



**Im Namen des Volkes**

**U r t e i l**

**In der Strafsache**

**gegen**

Dr. [REDACTED] P [REDACTED]

geb. am [REDACTED] in [REDACTED]

wohnhaft [REDACTED]

verheiratet, Deutscher

wegen Betrugs u.a.

hat die 4. Große Strafkammer des Landgerichts in Saarbrücken in der Haupt-  
verhandlung vom **19.05.2011**, an der teilgenommen haben:

Vorsitzender Richter am Landgericht [REDACTED]  
-- als Vorsitzender --

Richter am Landgericht [REDACTED]  
Richter am Landgericht [REDACTED]  
-- als beisitzende Richter --

[REDACTED]  
[REDACTED]  
-- als Schöffen --

Staatsanwalt [REDACTED]  
Staatsanwältin [REDACTED] (23.09.2010)  
-- als Vertreter der Staatsanwaltschaft --

Rechtsanwalt [REDACTED]  
Rechtsanwalt [REDACTED]  
-- als Verteidiger --

Justizsekretär [REDACTED]  
-- als Urkundsbeamter der Geschäftsstelle --

für Recht erkannt:

I. Der Angeklagte ist des Betruges in 20 Fällen, der Beihilfe zum zwanzigfachen Betrug sowie des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse in drei Fällen schuldig.

II. Er wird deswegen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von

***drei Jahren und neun Monaten***

verurteilt.

III. Von der verhängten Gesamtfreiheitsstrafe gelten sechs Monate als vollstreckt.

IV. Bezüglich der Tatvorwürfe zu den Ziffern 4 und 7 aus der Anklageschrift der Staatsanwaltschaft Saarbrücken vom 26.07.2007 (04 Js 1998/05) wird das Verfahren eingestellt.

V. Der Angeklagte trägt die Kosten des Verfahrens, soweit er verurteilt wurde. Soweit das Verfahren eingestellt wurde, trägt die Landeskasse die Kosten des Verfahrens und die notwendigen Auslagen des Angeklagten.

**Angewendete Vorschriften:** §§ 263 Abs. 1, 278, 27, 49, 52, 53, 78  
StGB

## Inhaltsübersicht zu den Urteilsgründen

Gliederungspunkt	Seitenzahl
<b>"Vorspann"</b>	<b>8</b>
<b>I. Feststellungen zur Person</b>	<b>10</b>
1. <i>Lebenslauf und Werdegang</i>	10
2. <i>Vorstrafen</i>	11
a) Landgericht Karlsruhe vom 18.03.1985	11
b) Amtsgericht Karlsruhe vom 02.06.1992	12
c) Amtsgericht Friedberg vom 19.03.2002	12
3. <i>Erlittene Untersuchungshaft im vorliegenden Verfahren</i>	12
<b>II. Feststellungen zur Sache</b>	<b>13</b>
1. <i>Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse</i>	13
a) Fall ■■■■■ St ■■■■■	13
b) Fall ■■■■■ Sch ■■■■■ (§ 260 Abs. 3 StPO)	18
c) Fall ■■■■■ G ■■■■■	21
d) Fall ■■■■■ H ■■■■■ (§ 260 Abs. 3 StPO)	26
e) Fall ■■■■■ R ■■■■■	28
2. <i>Beihilfe zum (vertragsärztlichen) Abrechnungsbetrug des gesondert verfolgten Orthopäden ■■■■■ E ■■■■■</i>	32
3. <i>Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrug des Angeklagten in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005</i>	37
a) Einreichen der (unrichtigen) Quartalerklärungen für die Quartale 2/2000 bis 1/2005 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland	40
b) Prüfung der Honorarabrechnungen ("Sammelerklärungen") durch die Kassenärztlichen Vereinigung Saarland	43
c) Festsetzung und Auszahlung des Honorars durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland	43

d) Der durch den Angeklagten verursachte (konkrete) Schaden in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005	44
e) Der hochgerechnete Schaden	45
f) Die einzelnen – patientenbezogenen – vorsätzlichen Falschabrechnungen des Angeklagten in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005	47
g) Regressforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland gegen den Angeklagten	255
h) (Bisherige) Berufsrechtliche Folgen für den Angeklagten	256
(1) Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung	256
(2) Bisherige und zu erwartende Maßnahmen der zuständigen Approbationsbehörde	259

### **III. Feststellungsgrundlagen** 259

1. <i>Einlassung des Angeklagten</i>	259
2. <i>Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse</i>	260
a) Fall ■■■■■ St ■■■■■	261
b) Fall ■■■■■ Sch ■■■■■ (§ 260 Abs. 3 StPO)	262
c) Fall ■■■■■ G ■■■■■	263
d) Fall ■■■■■ H ■■■■■ (§ 260 Abs. 3 StPO)	265
e) Fall ■■■■■ R ■■■■■	266
3. <i>Beihilfe zum Abrechnungsbetrug des gesondert verfolgten Orthopäden ■■■■■ E ■■■■■</i>	268
4. <i>Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrug des Angeklagten in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005</i>	270
a) Einlassung des Angeklagten	272
b) Würdigung der Einlassung des Angeklagten	274
c) Einreichen der (unrichtigen) Quartalserklärungen für die Quartale 2/2000 bis 1/2005 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland	276
d) Prüfung der Honorarabrechnungen ("Sammelerklärungen") durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland	277
e) Festsetzung und Auszahlung des Honorars durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland	278
f) Die einzelnen – patientenbezogenen – vorsätzlichen Falschabrechnungen des Angeklagten in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005	278

g) Die – patientenbezogene – Berechnung des (konkreten) Schadens in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005	380
h) Hochrechnung des Schaden	383
(1) Allgemeines	383
(2) Auswahl und Umfang der Stichprobe (Größe und Repräsentativität)	384
(3) Gleichförmigkeit des (betrügerischen) Abrechnungsverhaltens des Angeklagten im Tatzeitraum	387
(4) Mathematisch-statistische Berechnungsmethode	390
i) Regressforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland gegen den Angeklagten	392
j) Bisherige und zu erwartende berufsrechtliche Folgen für den Angeklagten	393

#### **IV. Rechtliche Würdigung** 394

1. <i>Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB)</i>	394
a) Schuldspruch in drei Fällen (Fälle "St", "G" und "R")	394
b) Einstellung infolge (absoluter) Verjährung in zwei Fällen (Fälle "Sch" und "H")	396
2. <i>Beihilfe zum Abrechnungsbetrug des gesondert verfolgten Orthopäden E (§§ 263 Abs. 1, 27 StGB)</i>	397
3. <i>Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrug des Angeklagten in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 (§ 263 Abs. 1 StGB)</i>	398
a) Zur Abrechnungsfähigkeit einzelner Gebührenziffern des EBM	398
b) Täuschungshandlung	401
c) Irrtum und Vermögensverfügung	402
d) Schaden	402
e) Vorsatz und Bereicherungsabsicht	403
f) Konkurrenzen	404

#### **V. Strafzumessung** 404

1. <i>Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse</i>	404
2. <i>Beihilfe zum (vertragsärztlichen) Abrechnungsbetrug</i>	405
a) Strafraumen	405

b) Konkrete Strafzumessung	405
3. <i>Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrug in 20 Fällen</i>	407
a) Strafraumen	407
b) Konkrete Strafzumessung und Einzelstrafen	407
4. <i>Gesamtstrafenbildung</i>	411
<b>VI. Vollstreckungsabschlag aufgrund rechtsstaatswidriger Verfahrensverzögerung</b>	<b>412</b>
1. <i>Verfahrensverlauf und Dauer der rechtsstaatswidrigen Verfahrensverzögerung</i>	412
a) Verfahrensverlauf	412
b) Dauer der rechtsstaatswidrigen Verfahrensverzögerung	415
2. <i>Höhe des vorgenommenen Vollstreckungsabschlages</i>	417
<b>VII. Verfallsanordnung</b>	<b>418</b>
<b>VIII. Berufsverbot (§ 70 StGB)</b>	<b>419</b>
1. <i>Materielle Anordnungsvoraussetzungen</i>	419
2. <i>Ermessensausübung</i>	421
<b>IX. Kostenentscheidung</b>	<b>423</b>

## Gründe

Der Angeklagte, ein früherer Landtagsabgeordneter, rechnete als von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zugelassener Vertragsarzt in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 (20 selbständige Taten) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland in großem Umfang Gebührensatz des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bewusst falsch ab, obwohl die den Gebührensatz zugrunde liegenden ärztlichen Leistungen entweder überhaupt nicht erbracht worden waren ("Luftsatz") oder die von der Leistungslegende geforderten Dokumentationspflichten nicht erfüllt und die Gebührensatz daher – wie der Angeklagte wusste – nicht vollständig erbracht und damit nicht abrechnungsfähig waren. Zudem rechnete der Angeklagte bei zahlreichen "Substitutionspatienten" die im EBM hierfür vorgesehenen Gebührensatz bewusst zu Unrecht ab, obwohl der erforderliche persönliche Arzt-Patienten-Kontakt nicht erfolgt war, sondern der Angeklagte die Substitutionsbehandlung nahezu vollständig (unzulässigerweise) auf sein nichtärztliches Personal delegierte, das die Substitutionsvergabe weitgehend ohne ärztliche Aufsicht in eigener Verantwortung durchführte.

Der durch den Angeklagten im Tatzeitraum verursachte Gesamtschaden beläuft sich dabei auf insgesamt knapp 400.000 €. Die Ermittlung der Schadenshöhe durch die Kammer beruht dabei im Grundsatz auf einer Auswertung der Gebührenabrechnungen von 100 zufällig ausgewählten gesetzlich Versicherten, die in der Hauptverhandlung größtenteils vernommen worden sind. Zusätzlich wurden die jeweiligen Krankenblätter (Behandlungsdokumentationen) sowie teilweise weitere Beweismittel herangezogen und anschließend der durch vorsätzliche Falschabrechnungen verursachte Schaden in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 konkret berechnet. Aufbauend auf dieser konkreten Schadensberechnung, die vorsätzliche Falschabrechnungen im gesamten Tatzeitraum umfasst, wurde unter Berücksichtigung der in BGHSt 36, 320 gemachten Vorgaben und mit Hilfe des Sachverständigen Prof. Dr. F. [REDACTED] Inhaber des Lehrstuhls für Angewandte Mathematische Statistik an der Technischen Universität K. [REDACTED], eine Schadenshochrechnung durchgeführt, die hinsichtlich der zugrunde lie-



genden Parameter jeweils von den für den Angeklagten günstigsten Annahmen ausgeht und in mathematisch-statistischer Hinsicht einen Mindestschaden in Form eines "Garantieschadens" ausweist, der ein Sicherheitsniveau von 99,5 % erreicht.

