

# Krankenhäuser im Wartezimmer der Staatsanwaltschaft

Nicht zuletzt durch die Ereignisse seit dem Sommer 2010 in den Berliner DRK-Kliniken, in deren Verlauf zwei Geschäftsführer und ein Chefarzt verhaftet wurden, ist das Thema des Abrechnungsbetrugs sowie die daraus resultierenden Folgen in Krankenhäusern präsent. Anfang Dezember 2010 einigten sich die Klinik-Geschäftsführung und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin vorerst unter anderem auf eine Honorarrückzahlung in Höhe von 11 Mio. Euro. Ausgangspunkt solcher Entwicklungen ist regelmäßig jeweils ein Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, der sowohl zivilrechtliche als auch strafrechtliche Folgen auslösen kann. Zudem ergeben sich regelmäßig Auswirkungen auf die Jahresabschlüsse der betroffenen Gesellschaften.

ABRECHNUNGSBETRUG · MVZ · PERSÖNLICHE LEISTUNGSERBRINGUNG · KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG

## Handlungsansätze

Die persönliche Leistungserbringung ist im Rahmen der medizinischen Behandlung insbesondere in den Fällen zu beachten, in denen ein Krankenhaus als Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Die Anstellung eines Arztes im MVZ bedarf in jedem Einzelfall der Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 95 Abs. 2 S. 6 SGB V). Somit können im Grundsatz nur die Ärzte mit Anstellungsgenehmigung abrechnungsfähige Leistungen im MVZ erbringen. Daneben gilt im Krankenhaus der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung für persönlich ermächtigte Ärzte sowie für wahlärztliche Leistungen. Der Wahlarzt ist grundsätzlich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet, sofern er auf Grund entsprechender Vereinbarungen stationäre Leistungen gesondert nach § 17 Abs. 1 KHEntgG berechnet. Persönlich nach §§ 95, 116 SGB V i. V. m. § 32 a Ärzte-Zulassungsverordnung ermächtigte Krankenhausärzte können ihre Leistungen – abgesehen von gesetzlich geregelten Vertretungsfällen – nicht an ärztliche Mitarbeiter delegieren, weil sie keine Ärzte anstellen oder Assistenten beschäftigen dürfen. Somit sind auch sie zur höchstpersönlichen Leistungserbringung verpflichtet.

Damit rücken insgesamt z. B. folgende Situationen in den Blickpunkt:

- unzulässige Delegation an Assistenz-/Oberärzte im Fall des einzuhaltenden Facharztstandards
- Leistungserbringung im Rahmen persönlicher Ermächtigungen von Krankenhausärzten durch nicht ermächtigte Ärzte
- Leistungserbringung ohne erforderliche besondere personengebundene Abrechnungsgenehmigungen
- Leistungserbringung im MVZ ohne Anstellungsgenehmigung
- Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen
- Erbringung wahlärztlicher Leistungen von nicht wirksam in die Wahlarzt-Kette einbezogenen Ärzten

Insbesondere die sogenannten „patientenfernen“ Fachrichtungen wie beispielsweise Labormedizin, Strahlentherapie und Radiologie sind für einen Verstoß gegen die persönliche Leistungserbringung anfällig, da auf Grund technischer Untersuchungsverfahren zum Teil kein direkter Arzt-Patienten-Kontakt zu Stande kommt.

## Potenziell betroffener Personenkreis

Im Rahmen der medizinrechtlichen und haftungsrechtlichen Würdigung der Erbringung persönlicher Leistungen können unterschiedliche Personen betroffen sein. Zu nennen sind hier zunächst angestellte Ärzte, Assistenten und Vertreter. Da für die innerbetriebliche Organisation die ärztliche und kaufmännische Führungsebene zuständig ist, bilden sich Verstöße derivativ regelmäßig auch auf dieser Ebene ab.

## Aufdeckungspotenzial

Anlass weitergehender Prüfungen können z. B. folgende Situationen sein:

- Gegen einen MVZ-Abrechnungsbescheid wird Widerspruch erhoben, so dass die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Abrechnungsunterlagen eingehend prüft.
- Teilweise führen die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits im Rahmen der Honorarabrechnung sowohl für das MVZ als auch für ermächtigte Ärzte sogenannte Plausibilitätskontrollen durch. Hierbei ist das Verhältnis der abgerechneten Leistungen zu den Prüfwerten aus Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes entscheidend. Als Aufgreifkriterien gelten grundsätzlich eine Überschreitung von 780 Stunden im Quartalsprofil und/oder von über 12 Stunden im Tagesprofil an mindestens 3 Tagen pro Quartal. Diese Maßstäbe gelten für einen vollen Versorgungsauftrag; bei ermächtigten Krankenhausärzten liegen die Aufgreifschwelle entsprechend darunter.
- Teilweise wenden sich ehemalige Mitarbeiter (anonym) direkt an die Kassenärztliche Vereinigung, die Polizei oder die Staatsanwaltschaft und teilen Auffälligkeiten mit.

## Drohende Folgen

Wird ein unrechtmäßiges Verhalten festgestellt, so setzt die Kassenärztliche Vereinigung regelmäßig umgehend die Anweisung der Abschlagszahlungen aus. Gleichzeitig werden Honorarrückforderungsansprüche geltend gemacht. Bei entsprechend schweren Fällen droht zudem die Entziehung der Zulassung – dies entweder arztbezogen oder aber auch MVZ-bezogen.

