegationshemmende Vorgabe für ärztliche Leistungen aufrecht erhalten wollen, während gleichzeitig in § 63c SGB V die Verbesserungen der Delegationen zwischen den Berufen diskutiert wird, muss grundsätzlich besprochen werden. Wenn wir das Prinzip der persönlichen ärztlichen Leistungserbringung zu eng sehen, wird hochkompetente ärztliche Leistung verknüpft. Dann muss nämlich der Fachmann, der das Röntgenergebnis bewertet, bereits beim Röntgen-

vorgang als Techniker im Raum sein. Hier stellt sich die Frage, ob es kriminell ist, wenn der Facharzt nicht bereits zu Beginn anwesend ist. Es ist kriminell im Sinne der Abrechnungsbestimmungen. Die politische Frage ist aber, ob es sinnvoll ist, an diesen Abrechnungsstimmungen und damit an der Kriminalisierung des Medizinbetriebs festzuhalten, denn der Patient wurde unter der Oberaufsicht eines kompetenten Arztes ordentlich behandelt. Diese Frage müssen aber letztlich Sie entscheiden. Die Frage, ob Mitarbeiter, die einen Arbeitgeber anschwärzen, frei von Sanktionen bleiben sollen, ist eine Frage, die weit über den Krankenhausbetrieb hinaus grundsätzlich zu beantworten ist. Ein solcher Kündigungsschutz könnte zur Folge haben, dass kündigungsgefährdete Mitarbeiter zu diesem Mittel greifen, um ihren Arbeitsplatz zu retten. Bei rund 70 Prozent der Fälle geht es darum, ob ein Patient zu lange im Krankenhaus war oder nicht. Es ist fraglich, ob ein Mitarbeiter diese Frage entscheiden kann und ob er auf Grund einer diesbezüglichen Anschwärzung einen Kündigungsschutz genießen sollte. Es handelt sich hierbei um höchstkomplizierte medizinische Streitfragen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass dies in der Praxis funktioniert. Es würde zum Chaos in den Betrieben führen. Es gibt anonyme Fehlermeldesysteme bei denen jeder Mitarbeiter Unzulänglichkeiten im Betrieb melden kann. Einen darüberhinausgehenden Kündigungsschutz für solche Mitarbeiter halte ich für schwierig.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich frage den GKV-Spitzenverband. Können Sie die im Antrag ausgeführten Schadenshöhen durch Korruption im Gesundheitswesen bestätigen? Sind die zitierten Studien aussagekräftig und auf deutsche Verhältnisse übertragbar? Haben Sie bereits Kennzahlen der Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aus dem Berichtszeitraum 2010/2011?

SVe **Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Wir schätzen die Schadenshöhe auf rund 1,5 Milliarden Euro. Das haben wir auch in unserer Stellungnahme dargestellt. Den Zahlen von Transparency International stehen wir, so sehr wir diese Organisation schätzen, etwas skeptisch gegenüber. In dieser Untersuchung wurden internationale Zahlen auf Deutschland übertragen und wir fragen uns, ob dies ohne Weiteres möglich ist. Zahlen aus dem genannten Berichtszeitraum liegen uns noch nicht vor. Diese werden gerade zusammengetragen. Die Kassen erstellen die Berichte, die uns im Laufe dieses Jahres vorgelegt werden.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Staatsanwaltschaft Frankfurt am Main und betreffen die Schwerpunktstaatsanwaltschaften. Haben Sie Erkenntnisse über die Zahl der Verfahren wegen Veruntreuung oder Korruption im Bereich des Gesundheitswesens? Wie sind Ihre Erfahrungen bezüglich der Arbeitsweise und des Aufwands? Lohnt es sich, eine Schwerpunktstaatsanwaltschaft einzurichten? Sehen Sie hinsichtlich des Rechtsrahmens weiteren Regelungs- oder Klarstellungsbedarf?

SV **Alexander Badle** (Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main): Ich leite bei der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main die bundesweit erste Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen. Wir haben eine jährliche Statistik, die sehr unterschiedliche Zahlen ausweist. In manchen Jahren haben wir größere Massenkonglomerate, dann kommen wir auf 1.200 eingeleitete Ermittlungsverfahren. Im Durchschnitt bearbeiten die drei Staatsanwältinnen und Staatsanwälte zwischen 300 und 500 Ermittlungsverfahren im Jahr. Das sagt natürlich nichts darüber aus, wie diese Verfahren abgeschlossen werden. Die Wirtschaftskriminalität ist eine sehr komplexe Materie und insbesondere im Umfeld von

Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen müssen viele rechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Dies führt oft dazu, dass eine Vielzahl von Ermittlungsverfahren ohne Anklage, aber in der überwiegenden Zahl mit einer Zahlungsaufgabe eingestellt werden. Wir generieren für das Land Hessen jährlich Honorarrückzahlungen an die unterschiedlichen Kostenträger, die sich jeweils in der Größenordnung zwischen einer bis fünf Millionen Euro bewegen. Diese Zahlungen erfolgen im Kontext eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens und sind überwiegend Schadensregulierungen. Natürlich sind unsere Zahlen nur ein kleiner Ausschnitt dessen, was im Tatort Gesundheitsmarkt tatsächlich passiert, da es sich um reine Kontrolldelikte handelt. Sie werden feststellen, dass es Länder gibt, die keine Fallzahlen aufweisen. Dies bedeutet aber nicht, dass dort keine Vermögensstraftaten geschehen. Die Länder haben vielmehr keine effektiven und effizienten Kontrollinstanzen etabliert. In den zurückliegenden zehn Jahren haben wir in Hessen in Kooperation mit unseren strategischen Partnern, das sind hauptsächlich die Krankenkassen, aber auch, das möchte ich an dieser Stelle ganz besonders hervorheben, die Kassenärztliche Vereinigung in Hessen, sehr viel Grundlagen- und Aufbauarbeit geleistet. Die KV Hessen hat als erste KV überhaupt, eine eigene Compliance-Abteilung eingerichtet und fördert dieses Thema auch aktiv. Wir haben allerdings über Jahre hinweg sehr viel Überzeugungsarbeit geleistet, um deutlich zu machen, dass der Kampf gegen Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen ein gemeinsames Ziel sein muss. Ich halte die Separierung der einzelnen Lager für gefährlich, denn letztlich geht es um den Schutz einer der wichtigsten Säulen unseres Sozialstaats. Das ist unsere gemeinsame Aufgabe, die wir auch nur gemeinsam bewältigen können. Ein gemeinsames Agieren wäre deshalb zielführender als ein isoliertes Vorgehen.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Ist es möglich ist, die Zahlen zu differenzieren, beispielsweise nach Beschuldigten an Krankenhäusern?

SV **Alexander Badle** (Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main): Wir führen eine Gesamtstatistik, haben aber unsere Ermittlungstätigkeit bereits sehr stark nach einzelnen Deliktbereichen aufgefächert. Ich sage Ihnen ganz offen, das Thema Krankenhaus ist im Moment für uns noch ein nahezu unbeschriebenes Blatt. Ich fürchte mich auch offengesagt davor, wenn diese Fälle auf uns zukommen. Denn das sind Verfahren, die, insbesondere im Bereich der Gutachtertätigkeit, mit einem sehr, sehr hohen Aufwand verbunden sein werden. Wir werden als Staatsanwaltschaften vor eine ganz große Herausforderungen gestellt werden, weil wir in aller Regel nicht über die Werkzeuge verfügen, um solche Verfahren zu bearbeiten. Das sage ich aus Sicht unserer Zentralstelle. Ich glaube, dass wir derzeit sehr viele Verfahren, auch Pilotverfahren, bearbeiten, bei denen wir bundesweit führend sind, so dass man meine Aussagen zurzeit noch flächendeckend auf die Republik übertragen kann. Es müssen Infrastrukturen geschaffen werden. Im Moment ist der Status Quo, dass die Kostenträger dieses Thema strategisch angehen und vorbereiten. Ich gehe davon aus, dass in den nächsten Jahren solche Verfahren stärker auf uns zukommen werden. Für den Umgang mit diesen Verfahren habe ich noch kein passendes Konzept. Im Bereich der Wirtschaftskriminalität kann man im Allgemeinen von einer längeren Verfahrensdauer ausgehen. Wenn bei uns ein Verfahren schnell abgewickelt wird und nur sechs Monate dauert, dann müssen wir in der Regel einen geständigen Täter haben. Ansonsten liegen die Verfahrensdauern zwischen drei und fünf Jahren. Es ist ein sehr sehr langer und steiniger Weg, weil sehr viele Detailfragen geklärt werden müssen. Über den Ermittlungen schwebt natürlich die Unschuldsvermutung. Diese ist gerade in diesem Deliktbereich für den Beschuldigten