Darüber hinaus stellte der Angeklagte dem mit ihm befreundeten Orthopäden ■■■■■ E■■■■■ die Stammdaten von insgesamt 112 gesetzlich Versicherten zur Verfügung. Die Datenübermittlung an den Orthopäden E■■■■■ diente diesem – wie der Angeklagte wusste – allein dazu, um in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 ebenfalls (vertragsärztliche) Gebührensatzungen des EBM gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen zu können, obwohl bei keinem der 112 gesetzlich Versicherten ärztliche Leistungen erbracht worden waren ("Luftziffern"). Durch die Falschabrechnungen des Orthopäden E■■■■■ die dem Angeklagten in ihrem Umfang jedoch nicht im Einzelnen bekannt waren, entstand ein Schaden in Höhe von etwa 8.000 €.

Zudem stellte der Angeklagte in den Jahren 2001 und 2003 fünf verschiedenen Personen, mit denen er teilweise persönlich bekannt war, bewusst unrichtige Gesundheitszeugnisse (ärztliche [Kurz-]Gutachten und Bescheinigungen) aus, die – was der Angeklagte wusste – in der Folge bei unterschiedlichen Behörden vorgelegt werden sollten. Zwei dieser Fälle hat die Kammer nach Ablauf der (absoluten) Verjährungsfrist gemäß § 260 Abs. 3 StPO eingestellt.

Der Angeklagte war lediglich hinsichtlich der Beihilfe zum Abrechnungsbetrug des Orthopäden ■■■■■ E■■■■■ vollumfänglich geständig. Bezüglich der Tatvorwürfe des vertragsärztlichen Abrechnungsbetruges in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 hat der Angeklagte Falschabrechnungen bei insgesamt acht gesetzlich Versicherten eingeräumt, die Tatvorwürfe im Übrigen jedoch bestritten. Zu den Tatvorwürfen des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse hat sich der Angeklagte demgegenüber nicht eingelassen.

Einen weiteren Tatkomplex, in welchem dem Angeklagten vorgeworfen worden war, in 108 Einzelfällen "Luftrezepte" über – überwiegend hochpreisige – Medi-

kamente im Gesamtwert von etwa 125.000 € ausgestellt, sodann im Zusammenwirken mit einem Apotheker zu Unrecht abgerechnet und sich den Gewinn geteilt zu haben, hat die Kammer aus verfahrensökonomischen Gründen gemäß § 154 Abs. 2 StPO eingestellt.

## **I. Feststellungen zur Person**

### **1. Lebenslauf und Werdegang**

Der Angeklagte wurde am [REDACTED] als Kind der Eheleute [REDACTED] und [REDACTED] P [REDACTED] in [REDACTED] geboren. Er hat einen fünf Jahre jüngeren Bruder. Er ist seit dem 31.12.1999 verheiratet und Vater eines im April 2001 geborenen Sohnes.

Nach der Grundschule besuchte der Angeklagte das Gymnasium in R [REDACTED] [REDACTED] bei [REDACTED], wo er im Jahr 1981 das Abitur ablegte. Im Anschluss immatrikulierte sich der Angeklagte an der Universität in [REDACTED] und belegte zunächst die Masterstudiengänge Psychologie und Soziologie. Das Studium schloss der Angeklagte jedoch nicht ab. In dieser Zeit war der Angeklagte bereits in der Jungen Union politisch aktiv.

Ab dem Jahr 1983 studierte der Angeklagte – während er inhaftiert war – zusätzlich Human- und Zahnmedizin an der Universität des [REDACTED]. Während er das zahnmedizinische Studium nicht abschloss, erreichte der Angeklagte im Jahr 1993 den Studienabschluss im Bereich Humanmedizin. Im Jahr 1994 promovierte der Angeklagte.

Nach dem Studium war der Angeklagte zunächst als Assistenzarzt im [REDACTED] Krankenhaus in [REDACTED] tätig, bis er sich 1996 als praktischer Arzt niederließ. Zwischen 1994 und 1999 war der Angeklagte Mitglied des saarländischen Landtags für die Partei [REDACTED]. Auch heute ist der Angeklagte noch kommunalpolitisch tätig. Anfang 2000 zog er mit seiner Praxis in die Nähe des Hauptbahnhofes in [REDACTED] um und eröffnete eine

"Substitutionspraxis". Zwischenzeitlich erwarb er die Qualifikation eines Facharztes für Allgemeinmedizin. Ab dem 01.07.2004 führten der Angeklagte und sein Bruder die Praxis als Gemeinschaftspraxis weiter. Aufgrund der Tatvorwürfe im vorliegenden Strafverfahren wurde dem Angeklagten im Jahr 2005 die vertragsärztliche Zulassung entzogen. Zudem ordnete die zuständige Approbationsbehörde das Ruhen seiner Approbation an.

Derzeit arbeitet der Angeklagte nach eigenen Angaben als Außendienstmitarbeiter eines medizinischen Labors und bezieht ein geregeltes Einkommen, so dass er nicht auf staatliche Transferleistungen angewiesen ist. Die Höhe seines Einkommens wollte der Angeklagte, der zusammen mit seiner Ehefrau in geordneten Verhältnissen in einem Einfamilienhaus in [REDACTED] lebt, nicht mitteilen. Die Kammer geht jedoch davon aus, dass er über ein freies Einkommen von monatlich mindestens 2.500 € verfügt.

## **2. Vorstrafen**

### **a) Landgericht Karlsruhe vom 18.03.1985**

Am 18.03.1985 sprach das Landgericht Karlsruhe den Angeklagten wegen Betruges in 42 Fällen, davon in 5 Fällen in Tateinheit mit Urkundenfälschung, versuchten Betruges in 12 Fällen, davon in 6 Fällen in Tateinheit mit Urkundenfälschung und in einem Fall in Tateinheit mit Vortäuschen einer Straftat, Urkundenfälschung in drei Fällen, falscher uneidlicher Aussage, Diebstahls, vorsätzlichen Verstoßes gegen § 15 Fernmeldeanlagen-gesetz sowie Verstoßes gegen § 82 Abs. 1 GmbH-Gesetz für schuldig. Es verurteilte den Angeklagten deswegen – unter Freisprechung im Übrigen – zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von vier Jahren. Das Urteil war seit dem 17.04.1985 rechtskräftig.

Nach Teilverbüßung wurde der Strafreist zunächst bis zum 16.07.1990 zur Bewährung ausgesetzt. Nach Verkürzung der Bewährungszeit bis zum 16.01.1990 wurde die Strafe mit Wirkung vom 20.02.1990 erlassen.

**b) Amtsgericht Karlsruhe vom 02.06.1992**

Am 02.06.1992 verurteilte das Amtsgericht Karlsruhe den Angeklagten wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Geldstrafe von 15 Tagessätzen zu je 10,00 DM. Die Entscheidung ist seit dem 23.09.1992 rechtskräftig.

**c) Amtsgericht Friedberg vom 19.03.2002**

Am 19.03.2002 verurteilte das Amtsgericht Friedberg den Angeklagten wegen Beleidigung zu einer Geldstrafe von 8 Tagessätzen zu je 50,00 €. Die Entscheidung ist seit dem 02.05.2002 rechtskräftig.

**3. *Erlittene Untersuchungshaft im vorliegenden Verfahren***

Im vorliegenden Verfahren wurde der Angeklagte am 18.07.2005 vorläufig festgenommen und befand sich aufgrund Haftbefehls des Amtsgerichts Saarbrücken vom 15.07.2005 (7 Gs 3677/04) in der Zeit vom 18.07.2005 bis zum 10.08.2005 in Untersuchungshaft in der Justizvollzugsanstalt Saarbrücken. Der Haftbefehl wurde – nachdem der Angeklagte die Tatvorwürfe pauschal eingeräumt hatte – durch Beschluss des Amtsgerichts Saarbrücken vom 10.08.2005 gegen Auflagen außer Vollzug gesetzt und durch Beschluss der Kammer vom 10.12.2007 aufgehoben.

## **II. Feststellungen zur Sache**

Die Hauptverhandlung hat zu folgenden Feststellungen geführt:

### **1. Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse**

Der Angeklagte stellte in den Jahren 2001 und 2003 fünf verschiedenen Personen, mit denen er teilweise persönlich bekannt war, bewusst unrichtige Gesundheitszeugnisse (ärztliche [Kurz-]Gutachten und Bescheinigungen) aus, die – was der Angeklagte wusste – in der Folge bei unterschiedlichen Behörden vorgelegt werden sollten. Zwei dieser Fälle hat die Kammer nach Ablauf der (absoluten) Verjährungsfrist gemäß § 260 Abs. 3 StPO eingestellt.

#### **a) Fall ■■■■■ St■■■■■ ("Suchtmedizinisches Kurzgutachten" vom 13.08.2001)**

Am 13.08.2001 stellte der Angeklagte dem Zeugen ■■■■■ St■■■■■ ein „Suchtmedizinisches Kurzgutachten zur Verwendung in einem Gerichtsprozess“ aus, in dem er dem Zeugen bewusst der Wahrheit zuwider bescheinigte, dass er sich seit etwa drei Monaten in seiner ständigen ärztlichen Behandlung befinde und er mehrfach Laborwerte erhoben und dokumentiert habe, die sämtlich die Drogenfreiheit des Zeugen bestätigten, obwohl sich der Zeuge erstmalig am 02.08.2001 in der Praxis des Angeklagten vorgestellt hatte und nur an diesem Tage ein (negativer) Drogentest auf verschiedene Substanzen durchgeführt worden war.

Anlass für das Ausstellen des inhaltlich unrichtigen Kurzgutachtens war, dass der Zeuge St■■■■■ von seinem Rechtsanwalt aufgefordert worden war, dem Amtsgericht Aachen seine Drogenfreiheit anlässlich einer Verhandlung am 17.08.2001 nachzuweisen. Aus diesem Grunde suchte der Zeuge die Praxis des Angeklagten am 02.08.2001 erstmals auf. Nachdem der Zeuge St■■■■■

dem Angeklagten mitgeteilt hatte, dass er für einen Gerichtstermin ein Gutachten benötige, das ihm Drogenfreiheit attestiere, erstellte der Angeklagte das Gutachten vom 13.08.2001, um das Gericht einerseits über die Behandlungsdauer und andererseits über den Umstand zu täuschen, dass bei dem Zeugen erst ein Mal ein negativer Drogentest durchgeführt worden ist.