Strafrechtlich ist ein Vorgehen gegen die Geschäftsführung, den Vorstand, den Aufsichtsrat eines Krankenhauses bzw. die

ärztliche oder kaufmännische Leitung eines MVZ wegen bandenmäßigen und/oder gewerbsmäßigen Betrugs denkbar. Wurden nicht abrechnungsfähige Leistungen vergütet, stellt dies eine rechtswidrige Vermögensverfügung dar. Nur vordergründig kann dem entgegengehalten werden, dass die Leistungen auch tatsächlich erbracht wurden. Denn im Sozialversicherungsrecht herrscht eine streng formale Betrachtungsweise. Genügt die Leistung auch in Teilbereichen nicht den gesetzlichen Anforderungen, so ist sie insgesamt nicht erstattungsfähig. Wird ein Patient durch Assistenzärzte behandelt, obwohl die Behandlung grundsätzlich nach Facharztstandard hätte erfolgen müssen, ist ein Vorgehen wegen Erfüllung des Tatbestandes der Körperverletzung denkbar. Der Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung kann aber auch unter sozialversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten zu würdigen sein. Zudem droht insgesamt einrichtungsspezifisch die rückwirkende Aberkennung der Gemeinnützigkeit.

### Auswirkungen im Jahresabschluss der Gesellschaft

Spätestens nach Aufgreifen des unrechtmäßigen Abrechnungsverhaltens durch die KV ergeben sich auch Auswirkungen auf den Jahresabschluss des Krankenhauses oder MVZ.

Handelsrechtlich ist immer dann die Dotierung einer Rückstellung für ungewisse Verbindlichkeiten nach § 249 Abs. 1 S. 1 HGB geboten, wenn eine Vermögensminderung droht, diese bis zum Ende des Geschäftsjahres verursacht ist und mehr Gründe für als gegen den Eintritt sprechen. Diese Voraussetzungen sind regelmäßig dann erfüllt, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass sich aus anstehenden Prüfungen der KV Honorarrückforderungen ergeben. Konkret geltend gemachte Rückforderungsansprüche müssen hierzu noch nicht vorliegen. Ein später zugegangener korrigierter Abrechnungsbescheid stellt regelmäßig nur ein wertaufhellendes Ereignis dar, das die Höhe der Rückstellung konkretisiert.

Unabhängig von Rückforderungsansprüchen hat ein drohender Zulassungsentzug allein unmittelbar zunächst keine bilanziellen Auswirkungen auf die Rechnungslegung für das abgeschlossene Geschäftsjahr, da er nur in die Zukunft wirkt. Ist die Zulassung jedoch wesentlich für die Geschäftstätigkeit der Gesellschaft (i. d. R. bei einem rechtlich eigenständigen MVZ), steht damit jedoch die Fortführung der Gesellschaft in Frage. In diesem Fall ist zu prüfen, ob die Bewertung der Vermögensgegenstände und Schulden im Jahresabschluss weiterhin unter der Annahme der Unternehmensfortführung erfolgen kann (vgl. § 252 Abs. 1 Nr. 2 HGB) oder ob auf Grund der unausweichlichen Einstellung der Geschäftstätigkeit Liquidationswerte anzusetzen sind. Gleiches gilt im Übrigen, wenn auf Grund der Höhe der Honorarrückforderungsansprüche eine Fortführung der Gesellschaft nicht mehr möglich ist.

### FAZIT

Sofern im Krankenhaus

- Wahlleistungsvereinbarungen geschlossen werden,
  - ermächtigte Krankenhausärzte tätig sind,
  - Leistungen durch Assistenzärzte vorgenommen werden, die dem Facharztstandard unterfallen könnten
- oder das Krankenhaus Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums ist, empfiehlt sich eine Analyse der konkreten Leistungs- und Abrechnungsabläufe. Dabei ist eine Auswertung je abgerechneter Leistung unter Begutachtung der Delegationsfähigkeit einzelner Handlungsabschnitte, des Leistungsanteils der beteiligten Ärzte sowie der hierfür angesetzten Abrechnungsgebühr vorzunehmen.

Wurden im Ergebnis Leistungen ungerechtfertigt abgerechnet und drohen Honorarrückforderungsansprüche der KV, so sind hierfür Rückstellungen im Jahresabschluss des Krankenhauses bzw. MVZ zu bilden. Bei wesentlichen Beträgen oder gar drohendem Zulassungsentzug kann eine akute Bestandsgefährdung der Einrichtung vorliegen, die unter Umständen eine Abkehr von der Annahme der Unternehmensfortführung erforderlich macht. Es empfiehlt sich hier, Rücksprache mit dem beauftragten Abschlussprüfer zu halten.

Ob darüber hinaus festgestellte Verfehlungen in der Vergangenheit „offenkundig“ gemacht werden sollten, ist eine Einzelfallentscheidung und bedarf einer eingehenden Prüfung unter Abwägung sämtlicher daraus erwachsender Vor- und Nachteile. Zumindest für die Zukunft lassen sich Haftungsbefreiungen auf Führungsebene zum Teil durch Arbeitsanweisungen beispielsweise zu Aufklärung/Behandlung durch Assistenzärzte oder Delegation von Leistungen verbunden mit einer engmaschigen Kontrolle vermeiden.

#### Claudia Mareck

Rechtsanwältin  
CURACON Weidlich  
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH  
Tel. 02 51/53 03 50-0  
claudia.mareck@curacon-recht.de

#### Marco Sander

Wirtschaftsprüfer/Steuerberater  
CURACON GmbH  
Tel. 07 11/2 55 87-25  
marco.sander@curacon.de