strategisch vorteilhaft, weil er sehr viel Sand ins Getriebe der Ermittlungen streuen kann. Es bedarf einer ganz speziellen Expertise im Bereich der Wirtschaftskriminalität. Man muss über Jahre in diesem Bereich tätig gewesen sein, um als Strafverfolgungsbehörde oder als Polizei, Herr Engelhard ist einer der wenigen bundesweit anerkannten Spezialisten, solche Ermittlungsverfahren überhaupt sachgerecht führen zu können. Hinsichtlich eines weiteren Regelungsbedarfs ist es aus Sicht der Generalstaatsanwaltschaft angezeigt, zunächst die Entscheidung des Großen Senats abzuwarten und dann eine Bestandsaufnahme zu machen. Es wird sich dann herausstellen, ob weiterer Regelungsbedarf besteht.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich möchte nochmals Herrn Frehse fragen. Es wurde geschildert, dass es strafrechtlich offensichtlich eine Herausforderung ist, diese Delikte zu verfolgen. War es dann nicht vernünftig, die entsprechenden Regelungen ins Berufs- und Sozialrecht aufzunehmen, so dass die Möglichkeit besteht, parallel zu ermitteln?

SV **Michael Frehse**: Ich sehe es tatsächlich als sehr schwierig an, das Strafrecht an dieser Stelle auszuweiten. Die anwaltlichen Vertretungen der Ärzte arbeiten seit Jahren in dieser Materie und die Staatsanwaltschaften, außer den Schwerpunktstaatsanwaltschaften, haben wirklich Schwierigkeiten, entsprechenden Sachverstand zu entwickeln. Die Verfahren sind sehr schwierig zu führen und führen oftmals nicht zu sachangemessenen Ergebnissen. Ich meine, das habe ich auch in meiner ersten Stellungnahme ausgeführt. Durch das Versorgungsstrukturgesetz existieren mittlerweile ausreichende und durchschlagkräftige Mittel auch für die KVen. Das Instrumentarium muss natürlich genutzt und evaluiert werden. Ein Disziplinarverfahren kann ein Ruhen der vertraglichen Zulassung von bis zu zwei Jahren zur Folge haben. Das heißt, wenn ein Arzt Zuwendungen annimmt oder ein

korruptes Verhalten zeigt, gibt es Möglichkeiten dieses zu ahnden. Daneben gibt es die Heilberufsgerichte, die zusätzlich die Feststellung der Berufsunwürdigkeit aussprechen können. Die Approbationsbehörde schaltet sich immer in diese Verfahren ein. Das heißt, vertritt man als Anwalt einen Arzt, der im Fokus der Staatsanwaltschaft steht, ist man fünf bis acht Jahre damit beschäftigt, gemeinsam mit vier beteiligten Behörden, diesen Arzt zu verteidigen. Deswegen meine ich, sollte man zunächst die vorhandenen Mittel ausschöpfen und nicht über einen neuen Straftatbestand nachdenken. Zumal, wie Herr Badle sagte, die höchstrichterliche Entscheidung abgewartet werden sollte. Eventuell gibt es dann keinen weiteren Handlungsbedarf.

Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Herr Badle, ich habe eine Frage, die an Ihre Ausführungen anschließt. Wenn ich richtig verstanden habe, gibt es im Prinzip keine fachliche Infrastruktur, um Falschabrechnungen, egal ob mit Vorsatz oder ohne, im Bereich der Krankenhäuser zu verfolgen und zu ahnden. Die zweite Frage richte ich an Herrn Engelhard. Es wurde über die Schadenssumme spekuliert und ob der von Transparency International ermittelte Betrag richtig ist, ob es sich um einen zweistelligen oder einen einstelligen Milliardenbetrag handelt. Mich würde interessieren, wie die Schadenssummen in der Praxis ermittelt werden. Denn das Gesundheitssystem ist ziemlich intransparent. Sind das Zufallsfunde?

SV **Alexander Badle** (Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main): Bei der Bearbeitung von Ermittlungsverfahren aus dem Krankenhausbereich ist es de facto so, dass wir bei der Generalstaatsanwaltschaft die Ermittlungsverfahren für sämtliche Staatsanwaltschaften in Hessen bearbeiten. Wir sind natürlich sehr stark im konzeptionellen Bereich tätig und schätzen unsere Kernkompetenzen auch realistisch ein. Unser Prinzip der Kernkompetenzen basiert darauf, dass wir bei unseren Er-