In dem „Suchtmedizinischen Kurzgutachten zur Verwendung in einem Gerichtsprozess“ vom 13.08.2001, das an den Rechtsanwalt des Zeugen [REDACTED] St. [REDACTED] gerichtet ist, heißt es unter anderem:

*„(Der Unterzeichner ist Facharzt für Allgemeinmedizin und verfügt über die von der Ärztekammer des Saarlandes und von der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes verliehenen Fachkunden der suchtmmedizinischen und der psychosomatischen Grundversorgung sowie der verkehrsmedizinischen Begutachtung. Außerdem ist er zur Durchführung von drogensubstituierenden Therapien nach den BUB-Behandlungsrichtlinien der Bundesärztekammer qualifiziert.)*

#### **Epikrise**

*Der vormals polytoxikomane Patient [REDACTED] St. [REDACTED] geb. [REDACTED], ist seit etwa drei Monaten in meiner ständigen ärztlichen Behandlung.*

*Der Patient wird psychosomatisch und allgemeinärztlich betreut, nachdem er seit Beginn dieses Jahres drogenabstinent ist.*

*In Ihrem Auftrag habe ich darüber hinaus in den vergangenen Wochen Laborwerte zur Sicherung des Abstinenzverhaltens erhoben.*

*[...]*

#### **Serologie**

*Die routinemäßig erhobenen Laborwerte wurden mit dem Ultimed-Drogenscreening-Test der dritten Generation erhoben und waren sämtlich negativ:*

*Mehrfach getestet wurden Alkohol, THC, Benzodiazepine, Heroin, Morphine, Kokain, Amphetamine und Metamphetamine, tricyclische Antidepressiva und Phencyclidine.*

*Der Patient nimmt nachweislich keine Drogen zu sich.*

*Die Untersuchungen fanden am körperwarmen Urin statt, der unter Sicht abgegeben wurde.*

#### **Ergebnis**

*Zusammenfassend kann dem Patienten über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten ein wirksam verhaltensgesteuertes und normgerecht selbstkritisches Leben bei vollständiger gesellschaftlicher Integration bescheinigt werden.*

*Der vormals drogenkranke Patient lebt seit über einem halben Jahr durchgängig abstinent, die Gefahr eines Rückfalls ist nach hiesiger Einschätzung weit unterdurchschnittlich.*

[...]

*Sein ambulant substitutionsgestützter Drogenentzug war erfolgreich und ist durch die Flankierung seitens der einschlägigen Laborwerterhebung durchgängig dokumentiert.*

*Der Patient ist mithin qua definitionem stabil drogenfrei.*

[...]

Dabei ist nicht nur die Aussage, dass sich der Zeuge St[REDACTED] seit etwa drei Monaten in der ärztlichen Behandlung des Angeklagten befand, unzutreffend, sondern auch die Aussage, dass mehrfach Laborwerte bezüglich Alkohol, THC, Benzodiazepine, Heroin, Morphine, Kokain, Amphetamine und Metamphetamine, tricyclische Antidepressiva und Phencyclidine erhoben worden sind. Denn in Wahrheit wurde lediglich am ersten Behandlungstag, dem 02.08.2001, ein Drogentest durchgeführt, wobei der Zeuge auf Amphetamine, Metamphetamin, Benzodiazepine, THC, Kokain, Methadon, Opiate, Barbiturate und Phencyclidin (negativ) getestet wurde.

Das Gutachten vom 13.08.2001 wurde durch den Angeklagten in der Folge ohne weitere Laborwerterhebungen oder Drogentests erstellt. In dem Krankenblatt findet sich diesbezüglich am 09.08.2001 zudem folgender Eintrag:

*„Gutachten muss gemacht werden, dass er drogenfrei ist und weg ist und sich auseinandergesetzt hat 300 Mark, Aachen 11 Uhr – nächsten Freitag“*

Das „suchtmedizinische Kurzgutachten“ legte der Zeuge St[REDACTED] mit Wissen des Angeklagten dem Amtsgericht Aachen in der Hauptverhandlung vom 17.08.2001 vor. Das Amtsgericht verurteilte den Zeugen St[REDACTED] am selben Tage wegen unerlaubten Handeltreibens mit Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge in Tateinheit mit unerlaubter Einfuhr von Betäubungsmitteln in Tateinheit mit unerlaubtem Erwerb von Betäubungsmitteln zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren. Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe setzte das Gericht zur Bewährung aus.

Sowohl bei der Bemessung der verhängten Strafe als auch bei der Entscheidung über die Strafaussetzung zur Bewährung wurde das Gutachten des Angeklagten von dem Amtsgericht Aachen berücksichtigt. So enthalten die (abgekürzt abgefassten) schriftlichen Urteilsgründe des Amtsgerichts Aachen unter anderem folgende Feststellung:

*„Der Angeklagte befindet sich zwischenzeitlich bei Dr. med. P. in in ärztlicher Behandlung seiner Drogenabhängigkeit. Ausweislich eines zur Akte gereichten Arztberichtes vom 13.08.2001 sind die von Dr. P. bei dem Angeklagten durchgeführten Urinkontrollen seit geraumer Zeit negativ ausgefallen.“*

Hinsichtlich der Rechtsfolgenentscheidung enthalten die schriftlichen Urteilsgründe folgende Begründung:

*„Das Gericht hat die Strafe dem Rahmen des § 30 Abs. 2 BtmG entnommen, da – noch – ein minder schwerer Fall der unerlaubten Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge vorliegt. Diese Wertung gründet sich darauf, dass der Angeklagte geständig und einsichtig ist, er als Betäubungsmittelkonsument in besonderem Maße tatgeneigt war, die eingeschmuggten Betäubungsmittel noch an der deutsch-niederländischen Grenze sicher gestellt werden konnten, der Angeklagte seit geraumer Zeit nicht mehr wegen Betäubungsmitteldelikten in Erscheinung getreten ist und überdies nach der hier festgestellten Straftat ernsthafte Bemühungen zur Überwindung seiner Drogenabhängigkeit unternommen hat. Die vorstehenden Aspekte überwiegen bei der gebotenen Gesamtbetrachtung – knapp – diejenigen Gesichtspunkte, welche hier gegen einen minder schweren Fall sprechen, nämlich die Natur der eingeschmuggten Betäubungsmittel als Heroin und damit einer besonders harten gefährlichen Droge, die Überschreitung des Grenzwertes zur nicht geringen Menge um das mehr als 10-fache, die einschlägige Vorbelastungen sowie der Umstand, dass ein Drittel des eingeschmuggten Rauschgiftes zum Weiterverkauf bestimmt war.“*

*Innerhalb des damit eröffneten Strafrahmens war aufgrund der gegen einen minder schweren Fall sprechenden Aspekte die gesetzliche Mindeststrafe von 3 Monaten deutlich auf eine insgesamt gebotenen, aber auch ausreichende Freiheitsstrafe von*

**2 Jahren**

*anzuheben.*

*Die Vollstreckung dieser Freiheitsstrafe kann noch einmal, wenn auch nicht ohne Bedenken, zur Bewährung ausgesetzt werden. Für eine günstige Sozialprognose im Sinne von § 56 Abs. 1 StGB spricht, dass der Angeklagte geständig und einsichtig ist sowie ernsthafte Schritte zur Überwindung seiner Drogensucht unternommen hat. Auch waren die familiäre sowie die labile gesundheitliche Situation des Angeklagten angemessen zu berücksichtigen. Insgesamt lassen sich deshalb auch die besonderen Umstände im Sinne von § 56 Abs. 2 StGB bejahen, welche hier für eine Strafaussetzung zur Bewährung erforderlich sind.“*



Obwohl der Zeuge St. [REDACTED] das Gutachten privat bezahlen musste, rechnete der Angeklagte am 09.08.2001 im Zusammenhang mit der Erstellung des Gutachtens gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland die Gebührenziffern 2 (Konsultationsgebühr) und 850 (Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als vermeintliche vertragsärztliche Leistung ab, obwohl er wusste, dass diese Leistungen nicht als "Kassenleistungen" honorierungsfähig waren.

Zudem erstellte der Angeklagte am 25.02.2002 ein Schreiben, das er an das Medizinisch-Psychologische Institut des TÜV Süddeutschland richtete und in dem er dem Zeugen St. [REDACTED] bewusst der Wahrheit zuwider bescheinigte, dass bei diesem am 18.04. und 13.06.2001 (negative) Drogentests durchgeführt worden seien, obwohl sich der Zeuge erstmals am 02.08.2001 in der Praxis des Angeklagten vorgestellt hatte.

Auch im Zusammenhang mit der Erstellung des Attests vom 25.02.2002 rechnete der Angeklagte zahlreiche Gebührenziffern des EBM als vermeintliche vertragsärztliche Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ab, obwohl er wusste, dass diese Leistungen von dem Zeugen St. [REDACTED] privat zu bezahlen und damit nicht als „Kassenleistungen“ honorierungsfähig waren.

Im Einzelnen rechnete der Angeklagte zumindest folgende Gebührenziffern als vermeintliche vertragsärztliche Leistungen vorsätzlich falsch ab:

- Gebührenziffer 1 (Ordinationsgebühr) am 22.02.2002
- Gebührenziffer 2 (Konsultationsgebühr) am 30.10.2001 und 25.02.2002
- Gebührenziffer 801 (Neurologische Basisdiagnostik) am 25.02.2002
- Gebührenziffer 851 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) am 30.10.2001, 22.02.2002 und 25.02.2002

Der Tatvorwurf des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB) bezüglich der Bescheinigung vom 25.02.2002 wurde von der Kammer nur deswegen nicht zur Hauptverhandlung zugelassen, da es sich bei dem TÜV, an den der Angeklagte das Attest vom 25.02.2002 adressiert hatte, nicht um eine

Behörde im Sinne der §§ 11 Abs. 1 Nr. 7, 278 StGB handelt (vgl. Steiner, NZV 1991, 249, 251; Grünning, DAR 1991, 410, 411 f.; Petersen, zfs 2000, 1;; vgl. auch Meyer-Goßner, StPO, 53. Auflage, 2010, § 256, Rn. 14).

**b) Fall ■■■■■ Sch■■■■■ ("Ärztliches Kurzgutachten zur Attestierung zur Vorlage bei der Straßenverkehrsbehörde und der Medizinisch-Psychologischen Untersuchungsstelle")**

Am 29.01.2001 stellte der Angeklagte dem Zeugen ■■■■■ Sch■■■■■ ein „Ärztliches Kurzgutachten zur Attestierung zur Vorlage bei der Straßenverkehrsbehörde und der Medizinisch-Psychologischen Untersuchungsstelle“ aus, wobei er dem Zeugen Sch■■■■■ bewusst wahrheitswidrig bescheinigte, sich bereits seit dem 27.07.2000 in seiner ständigen ärztlichen Behandlung zu befinden. Zudem listete der Angeklagte in seinem Kurzgutachten vom 29.01.2001 unter Bezugnahme auf das Krankenblatt routinemäßig erhobene und im Normbereich liegende Laborwerte (GOT, GPT, GGT, MCV, ALK) vom 27.07., 03.08., 10.08., 17.08. und 24.08.2000 auf, obwohl diese Laborwerte niemals erhoben wurden, da sich der Zeuge Sch■■■■■ erst seit dem 25.08.2000 in der ärztlichen Behandlung des Angeklagten befand.

In dem „Kurzgutachten“ des Angeklagten vom 29.01.2001 heißt es unter anderem:

*„Herr ■■■■■ Sch■■■■■ [...] ist seit dem 27.7.2000 in unserer ständigen ärztlichen Behandlung.“*

*„Seither wird bei uns mit Herrn Sch■■■■■ eine psychotherapeutische und allgemeinmedizinische Behandlung durchgeführt.“*

Hintergrund für das Ausstellen des inhaltlich unrichtigen Kurzgutachtens war, dass das Amtsgericht Homburg dem Zeugen Sch■■■■■ mit Strafbefehl vom 06.07.1999, rechtskräftig seit dem 19.08.1999, die Fahrerlaubnis entzogen hat-

te, nachdem der Zeuge am 29.03.1999 unter Drogeneinfluss ein Fahrzeug geführt hatte.

In dem „Kurzgutachten“ des Angeklagten vom 29.01.2001 heißt es diesbezüglich:

*„Der Antrieb des Patienten zur Durchführung dieser ärztlichen Maßnahme resultierte zunächst aus der am 25.07.2000 durchgeführten Fahreignungsbegutachtung der Begutachtungsstelle für Fahreignung des Medizinisch-Psychologischen Instituts der TÜV Pfalz Verkehrswesen GmbH in Kaiserslautern.*

*Dem Patienten war im Anschluss an die Untersuchung klar (gemacht) worden, dass ein positives Begutachtungsergebnis in seinem Sinne nicht zu erwarten war.*

*[...]*

*Am 29.03.1999 führte Herr Sch [REDACTED] ein Kfz in Bexbach (Saarpfalz-Kreis) gegen 23.50 Uhr unter Drogeneinfluss bei drogenbedingter Fahruntüchtigkeit nach dem Konsum von Cannabis.*

*Dieses Ereignis führte im juristischen Nachgang zum Entzug der Fahrerlaubnis, zur Wiedererlangung derselben erfolgte sodann auf Verlangen und Veranlassung der Kreisverwaltung des Saarpfalz-Kreises als zuständiger Straßenverkehrsbehörde die Durchführung einer Fahreignungsbegutachtung.*

*Bereits wenige Tage nach der Fahreignungsbegutachtung kam der Patient im Juli 2000 zum ersten Mal in unsere Praxis.*

*Der Patient unterzog sich mithin für die Dauer von mehr als sechs Monaten einer langfristigen therapeutischen ärztlichen Maßnahme mit psychosomatischer Ausrichtung.*

*[...]*

*Die lösungsorientierte Gesprächsführung wurde durch das engmaschige Erheben drogenspezifischer Laborparameter flankiert, die der Patient als Selbstzahler übernehmen musste, um gegenüber dem Unterzeichner und den Adressaten dieses Gutachtens lückenlos nachzuweisen, dass bei ihm über die Dauer eines halben Jahres kein illegaler Drogenkonsum mehr vorliegt und dass auch auf den Alkohol als legale Droge weiterhin verzichtet wird.*

*Der Patient nimmt während der Dauer der Behandlung, also seit Juli 2000, keine Medikamente ein.*

*[...]*

*Während der gesamten Therapiedauer war der Patient nachweislich frei von illegalen Drogen.*

*Auch die einschlägigen alkoholischen Laborwerte lagen immer im Normbereich gesunder Erwachsener.“*

Zur Frage der Fahreignung des Zeugen Sch[REDACTED] findet sich im Kurzgutachten vom 29.01.2001 folgende Aussage des Angeklagten:

„Eine erhöhte Rückfallgefährdung, die zur Begründung von Fahreignungszweifeln ausreichend wäre, liegt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht vor, da durch die belegte vollständige Drogenkarenz von einer dauerhaften einschneidenden Änderung des Begauchs von illegalen Drogen und einer damit einhergehenden radikalen Einstellungsänderung zum Cannabiskonsum auszugehen ist.“

In dem Fahreignungsgutachten des TÜV Pfalz vom 19.02.2001, das aufgrund eines Untersuchungstermins des Zeugen Sch[REDACTED] am 31.01.2001 erstellt wurde, wird auf die Behandlung des Zeugen bei dem Angeklagten Bezug genommen. Dort heißt es:

„Selbsthilfegruppe / Therap. Maßnahmen:

Von Juli 2000 bis Januar 2001 Einzelgespräche bei Herrn Dr. med P[REDACTED], Saarbrücken.

[...]

Zur heutigen Untersuchung wurde(n) folgende Unterlage(n) vorgelegt:

- Ärztliches Gutachten des Herrn Dr. med. [REDACTED] P[REDACTED], [REDACTED], vom 29.01.2001, wonach Herr Sch[REDACTED] seit dem 27.07.2000 in seiner ständigen ärztlichen Behandlung war, seither eine psychotherapeutische und allgemeinmedizinische Behandlung durchgeführt wurde, die lösungsorientierte Gesprächsführung durch das engmaschige Erheben drogenspezifischer Laborparameter flankiert wurde, Herr Sch[REDACTED] während der gesamten Therapiedauer nachweislich frei von illegalen Drogen war, auch die einschlägigen Laborwerte immer im Normbereich gesunder erwachsener lagen.

Das Fahreignungsgutachten vom 19.02.2001 kommt daher abschließend zu folgender Bewertung:

„In Beantwortung der vorgegebenen Fragestellung kann Herr Sch[REDACTED] trotz der Hinweise auf (früheren) Drogen- und / oder Arzneimittelmissbrauch ein Kraftfahrzeug der Gruppe 1 / 2 sicher führen. Es ist insbesondere nicht zu erwarten, dass Herr Sch[REDACTED] ein Kraftfahrzeug unter dem Einfluss von Betäubungsmitteln, beeinträchtigenden Arzneimitteln und / oder anderen psychoaktiven Stoffen oder deren Nachwirkungen führen wird.“

Dem Zeugen Sch[REDACTED] wurde daraufhin im März 2001 die Fahrerlaubnis wiedererteilt.

Im Zusammenhang mit der Vorbereitung des Zeugen Sch[REDACTED] auf die Medizinisch-Psychologische Untersuchung rechnete der Angeklagte ärztliche Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland gemäß den Gebührenziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ab, obwohl die den Gebührenziffern zugrunde liegenden Leistungen – wie der Angeklagte wusste – im Zusammenhang mit der von dem Zeugen Sch[REDACTED] privat zu bezahlenden MPU-Vorbereitung nicht als "Kassenleistungen" honorierungsfähig waren.

Im Einzelnen rechnete der Angeklagte zumindest folgende Gebührenziffern des EBM als vermeintliche kassenärztliche Leistungen vorsätzlich falsch ab:

- am 29.09.2000 im Zusammenhang mit einem Drogentest die Gebührenziffer 2 (Konsultationsgebühr)
- am 19.10.2000 im Zusammenhang mit einem Drogentest die Gebührenziffern 1 (Ordinationsgebühr) und 10 (Therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten)

Den Tatvorwurf des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB) hat die Kammer gemäß § 260 Abs. 3 StPO eingestellt, da insoweit die absolute Verjährungsfrist von zehn Jahren (§ 78 Abs. 3 Nr. 4 i.V.m. § 78 c Abs. 3 Satz 2 StGB) mittlerweile abgelaufen ist (vgl. hierzu auch IV. 1. b).

**c) Fall [REDACTED] G[REDACTED] ("Verkehrsmedizinisches Gutachten" vom 22.10.2001)**

Am 22.10.2001 stellte der Angeklagte dem Zeugen [REDACTED] G[REDACTED], seinem früheren Praxismitarbeiter, der mittlerweile Abgeordneter der [REDACTED]partei im Saarländischen Landtag ist, ein inhaltlich unrichtiges „Verkehrsmedizinisches Gutachten zur Vorlage bei der Straßenverkehrsbehörde“ aus, in dem er dem Zeugen G[REDACTED] wider besseres Wissen Laborwerte aus Blutuntersuchungen bescheinigte, die zum einen nicht an den angegebenen Tagen erhoben worden waren und

zum anderen nicht mit den in den Laborberichten aufgeführten Werten übereinstimmten.

Anlass für das unrichtige Gutachten des Angeklagten war, dass dem Zeugen G■■■■ in Folge einer Trunkenheitsfahrt am 24.03.2001 von dem Amtsgericht Neunkirchen am 21.06.2001 die Fahrerlaubnis entzogen worden war. In dem im Hinblick auf die bevorstehende Medizinisch-Psychologische Untersuchung erstellten Gutachten vom 22.10.2001 verwies der Angeklagte ausdrücklich auf seine Qualifizierung zur Durchführung der suchtmmedizinischen Grundversorgung und der verkehrsmedizinischen Begutachtung. In dem Gutachten heißt es diesbezüglich:

*„Der Unterzeichner ist ferner seitens der zuständigen Landesärztekammer zur Durchführung der suchtmmedizinischen Grundversorgung und der verkehrsmedizinischen Begutachtung (nach der neuen Fahrerlaubnisverordnung [FeV], gültig seit 01.01.1999) qualifiziert.“*

Im Einzelnen bescheinigte der Angeklagte dem Zeugen G■■■■ in seinem Gutachten vom 22.10.2001 "ausweislich des Krankenblattes" folgende unrichtige Gamma-GT-Werte:

- am 26.03.2001 einen GT-Wert von 26 U/l, obwohl der GT-Wert aufgrund der Untersuchung vom 29.03.2003 bei 44 U/l lag
- am 09.04.2001 einen GT-Wert von 23 U/l und am 17.04.2001 einen GT-Wert von 19 U/l, obwohl der GT-Wert aufgrund der Untersuchung vom 05.04.2001 bei 52 U/l lag
- am 07.05. und 14.05.2001 einen GT-Wert von 12 U/l, obwohl der GT-Wert aufgrund der Untersuchung vom 10.05.2001 bei 66 U/l lag
- am 05. und 11.06.2001 einen GT-Wert von 11 U/l, obwohl der GT-Wert aufgrund der Untersuchung vom 08.06.2001 bei 88 U/l lag
- am 01.10.2001 einen GT-Wert von 11 U/l und am 08.10.2001 einen GT-Wert von 13 U/l, obwohl der GT-Wert aufgrund der Untersuchung vom 05.10.2001 bei 43 U/l lag
- am 15.10.2001 einen GT-Wert von 12 U/l, obwohl der GT-Wert aufgrund der Untersuchung vom 11.10.2001 bei 35 U/l lag

Alle vorgenannten, bei dem Zeugen G■■■■ tatsächlich gemessenen Gamma-GT-Werte, die der Angeklagte im Gutachten bewusst nicht erwähnte, lagen damit über dem in den Laborberichten angegebenen Referenzbereich von 6 - 28 U/l.