mittlungsverfahren immer genau schauen, wo liegt die Kernkompetenz der Staatsanwaltschaft und wo die der Polizei. Zusätzlich müssen Sie bei Ermittlungsverfahren aus dem Bereich der Wirtschaftskriminalität sehr viele andere Kompetenzen dazu kaufen. Dies geschieht klassischer Weise durch die Beauftragung von Sachverständigen. Das bedeutet, dass wir bei den Krankenhausverfahren natürlich Sachverständige, klassischer Weise Medizincontroller, die sich mit dem komplexen Abrechnungssystem im Krankenhausbereich auskennen, beauftragen müssen. Dies geschieht aber nur im Kontext konkreter Ermittlungsverfahren. Das heißt, wir sind nicht pro aktiv tätig, sondern wir erhalten aus unterschiedlichen Bereichen Verdachtsmitteilungen. Im Moment haben wir eine geringe Anzahl von Ermittlungsverfahren und sind dabei, uns in diesen Bereich einzuarbeiten. Es ist ein normaler Vorgang, dass man sich über die Bearbeitung des konkreten Falles die erforderlichen Expertisen erarbeitet.

SV **Jörg Engelhard**: Anzeige erstatten in erster Linie die Geschädigten, die Kostenträger im Gesundheitssystem. In Berlin sind es die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Krankenkassen. Mit ihnen arbeiten wir gut und eng zusammen. Es ist deutlich zu merken, dass durch die Installierung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 81a und 197a SGB V verstärkt Kontrollen durchgeführt werden. Sicher, Polizisten haben oft die Neigung, die Kontrollen auszuweiten. Ich könnte mir auch vorstellen, dass man die Kontrollen anders und vielleicht nicht minder effektiv gestalten kann. Wir werden sicherlich mit den entsprechenden Kostenträgern darüber diskutieren. Zusätzlich gibt es anonyme Anzeigen. Diese stammen oftmals von Fachkollegen oder Ärzten aus der Nachbarschaft, die sich natürlich nicht, das ist nachvollziehbar, als jemand, der einen Kollegen angezeigt hat, brandmarken lassen wollen. Diese Anzeigen haben zumeist einen hohen Sachgehalt. Es ist nicht wie in anderen Bereichen, dass

anonyme Anzeigen kaum verfolgt werden können, sondern sie bieten für uns sehr häufig gute Möglichkeiten nachzufragen. In Berlin haben wir keine Krankenhausverfahren, weil wir keine Strafanzeigen erhalten, das heißt es wird kein bestimmtes Verhalten als Abrechnungsbetrug durch einen Geschädigten angezeigt. Die geschilderten Verfahren stammen alle aus der ambulanten Versorgung. Dabei geht es nicht um Abrechnungen nach Bundespflegegesetzverordnung. Ich bin nicht der Auffassung, dass man dem Krankenhausarzt ein anderes Sozialethos ans Revers heften sollte als dem niedergelassenen Arzt, der täglich bei uns im Visier steht. Das Sozialethos des Arztes, ich spreche als Kriminalbeamter, ist in der Regel höher anzusetzen als beim Kaufmann. Wenn die Krankenkassen und Krankenhäuser das neue DRG-System vollständig durchdrungen haben, werden wir auch Anzeigen aus dem Krankenhausbereich erhalten. Dann werden Graubereiche der Abrechnung vielleicht strafbar sein, die es bisher nicht waren.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass eine nicht unerhebliche Anzahl von Vertragsärzten und Leistungserbringern mit krimineller Energie weiter wirken. Sie fordern deshalb strafrechtliche Rahmenbedingungen. Gerade wurde aber das Gegenteil gesagt. Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik hat sich ähnlich geäußert. Könnten Sie erläutern, wie diese so genannten Machenschaften in der Praxis aussehen, wie sie wirken und vor allen Dingen, welche Änderungen Sie im Strafrecht für notwendig halten?

SV **Jakob Stephan Baschab** (Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha)): Wir begrüßen jede weitere gesetzgeberische Maßnahme zur Korruptionsbekämpfung. Wir haben sehr positive Erfahrungen mit der sozialrechtlichen Regelungen in § 128 SGB V gemacht. Eine erhebliche Anzahl