Zudem bescheinigte der Angeklagte dem Zeugen G■■■■, den er bereits seit vielen Jahren persönlich kennt, in dem Gutachten vom 22.10.2001 bewusst wahrheitswidrig eine mehr als sechsmonatige Alkoholabstinenz, obwohl sich im Krankenblatt des Zeugen G■■■■ noch am 12.06.2001 folgender Eintrag findet:

*„Alkoholkonsum reduzieren, fragen, ob Sortis u. Allopurinoleinnahme erfolgt, evtl. Dosis erhöhen“*

In dem Gutachten des Angeklagten vom 22.10.2001 heißt es demgegenüber:

*„Der Proband lebt seit über einem halben Jahr durchgängig abstinent, die Gefahr eines Rückfalls in alte Trinkmuster ist nach hiesiger Einschätzung weit unterdurchschnittlich.“*

*[...]*

*Negative Einflüsse sind aufgrund einer durch die gelebte Abstinenz sehr gefestigten Beziehung zur Partnerin und fester beruflicher Integration auch künftighin nicht zu befürchten.*

*[...]*

*Eine erhöhte Rückfallgefährdung, die zur Begründung von Fahreignungszweifeln ausreichend wäre, liegt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht vor, da durch die belegte vollständige Alkoholkarenz über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten von einer dauerhaften einschneidenden Änderung des Trinkverhaltens und einer damit einhergehenden radikalen Einstellungsänderung zum Alkoholkonsum auszugehen ist.*

*[...]*

*Die Durchführung einer MPU bei einer akkreditierten Begutachtungsstelle für Fahreignung ist folglich obsolet und erscheint im Hinblick auf das bisherige Gesamtverhalten im Straßenverkehr gemäß dessen aktenkundigen Verlaufes nicht geboten.*

*Aus verkehrsmedizinischer Sicht ist demnach die im Raume stehende Frage „Ist zu erwarten, dass Herr G■■■■ auch zukünftig ein Kraftfahrzeug unter Alkoholeinfluß führen wird, und / oder liegen als Folge eines unkontrollierten Alkoholkonsums Beeinträchtigungen vor, die das sichere Führen eines Kraftfahrzeuges in Frage stellen?“ mit NEIN im Sinne des Probanden zu beantworten.“*

Das Gutachten des Angeklagten vom 22.10.2001 wurde am 29.11.2001 bei der Straßenverkehrsbehörde in Neunkirchen eingereicht. Am 30.01.2002 erfolgte die Medizinisch-Psychologische Untersuchung des Zeugen G [REDACTED]. Das schriftliche Fahreignungsgutachten gelangte in der Folge zu dem Ergebnis, dass nicht zu erwarten sei, dass Herr G [REDACTED] zukünftig ein Kraftfahrzeug unter Alkoholeinfluss führen werde und alkoholbedingte Leistungsbeeinträchtigungen nicht nachzuweisen seien. Dem Zeugen G [REDACTED] wurde daraufhin durch die zuständige Straßenverkehrsbehörde die Fahrerlaubnis am 18.02.2002 wiedererteilt.

Anlässlich eines Antrages des Zeugen [REDACTED] G [REDACTED] auf Anerkennung einer Behinderung erstellte der Angeklagte am 02.02.2002 einen Befundbericht für das Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung in Saarbrücken, in dem er dem Zeugen G [REDACTED] einen „ständig gestiegenen Alkoholkonsum“ bescheinigte und als Diagnosen aufführte: „Alkoholkrankheit mit Abhängigkeit und Abstinenzunfähigkeit, exzessivem Alkoholkonsum mit Kontrollverlust, mehrmals jährlich wochenlangem, manchmal monatelangem Alkoholkonsum“ sowie „regelmäßiges Auftreten von akustischen Alkoholhalluzinosen“, womit das Gutachten vom 02.02.2002 in völligem Widerspruch zum „verkehrsmedizinischen Gutachten“ vom 22.10.2001 steht.

In dem Gutachten vom 02.02.2002 heißt es insoweit unter anderem:

*„Sehr geehrte Damen und Herren,*

*auf Bitten des Patienten erstatte ich hiermit einen Befundbericht, den der Patient seinem Antrag nach dem SchwbG auf erstmalige Anerkennung einer Behinderung beifügen will.*

Wichtige anamnestische Daten und jetzige Beschwerden:

*Der Patient steht seit Oktober 1996 in meiner ständigen ärztlichen Betreuung und wird seit dieser Zeit vor allem suchtmmedizinisch betreut.*

Behandelte Leiden:

1. Alkoholkrankheit, Delta- bzw. Epsilontrinker nach Jellinek
2. Alkoholabusus
3. Alkoholpsychose
4. Alkoholdelikt
5. Hals- und Lendenwirbelsäulensyndrom
6. Migräne



## 7. Hypercholesterinämie; Hypertriglyceridämie

### Befundbeschreibung:

#### **zu 1. bis 4.:**

Der seit vielen Jahren langzeitarbeitslose Patient lebt zusammen mit seiner blinden Frau Mutter in [REDACTED] in einer Wohnung, da er sich eine eigene Unterkunft nicht leisten kann.

Nach einer in jungen Jahren nach dem frühzeitigen Tod des ebenfalls blinden Vaters begonnenen Lehre als KfZ-Mechaniker hat er dann eine Gastwirtschaft in [REDACTED] gepachtet und betrieben, mit der er nach einigen Jahren in Konkurs ging.

Aus dieser Zeit bestehen noch hohe Schulden, dann nur noch kurzzeitige Gelegenheitsarbeiten, dann arbeitslos bis heute, bei ständig gestiegenem Alkoholkonsum.

Alkoholkrankheit mit Abhängigkeit und Abstinenzunfähigkeit, exzessiver Alkoholkonsum mit Kontrollverlust, mehrmals jährlich wochenlanger, manchmal monatelanger Alkoholkonsum.

Destabile soziale und finanzielle Verhältnisse.

Regelmäßiges Auftreten von akustischen Alkoholhalluzinosen.

In 2000 Führerscheinverlust bei Trunkenheitsfahrt von knapp zwei Promille.

Reduzierter AZ und EZ bei ständig erhöhten Transaminasen und Harnsäurewerten. Ebenfalls MCV und CDT ständig erhöht.

[...]

#### **zu 7.:**

Im Gefolge der Alkoholkrankheit pankreatische Schädigung mit latenter chronischer Pankreatitis. Dabei Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie mit exorbitant hohen Werten, medikamentös nicht einstellbar.

Compliance reduziert.

[...]

Soweit dem Angeklagten in der Anklageschrift auch bezüglich des Gutachtens vom 02.02.2002 vorgeworfen worden ist, ein inhaltlich unrichtiges Gutachten ausgestellt zu haben, hat die Kammer diesen Tatvorwurf auf Antrag der Staatsanwaltschaft nur deswegen gemäß § 154 Abs. 2 StPO eingestellt, weil es weiterer Aufklärung bedurft hätte, ob die in dem Befundbericht vom 02.02.2002 erwähnten Leiden – insbesondere bezüglich des attestierten Schweregrades – zutreffend waren, auch wenn der Befundbericht – anders als die im Gutachten vom 22.10.2001 dem Zeugen attestierte Alkoholkarenz – weitgehend dem Ge-

sundheitsbild des Zeugen G ■ zum damaligen Zeitpunkt entsprochen haben dürfte.

**d) Fall ■ H ■ ("Ärztliches Kurzgutachten" vom 22.01.2001)**

Am 22.01.2001 erstellte der Angeklagte für die Zeugin ■ H ■ ein „Ärztliches Kurzgutachten als Attestierung zur Vorlage bei der Straßenverkehrsbehörde und der Medizinisch-Psychologischen Untersuchungsstelle“, in dem er bewusst der Wahrheit zuwider Gamma-GT-Werte im Normbereich bescheinigte, obwohl die Laborberichte am 06.10.2000 einen Gamma-GT-Wert von 144 U/l, am 13.10.2000 von 87 U/l, am 20.10.2000 von 55 U/l, am 27.10.2000 von 36 U/l und am 03.11.2000 von 29 U/l auswiesen und somit jeweils über dem Referenzbereich lagen.

In dem Gutachten vom 22.01.2001 finden jedoch die am 06. und 13.10.2000 ermittelten Gamma-GT-Werte keine Erwähnung. Für den 20.10., 27.10. und 03.11.2000 sind im Gutachten jeweils unzutreffende Gamma-GT-Werte von 23 U/l aufgeführt.

Anlass für das Ausstellen des unrichtigen Gesundheitszeugnisses vom 22.01.2001 war, dass der Zeugin H ■ nach einer Trunkenheitsfahrt am 14.12.1999 die Fahrerlaubnis durch Strafbefehl des Amtsgerichts Saarbrücken vom 21.02.2000 entzogen worden war. Um sich auf die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis vorzubereiten, suchte die Zeugin H ■ daher die Praxis des Angeklagten als "Privatpatientin" auf.

Bei der ersten Medizinisch-Psychologischen Untersuchung fiel die Zeugin jedoch durch. Erst das spätere Gutachten der Begutachtungsstelle für Fahreignung des Technischen Überwachungsvereins (TÜV) vom 08.01.2002, in dem das Gutachten des Angeklagten vom 22.01.2001 Erwähnung findet, kam zu dem Ergebnis, dass nicht zu erwarten sei, dass Frau H ■ auch zukünftig ein Kraftfahrzeug unter Alkoholeinfluss führen werde und Leistungsbeeinträchti-

gungen, die das sichere Führen eines Kraftfahrzeuges in Frage stellen, nicht nachzuweisen seien.

Im Zusammenhang mit der Vorbereitung der Zeugin auf die Medizinisch-Psychologische Untersuchung rechnete der Angeklagte – nachdem die Krankenversicherungskarte der Zeugin eingesehen worden war – zahlreiche Gebührenziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ab, obwohl die den Gebührenziffern zugrunde liegenden Leistungen – wie der Angeklagte wusste – im Zusammenhang mit der von der Zeugin H■■■ privat zu bezahlenden MPU-Vorbereitung nicht als "Kassenleistungen" honorierungsfähig waren.

Im Einzelnen rechnete der Angeklagte folgende Gebührenziffern des EBM als vermeintliche kassenärztliche Leistungen vorsätzlich falsch ab:

- die Gebührenziffer 2 (Konsultationsgebühr) am 22.01.2001 im Zusammenhang mit der Ausstellung des Ärztlichen Kurzgutachtens
- die Gebührenziffern 2 (Konsultationsgebühr) und 850 (Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) am 02.02.2001
- die Gebührenziffern 2 (Konsultationsgebühr), 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen), 3681 (Quantitative Bestimmung von GOT), 3682 (Quantitative Bestimmung von GPT), 3683 (Quantitative Bestimmung von Gamma-GT), 3843 (Vollständiger Blutstatus mittels automatisierter Verfahren) am 05.03.2001

Zudem rechnete der Angeklagte ab dem 08.10.2001 zahlreiche vertragsärztliche Gebührenziffern als vermeintliche "Kassenleistungen" gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ab, obwohl die Zeugin H■■■ bereits im September 2001 in die Nähe der tschechischen Grenze verzogen war und sich ab diesem Zeitpunkt nicht mehr in die ärztliche Behandlung des Angeklagten begeben hatte, so dass es sich sämtlich um "Luftziffern" handelt. Im Einzelnen rechnete der Angeklagte an den nachfolgend aufgeführten Daten folgende Gebührenziffern bewusst zu Unrecht ab:

- am 08.10.2001 die Gebührensätze 1 (Ordinationsgebühr), 10 (Therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten) und 60 (Erhebung des Ganzkörperstatus)
- am 25.10.2001 die Gebührensätze 2 (Konsultationsgebühr), 851 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) und 801 (Klinisch-neurologische Basisdiagnostik)
- am 08.11.2001 die Gebührensätze 2 (Konsultationsgebühr) und 851 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen)
- am 12.11.2001 die Gebührensatz 2 (Konsultationsgebühr)
- am 07.12.2001 die Gebührensätze 2 (Konsultationsgebühr) und 851 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen)
- am 23.01.2002 die Gebührensatz 1 (Ordinationsgebühr)
- am 08.04.2002 die Gebührensatz 2 (Konsultationsgebühr)

Den Tatvorwurf des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB) hat die Kammer jedoch gemäß § 260 Abs. 3 StPO eingestellt, da insoweit die absolute Verjährungsfrist von zehn Jahren (§ 78 Abs. 3 Nr. 4 i.V.m. § 78 c Abs. 3 Satz 2 StGB) mittlerweile abgelaufen ist (vgl. hierzu auch IV. 1. b).

**e) Fall [REDACTED] R [REDACTED] (Bescheinigung vom 19.05.2003 über den Abschluss einer Therapiemaßnahme)**

In einem an die Kreisverwaltung Kusel gerichteten Schreiben vom 19.05.2003 bescheinigte der Angeklagte dem Zeugen [REDACTED] R [REDACTED] bewusst wahrheitswidrig, in seiner Praxis eine Therapie- und Beratungsmaßnahme in Form der Teilnahme an sechs Therapiegesprächen durchgeführt zu haben, obwohl diese Therapiegespräche nicht stattgefunden hatten.

Anlass für das Ausstellen der unrichtigen Bescheinigung vom 19.05.2003 war, dass der Zeuge R [REDACTED], der den Angeklagten aus dem Ortsverband H [REDACTED] der Partei [REDACTED] persönlich kannte, am 01.09.2001 um 2.58 Uhr eine

vorsätzliche Trunkenheitsfahrt mit einer Blutalkoholkonzentration von 1,72 ‰ absolviert hatte, weshalb ihm Fahrerlaubnis entzogen worden war.

Der Zeuge R■■■■ erhielt daher am 20.11.2002 von der Kreisverwaltung Kusel im Zusammenhang mit dem Vollzug der Fahrerlaubnisverordnung ein Schreiben, in dem ihm mitgeteilt wurde, dass die Behörde bereit sei, ihm die Fahrerlaubnis unter Auflagen wieder zu erteilen, wenn von ihm unter anderem nachgewiesen werden könne, dass er erfolgreich eine weitere Therapie- oder Beratungsmaßnahme abgeschlossen habe.

In dem Schreiben der Kreisverwaltung Kusel vom 20.11.2002 heißt es diesbezüglich:

„Guten Tag Herr R■■■■.

*Ihr Fahreignungsgutachten liegt hier vor und wurde geprüft. Wir schließen uns den Ausführungen der Gutachter im Wesentlichen an.*

*Dennoch sind wir bereit, Ihnen die Fahrerlaubnis unter Auflagen zu erteilen, wenn*

- 1. bis zum 06.12.2002 eine Bescheinigung über die Bestimmung der Blut- und Leberwerte (γ-GT, GOT, GPT und CDT) hier vorliegt und die Ergebnisse Ihre Abstinenzbehauptung stützen,*
- 2. über einen Zeitraum von sechs Monaten in 5-wöchigen Abständen Bescheinigungen über die Bestimmung der aktuellen Blut- und Leberwerte (γ-GT, GOT, GPT und MCV) vorgelegt werden und die Ergebnisse Ihre Abstinenzbehauptung stützen und*
- 3. nachgewiesen wird, dass Sie erfolgreich eine weitere Therapie- und Beratungsmaßnahme abgeschlossen haben*

*Die Fahrerlaubnis wird dann unter folgenden Auflagen erteilt:*

- vierteljährliche Vorlage der aktuellen Blut- und Leberwerte (γ-GT, GOT, GPT und MCV) für die Dauer von mindestens zwei Jahren (acht Bescheinigungen) nach Anforderung*

*[...]*

In der Folge suchte der Zeuge R■■■■ die Praxis des Angeklagten auf, um sich die geforderte Therapie bescheinigen zu lassen. Die von der Kreisverwaltung Kusel geforderten Therapiesgespräche fanden jedoch nicht statt. Vielmehr führte der Zeuge R■■■■ in der Praxis des Angeklagten im Beisein des Praxismitarbeiters ■■■■ G■■■■ lediglich Reaktionstests an einem Computer durch. Ärztliche Kontakte zum oder therapeutische Gespräche mit dem Angeklagten gab es demgegenüber nicht. Gleichwohl bescheinigte der Angeklagte dem Zeugen

R■■■■, der ihm gegenüber zuvor genau mitgeteilt hatte, was für eine Bescheinigung er benötige, wider besseres Wissen die Durchführung der geforderten Therapiemaßnahme.

In der Bescheinigung des Angeklagten vom 19.05.2003 heißt es diesbezüglich:

*„Wir haben darauf in diversen Gesprächen mit dem Probanden versucht, die beanstandeten Mängel aufzuarbeiten und dem Patienten vor Augen zu führen.“*

*Aus medizinischer Sicht konnte eine Alkoholkrankheit nicht diagnostiziert werden. Die Folgen missbräuchlichen Alkoholgenusses und die besonderen Pflichten eines Berufskraftfahrers wurden eingehend erörtert.*

*Neben der Durchführung von diversen Reaktionstests an unseren Testgeräten zur Schulung und Besserung der psychomotorischen Fähigkeiten wurden Verhaltensmaßnahmen in gesprächsweisen Rollenspielen antrainiert, die dazu dienen sollten, in auffälligen Situationen, in denen eine Konfrontation mit Alkohol möglich sein kann, adäquat und richtig reagieren zu können.*

*Herr R■■■■ hat uns insgesamt sechs Mal (ein Termin pro Monat) aufgesucht, wobei wir uns in Art und Durchführung etwa an die Vorgaben des MPU-Gutachtens gehalten haben (Aufarbeitung der festgestellten Alkoholproblematik durch Teilnahme an einer Maßnahme unter fachlichen Leitung, wobei wir auf eine Maßnahme in der Gruppe verzichtet haben, da der Patient aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur eher nur schleppend kommunikationsfähig ist, ohne dass jedoch neurologische Defizite evident wären).*

*Nach alledem hat sich Herr R■■■■ der von Ihnen geforderten Maßnahme zur Erteilung einer Fahrerlaubnis unter Auflagen unterzogen, die nunmehr abgeschlossen ist.“*

Anlässlich der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung am 20.05.2003 bei der Begutachtungsstelle des Technischen Überwachungsvereins (TÜV) legte der Zeuge R■■■■ auch die Bescheinigung des Angeklagten vom 19.05.2003 vor.

In dem schriftlichen Gutachten des TÜV vom 30.05.2003 heißt es mit Blick auf die Bescheinigung des Angeklagten:

*„Am 20.05.2003 reichte Herr R■■■■ die Bescheinigung über die Gespräche bei Herrn Dr. P■■■■ nach, Facharzt für Allgemein-, Betriebs und Verkehrsmedizin, ausgestellt am 19.5, in welcher ihm sechs Termine innerhalb von sechs Monaten bescheinigt werden, in welchen es um eine Aufarbeitung der Alkoholproblematik ging.“*

[...]

*Zwar hat er bereits Gespräche bei Herrn Dr. P. geführt, wobei er aber nur sehr wenig darüber berichten konnte: 'Er habe „auch an so einem Computer gesessen, der Reaktionsfest. Er hat mir die miesen Seiten des Alkohol ganz genau ausgeführt“. – Was das bei ihm gewesen sei? – „Ich hab' mich an den Alkohol damals gewöhnt gehabt“. – Was er noch gelernt habe? – „Schöner, ruhiger durch das Leben gehen, keine Hektik, kein Stress“. Veränderungen in verkehrsrelevanten Bereichen konnte er nicht darstellen. Daher ist eine weitere verkehrspsychologisch unterstützte Aufarbeitung bei Herrn R. noch notwendig, welche auch die Möglichkeit gruppenspezifischer Aspekte bietet."*

Das Gutachten des TÜV vom 30.05.2003 kommt abschließend zu der Bewertung, dass nach den Ergebnissen der Untersuchung erhebliche Verstöße gegen verkehrsrechtliche Bestimmungen bei dem Zeugen R. nicht wahrscheinlich seien, jedoch zu erwarten sei, dass der Zeuge R. auch zukünftig ein Kraftfahrzeug unter Alkoholeinfluss führen werde.

Zusätzlich zur Erstellung der unrichtigen Bescheinigung vom 19.05.2003 rechnete der Angeklagte – nachdem die Krankenversicherungskarte des Zeugen R. eingelesen worden war – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zahlreiche Gebührensätze des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ab, obwohl die den Gebührensätzen zugrunde liegenden Leistungen nicht erbracht worden waren und – wie der Angeklagte wusste – im Zusammenhang mit der von dem Zeugen R. privat zu bezahlenden Therapiemaßnahme auch nicht als "Kassenleistungen" honorierungsfähig gewesen wären.

Im Einzelnen rechnete der Angeklagte folgende Gebührensätze des EBM vorwiegend falsch ab:

- Gebührensatz 1 (Ordinationsgebühr) am 27.12.2002, 03.01.2003, 14.04.2003 und 08.08.2003
- Gebührensatz 2 (Konsultationsgebühr) am 10.02.2003, 17.02.2003, 25.02.2003, 19.05.2003, 20.05.2003
- Gebührensatz 10 (Therapeutisches hausärztliches Gespräch) am 10.02.2003
- Gebührensatz 60 (Erhebung des Ganzkörperstatus) am 03.01.2003
- Gebührensatz 801 (Neurologische Basisdiagnostik) am 17.02.2003
- Gebührensatz 850 (Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) 27.12.2002, 14.04.2003

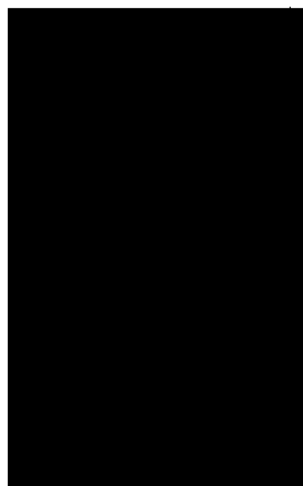
- Gebührenziffer 851 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) am 03.01.2003, 17.02.2003, 19.05.2003 und 20.05.2003
- Gebührenziffer 892 (Anwendung und Auswertung von Funktionstests, zB. GFT, Frostig, KTK, DRT) am 27.12.2002 und 03.01.2003
- Gebührenziffer 897 (Anwendung und Auswertung aufwendiger projektiver Testverfahren [Rorschach-Test, TAT]) am 25.02.2003
- Gebührenziffer 1591 (Tonschwellenaudiometrische Untersuchung in Luft- und Knochenleitung, ggf. einschl. Vertäubung) am 17.02.2003

## **2. *Beihilfe zum (vertragsärztlichen) Abrechnungsbetrug des gesondert verfolgten Orthopäden [REDACTED] E [REDACTED]***

Der Angeklagte übermittelte zu einem nicht näher bekannten Zeitpunkt vor Ende des 2. Quartals 2000 einem mit ihm befreundeten Arzt, dem gesondert verfolgten Orthopäden [REDACTED] E [REDACTED] zum Zwecke betrügerischer Abrechnung die Patientenstammdaten von 112 gesetzlich Versicherten. Die Patientenstammdaten hatte der Angeklagte zuvor in einem portablen Kartenlesegerät, einem so genannten "Chip-Archiv" gespeichert, das die Möglichkeit eröffnet, auf einmal eingelesene Versichertendaten zurückzugreifen, ohne dass der Patient seine Krankenversicherungskarte in der Praxis nochmals einlesen lassen muss.