von Leistungserbringern hatte mit Hörgeräteakustikern entsprechende Vereinbarungen getroffen. Wir nennen sie Bezahlmodelle. Dies wurde durch § 128 zumindest sozialrechtlich verboten und weitestgehend eingestellt. Als Bundesinnung haben wir mit rund 4.500 Mitgliedern einen relativ guten Überblick über das Marktgeschehen. Ich kann Ihnen einen Tatbestand schildern, ob dieser strafrechtlich relevant ist, müssen andere beurteilen. Es ist flächendeckend so, dass Vertragsärzte den GKV-Versicherten erklären, dass die Krankenkassen die Hörgeräteversorgung nicht mehr zahlen. Genau das Gegenteil ist aber der Fall. Die Kassen zahlen und zwar in vollem Umfang. Der Versicherte glaubt dem HNO-Arzt und wird dann privat von einem weiteren, ausgesuchten Leistungserbringer versorgt. Der HNO-Arzt übernimmt diese Leistung nicht selbst. Hierzu haben wir zahlreiche Fälle, die wir auch belegen können. Ein anderer Fall, der um sich greift, ist, dass sich verstärkt Vertragsärzte verdeckt über Treuhänder, Rechtsanwälte oder Familienangehörige bei Hörgeräteakustikern in der Rechtsform einer GmbH oder AG einkaufen. Diese Ärzte verweisen dann den Patienten an ihr eigenes Geschäft. Offenbar ist das aber legal. Denn für den Arzt ist eine Beteiligung nicht verboten. Hinzu kommen gegebenenfalls Kreuzgeschäfte. Das heißt, der HNO-Arzt in Hamburg kauft sich in einem Geschäft in München ein und der Münchner Arzt in Hamburg. Die Ärzte schicken sich gegenseitig die Patienten ins quasi fremde Geschäft. Die Gewinne werden dann halbiert. All diese Dinge finden regelmäßig statt. Für uns als Bundesinnung ist es außerordentlich schwierig, diese Fälle fachlich zu begleiten, obwohl wir wettbewerbsrechtlich unser Bestes geben. In den letzten Jahren ist zwar sozialrechtlich eine Menge passiert, aber auf der strafrechtlichen Ebene ist es auf Grund fehlender fachlicher Expertise oder wegen fehlenden Personals sehr viel schwieriger. Bei einer Verurteilung wegen der Verletzung des Wettbewerbsrechts, unterschreiben Sie, dass Sie den Verstoß nicht wiederholen. Das Verfahren kostet vielleicht 500 Euro. Für den

Arzt ist dann der Fall erledigt. Er macht morgen genauso weiter und der Leistungserbringer auch. Uns fehlt die Expertise um sagen zu können, welche konkreten strafrechtlichen Regelungen wirken könnten. Berufsrechtlich, wettbewerbsrechtlich oder handwerksrechtlich gibt es sicherlich Möglichkeiten, Fehlverhalten zu sanktionieren. Aber dieses Schwert schreckt den korrupten Leistungserbringer und den korrupten Arzt nicht ab. Weil Schlupflöcher vorhanden sind und das strafrechtliche Schwert derzeit jedenfalls nicht schneidet, werden diese Modelle immer stärker praktiziert.

SV Matthias Bauche (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik): Da ich Handwerksmeister und kein Jurist bin, kann ich zu den strafrechtlichen Folgen keine Stellung nehmen. Frau Michels hat es bereits angedeutet, unser Gewerk ist durchaus ein Stück weit anfällig für Fehlverhalten. Dies liegt aber auch an der Einfachheit dieser Vorgänge, wodurch Begehrlichkeiten geweckt werden. Der Arzt schickt seine Patienten und erhält pro Patient zehn Prozent vom Umsatz. Der Phantasie für diese Abmachungen sind keine Grenzen gesetzt. Eine Rechnung, durch die das Handeln belegt werden kann, gibt es jedenfalls selten. Grundsätzlich muss ich allerdings für mein Gewerk sagen, dass wir keine konkreten Zahlen haben und die geschilderten Vorgänge sind Ausnahmefälle und nicht die Regel. Aber dort wo es so ist, haben wir ein gro-

ßes Wettbewerbsproblem. Kollegen ohne solche Abmachungen haben weniger Patienten, weil diese eben direkt zugewiesen oder direkt in einer Praxis versorgt werden. Die Fälle geschehen aber eher im Bereich der Serienproduktion und weniger in der Sonderanfertigung. Hier unterscheiden wir uns ein bisschen von den Hörgeräteakustikern. Den Sonderanfertigungsbereich wollen wir aber hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Ärzten unbedingt geschützt haben. In der Vergangenheit konnten Betriebe, denen Fehlverhalten nachgewiesen wurde, sich in der Regel durch die Zahlung einer bestimmten Summe an die Krankenkassen freikaufen. Die Ärzte waren davon zumeist nicht betroffen. Dies ist schlicht und ergreifend ungerecht. Es müssen beide Parteien ins Obligo genommen werden, nicht nur der Handwerksmeister. Wenn bestraft wird, dann beide Parteien und nicht in Form von Ablassbriefen, sondern durch Zulassungsentzug und eine entsprechende strafrechtliche Verfolgung.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Ich darf mich bei allen Sachverständigen für die Antworten bedanken und bei allen Kollegen für die Fragen. Ich wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg.

Sitzungsende: 16:05 Uhr