Im Einzelnen übermittelte der Angeklagte die Patientenstammdaten der nachfolgend aufgeführten folgenden 112 gesetzlich Versicherten:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)
- 11)
- 12)
- 13)
- 14)
- 15)





75)  
76)  
77)  
78)  
79)  
80)  
81)  
82)  
83)  
84)  
85)  
86)  
87)  
88)  
89)  
90)  
91)  
92)  
93)  
94)  
95)  
96)  
97)  
98)  
99)  
100)  
101)  
102)  
103)  
104)  
105)  
106)  
107)  
108)  
109)  
110)  
111)  
112)

Die Patientenstammdaten wurden in der Folge durch den Orthopäden [REDACTED] E [REDACTED] dazu genutzt, in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 auf die vorgenannten gesetzlich Versicherten tatsächlich nie erbrachte vertragsärztliche Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland abzurechnen. Dem Angeklagten war dabei zwar bewusst, dass E [REDACTED] die Patientendaten zum Zwecke des fortlaufenden Abrechnungsbetruges gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland verwenden wollte. Allerdings war dem Angeklagten der genaue Umfang der vorsätzlichen Falschabrechnungen des [REDACTED] E [REDACTED] nicht bekannt.

Ob der Angeklagte auch finanziell von den vorsätzlichen Falschabrechnungen des ■■■■■ E■■■■ profitierte, konnte demgegenüber nicht festgestellt werden.

Auf die 112 gesetzlich Versicherten rechnete der ■■■■■ E■■■■ in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 folgende vertragsärztliche Gebührensätze des EBM bewusst zu Unrecht ab:

- 1 (Ordinationsgebühr)
- 2 (Konsultationsgebühr)
- 5 (Nacht-, Wochenend- und Feiertagsgebühr)
- 17 (Intensive ärztliche Beratung bei nachhaltig lebensverändernder oder lebensbedrohender Erkrankung)
- 205 (Entstauender phlebologischer Funktionsverband)
- 214 (Fixierender Verband an einer Extremität)
- 384 (Sonographische Untersuchung von Organen oder Organteilen)
- 505 (Gezielte und kontrollierte Übungsbehandlung bei gestörter Gelenk- und/oder Muskelfunktion)
- 507 (Krankengymnastische Einzelbehandlung)
- 524 (Massage lokaler Gewebeveränderungen)
- 530 (Wärmetherapie)
- 801 (Klinisch-neurologische Basisdiagnostik)
- 3210 (Gezielter chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule)
- 3211 (Gezielter chirotherapeutischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätengelenken)
- 3452 (Leistungen bei einem kurativ-ambulantem Behandlungsfall)
- 7140 (Pauschale für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen)

Die Quartalerklärungen, in denen der ■■■■■ E■■■■ jeweils die sachliche Richtigkeit der abgerechneten Leistungen aller von ihm in Ansatz gebrachten Gebührensätze versicherte, wurden an den nachfolgend aufgeführten Daten unterschrieben und anschließend an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt, wobei E■■■■ die im Einzelnen abgerechneten Gebührensätze auf einem Datenträger in elektronischer Form beifügte:

- Quartal 2/2000: 30.06.2000
- Quartal 3/2000: 30.09.2000
- Quartal 4/2000: 31.12.2000
- Quartal 1/2001: 31.01.2001
- Quartal 2/2001: 30.06.2001
- Quartal 3/2001: 30.09.2001
- Quartal 4/2001: 31.12.2001
- Quartal 1/2002: 31.03.2002

- Quartal 2/2002: 30.06.2002
- Quartal 3/2002: 30.09.2002
- Quartal 4/2002: 31.12.2002
  
- Quartal 1/2003: 31.03.2003
- Quartal 2/2003: 30.06.2003
- Quartal 3/2003: 30.09.2003
- Quartal 4/2003: 31.12.2003
  
- Quartal 1/2004: 07.04.2004
- Quartal 2/2004: 30.06.2004
- Quartal 3/2004: 30.09.2004
- Quartal 4/2004: 31.12.2004
  
- Quartal 1/2005: 31.03.2005

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland wurden die Honorarbescheide für die jeweiligen Quartale an denselben Tagen erlassen wie bei dem Angeklagten Dr. P. [REDACTED] (vgl. unten II. 3. c). Die Auszahlung aufgrund des festgesetzten Honorars erfolgte dabei auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland in allen Quartalen in der Annahme, die durch den Orthopäden E. [REDACTED] abgerechneten Gebührensätzen und die entsprechenden ärztlichen Leistungen seien ordnungsgemäß erbracht worden.

Der durch den Orthopäden E. [REDACTED] in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 durch die vorsätzlichen Falschabrechnungen verursachte Schaden beläuft sich auf insgesamt 8.063,54 €, wobei es sich insoweit um einen Mindestschaden handelt.

Der von E. [REDACTED] verursachte Schaden konnte seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland durch Aufrechnung mit anderen Honoraransprüchen jedoch im Ergebnis jedoch wieder vollständig ausgeglichen werden.

### **3. *Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrug des Angeklagten in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005***

Der Angeklagte war im Tatzeitraum niedergelassener Vertragsarzt und Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland. In den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 rechnete er im Rahmen der so genannten Quartalsabrechnungen bewusst der Wahrheit zuwider und in erheblichem Umfang Gebührenziffern des EBM als vertragsärztliche Leistungen zu Unrecht ab, um sich auf diese Weise eine fortlaufende Einnahmequelle von erheblichem Umfang zu verschaffen. Die abgerechneten Gebührenziffern wurden dabei überwiegend entweder von dem Angeklagten überhaupt nicht erbracht ("Luftziffern") oder die Leistungslegende des EBM war nicht vollständig erfüllt, so dass – wie der Angeklagte wusste – die in Ansatz gebrachten Gebührenziffern nicht abrechnungsfähig waren.

Die Abgabe der Quartalerklärung für das 1. Quartal 2005, mit der der Angeklagte – wie in den Quartalen zuvor – in erheblichem Umfang Gebührenziffern zu Unrecht abrechnete, erfolgte durch den Angeklagten dabei in Kenntnis des Umstandes, dass die Staatsanwaltschaft Saarbrücken bereits ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts des Abrechnungsbetruges eingeleitet hatte und am 01.02.2005 eine erste Durchsuchung seiner Arztpraxis erfolgt war.

Die vorsätzlichen Falschabrechnungen betreffen dabei zunächst solche Gebührenziffern, die persönliche Arzt-Patienten-Kontakte bzw. therapeutische ärztliche Gespräche erfordern, wie die Gebührenziffern 1 (Ordinationsgebühr), 2 (Konsultationsgebühr), 10 (Therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten) und 18 (Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 10, 11 und 17 bei einer Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten). In den Fällen, in denen die Kammer diese Gebührenziffern als bewusste Falschabrechnungen beanstandet hat, fehlte es zumeist an einem Arzt-Patienten-Kontakt, da der Angeklagte an den Tagen, an denen er die vorgenannten Gebührenziffern abrechnete, den jeweils gesetzlich Versicherten überhaupt nicht gesehen bzw. gesprochen hatte. Teilweise war auch die geforderte Gesprächsdauer offen-

sichtlich nicht erreicht worden. In zahlreichen Fällen rechnete der Angeklagte auch bei der Ausstellung von Folgerezepten und bei der Verlängerung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen diese Gebührensätze ab, obwohl die Patienten ihr Rezept bzw. ihre Arbeitsunfähigkeit an der Anmeldung von einer Arzthelferin erhielten, ohne den Angeklagten gesehen oder gesprochen zu haben.

Darüber hinaus rechnete der Angeklagte, der im Tatzeitraum durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland als Substitutionsarzt zugelassen war, auch die Gebührensätze 202 (Substitutionsbehandlung mit Methadon nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen), 203 (Zuschlag zur Leistung nach Nr. 202 für die Durchführung an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen) sowie 204 (Zuschlag zur Leistung nach Nr. 202 für das therapeutische Gespräch, Dauer mindestens zehn Minuten) bewusst zu Unrecht ab, obwohl er die Substitutionspatienten nicht persönlich zu Gesicht bekam bzw. untersuchte, so dass es an dem erforderlichen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt fehlte, und im Übrigen die Substitutionsbehandlung unzulässigerweise auf sein nichtärztliches Personal oder seinen Bruder delegierte. Da auch dieser die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Substitutionsbehandlung erst am 06.10.2004 erteilt worden war, war allein der Angeklagte bis zum Quartal 3/2004 zur Abrechnung der Gebührensätze 202 bis 204 berechtigt.

Zudem rechnete der Angeklagte in zahlreichen Fällen Gebührensätze aus dem psychosomatischen Bereich (Gebührensatz 850 [differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände] und 851 [verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen]) wahllos zu Unrecht ab, obwohl entweder keine Anhaltspunkte für ein psychosomatisches Krankheitsbild vorlagen oder die erforderlichen ärztlichen Leistungen nicht erbracht worden waren.

Soweit der Angeklagte in den Quartalen 2/2000 bis 2/2004 ärztliche Leistungen abrechnete, die durch seinen Bruder erbracht worden waren, waren diese ebenfalls nicht abrechnungsfähig. Denn der Bruder des Angeklagten, der in der Praxis des Angeklagten über einen Zeitraum von etwa einem Jahr vor seiner

Vertragsarztzulassung am 01.07.2004 in der Praxis des Angeklagten ständig mitgearbeitet hatte, war weder als genehmigter Assistent noch als angestellter Arzt abrechnungsbefugt, da die Kassenärztliche Vereinigung Saarland keine entsprechende Genehmigung gemäß § 32 Abs. 2 bzw. § 32 b Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) erteilt hatte.

Die vorsätzlichen Falschabrechnungen des Angeklagten führten dazu, dass der Angeklagte bei der Anzahl der abgerechneten Gebührenziffern teilweise deutlich über dem Durchschnitt der Fachgruppe (Facharzt für Allgemeinmedizin) lag. So lag der Angeklagte im Quartal 2/2003 bezüglich der Leistungsziffer 850 um 1.005 %, bei der Leistungsziffer 851 um 910 % sowie bei der Leistungsziffer 18 um 636 % über dem Durchschnitt der Fachgruppe. Im Quartal 2/2004 lag der Angeklagte bezüglich der Leistungsziffer 850 um 915 %, bei der Leistungsziffer 851 um 731 % und bei der Leistungsziffer 18 um 437 % über dem Durchschnitt der Fachgruppe. Im Quartal 4/2004 lagen die von dem Angeklagten und seinem Bruder abgerechneten Gebühren bezüglich der Leistungsziffer 851 um 1.214 % und bezüglich der Leistungsziffer 18 um 608 % über dem Durchschnitt der Fachgruppe.

Soweit der Angeklagte weitere Gebührenziffern des EBM vorsätzlich falsch abrechnete, wird auf die Einzelfeststellungen verwiesen.

Einen Teil der von dem Angeklagten vorsätzlich falsch abgerechneten Gebührenziffern hat die Kammer auf Vorschlag des Sachverständigen Prof. Dr. F. ■■■ aus verfahrensökonomischen Gründen von der Schadensberechnung gemäß § 154 a Abs. 2 StPO als "abtrennbare Teile der Tat" ausgenommen, zumal diesen Falschabrechnungen nur ein relativ geringer Anteil am Gesamtschaden zugefallen wäre.

**a) Einreichen der (unrichtigen) Quartalsabrechnungen für die Quartale 2/2000 bis 1/2005 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland**

Zum Zwecke der Gebührenabrechnung füllte der Angeklagte die ihm von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland als Vordrucke zur Verfügung gestellten Sammelerklärungen aus, unterschrieb sie und übersandte sie nach Abschluss des jeweiligen Quartals an die Kassenärztlichen Vereinigung Saarland. Neben der sachlichen Richtigkeit der Quartalsabrechnung versicherte der Angeklagte in jeder Sammelerklärung, die vertragsärztlichen Leistungen persönlich erbracht zu haben.

In den Sammelerklärungen für die Quartale 2/2000 bis 1/2005 erklärte der Angeklagte jeweils Folgendes:

**„Persönliche Leistungserbringung**

*Gem. § 32, 32 a der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte sind die zugelassenen und ermächtigten Ärzte verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Persönliche Ausübung bedeutet, dass die ärztliche Leistung von dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt grundsätzlich in eigener Person erbracht werden muß.*

*Die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung durch qualifiziertes Hilfspersonal nach Maßgabe der "Gemeinsamen Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung", abgedruckt im "Deutschen Ärzteblatt" vom 08.08.1988 wurden mir von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland übersandt; ich habe sie zur Kenntnis genommen und beachtet.*

*Ich bestätige hiermit, dass die abgerechneten Leistungen im Sinne der vorstehenden Grundsätze von mir, meinem Vertreter bzw. meiner/meinem Assistentin/Assistenten persönlich erbracht wurden. Soweit nichtärztliches Hilfspersonal zur Ausführung der Leistungen hinzugezogen wurde, ist dies unter meiner persönlichen Aufsicht und Leitung tätig gewesen.*

**Vorlage der Versichertenkarte**

*Ich bestätige, dass die Versichertenkarten im abzurechnenden Quartal vorgelegen haben (Ausnahme: Ersatzverfahren).*

**Sachliche Richtigkeit der Abrechnung**

*Ich bestätige die sachliche Richtigkeit der Quartalsabrechnung.*

*[...]*

**EDV-Abrechnung**

*Bestätigung gem. § 42 Abs. 3 des Bundesmantelvertrags/Ärzte, § 35 Abs. 3 Arzt-/Ersatzkassenvertrag und der Anlage 6 zu diesen Verträgen (Datenträgeraustausch § 4 Abs. 3)*

*Ich bestätige, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist und dass ausschließlich die genehmigte Softwareversion Anwendung gefunden hat.*

[...]"

Die Quartalsabrechnungen der Quartale 2/2000 bis 2/2004, mit denen der Angeklagte seine vertragsärztlichen Leistungen nach dem EBM abrechnete, wurden jeweils durch den Angeklagten unterschrieben und anschließend an die Kassenärztliche Vereinigung Saarland weitergeleitet.

Da der Angeklagte seine Praxis ab dem 01.07.2004 zusammen mit seinem Bruder [REDACTED] P [REDACTED] als Gemeinschaftspraxis weiterführte, weisen die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland eingereichten "Sammelerklärungen" für das 3. und 4. Quartal 2004 sowie für das 1. Quartal 2005 jeweils den Stempel der Gemeinschaftspraxis aus und tragen neben der Unterschrift des Angeklagten auch die Unterschrift seines Bruders [REDACTED] P [REDACTED].

Die Übermittlung der im Einzelnen abgerechneten Gebührensatzwerte an die Kassenärztliche Vereinigung Saarland erfolgte jeweils auf einem der Quartalserklärung beigefügten Datenträger. Denn das von dem Angeklagten verwendete Abrechnungsprogramm "DOC EXPERT COMFORT" wurde neben der Dokumentation der "Krankengeschichte" auch für die im Rahmen der Quartalsabrechnung in Ansatz gebrachten Gebührensatzwerte genutzt, indem die Gebührensatzwerte direkt in das elektronisch Krankenblatt eingetragen werden konnten. Mithilfe des Abrechnungsprogramms erstellte der Angeklagte am Ende eines Quartals einen Datenträger, welcher der Quartalserklärung beigefügt und auf dem alle in dem jeweiligen Quartal abgerechneten Gebührensatzwerte gespeichert waren.



Im Einzelnen weisen die unterschriebenen Quartalsabrechnungen folgende Datumsangaben aus:

- Quartal 3/2000: 20.10.2000
- Quartal 4/2000: 10.01.2001
  
- Quartal 1/2001: 10.04.2001
- Quartal 2/2001: 10.07.2001
- Quartal 3/2001: 10.10.2001
- Quartal 4/2001: 10.01.2002
  
- Quartal 1/2002: 10.04.2002
- Quartal 2/2002: 10.07.2002
- Quartal 3/2002: 09.10.2002
- Quartal 4/2002: 08.01.2003
  
- Quartal 1/2003: 12.04.2003
- Quartal 2/2003: 10.07.2003
- Quartal 3/2003: 10.10.2003
- Quartal 4/2003: 10.10.2004
  
- Quartal 1/2004: 10.04.2004
- Quartal 2/2004: 09.07.2004
- Quartal 3/2004: 10.10.2004
- Quartal 4/2004: 10.01.2005
  
- Quartal 1/2005: 04.04.2005

Wann die Quartalsabrechnung für das Quartal 2/2000 von dem Angeklagten unterschrieben worden ist, konnte nicht mehr festgestellt werden, da die entsprechende "Sammelerklärung" nicht mehr auffindbar war. Es steht jedoch fest, dass die Quartalsabrechnung für das Quartal 2/2000 durch den Angeklagten nach Ablauf des 2. Quartals 2000 unterschrieben und in der gleichen Weise bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht wurde wie in den nachfolgenden Quartalen.

Soweit die Quartalserklärung für das Quartal 4/2003 als Datum den 10.10.2004 ausweist, dürfte es sich um ein Schreibversehen handeln und davon auszugehen sein, dass die Quartalserklärung am 10.01.2004 unterschrieben worden ist sein, da die Kassenärztliche Vereinigung Saarland das Honorar für das Quartal 4/2003 bereits am 26.04.2004 festgesetzt hat (vgl. unten II 3 c).

**b) Prüfung der Honorarabrechnungen ("Sammelerklärungen") durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland**

Nach Eingang der Quartalsabrechnungen erfolgten bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zunächst die im SGB V vorgesehenen Plausibilitätsprüfungen. Nach deren Durchführung wurde das dem Angeklagten zustehende Honorar durch die zuständige Abteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland berechnet und die Abrechnung anschließend dem jeweiligen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegt, der sodann die Entscheidung über die Festsetzung und Auszahlung des errechneten Honorars traf und die Anweisung zur Auszahlung erteilte. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland waren im Tatzeitraum die Zeugen Dr. L. [REDACTED] (vom 01.01.1992 bis zum 31.12.2000), Dr. F. [REDACTED] (vom 01.01.2001 bis zum 31.12.2004) und Dr. H. [REDACTED] (ab dem 01.01.2005). Die Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, die die Abrechnungen angesichts der Vielzahl der Vertragsärzte und der in Ansatz gebrachten Gebührenziffern zwar nicht selbst im Einzelnen nachprüfen konnten, gingen bei ihrer Entscheidung über die Festsetzung und Auszahlung des errechneten Honorars aufgrund der zuvor durchgeführten Plausibilitätsprüfungen jedoch jeweils davon aus, dass mit den Abrechnungen des Angeklagten "alles in Ordnung" sei und die abgerechneten Gebührenziffern ordnungsgemäß erbracht und abrechnungsfähig waren.

**c) Festsetzung und Auszahlung des Honorars durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland**

Die an den Angeklagten gerichteten Honorarbescheide für die einzelnen Quartale wurden an den nachfolgend aufgeführten Daten erlassen. Die Auszahlung erfolgte dabei jeweils entweder noch am gleichen Tage oder wenige Tage später. Der entsprechende Geldbetrag wurde dabei auf das Abrechnungskonto des Angeklagten bzgl. ab dem 3. Quartal 2004 auf das Abrechnungskonto der Ge-

meinschaftspraxis überwiesen, die der Angeklagte zusammen mit seinem Bruder führte.

Im Einzelnen wurde das Honorar auf der Grundlage der durch den Angeklagten abgerechneten Leistungen an den im Folgenden aufgeführten Daten festgesetzt und anschließend in der nachfolgend genannten Höhe ausgezahlt:

Quartal	Datum des Honorarbescheids	Honorarbetrag in Euro
2/2000	25.10.2000	7.003,64
3/2000	25.01.2001	6.779,01
4/2000	25.04.2001	13.214,44
1/2001	25.07.2001	19.527,00
2/2001	25.10.2001	28.084,05
3/2001	25.01.2002	35.137,83
4/2001	25.04.2002	39.851,42
1/2002	25.07.2002	55.726,13
2/2002	25.10.2002	51.335,59
3/2002	24.01.2003	62.035,03
4/2002	24.04.2003	74.297,61
1/2003	24.07.2003	78.565,73
2/2003	24.10.2003	85.359,78
3/2003	26.01.2004	81.047,78
4/2003	26.04.2004	91.678,27
1/2004	26.07.2004	102.299,97
2/2004	25.10.2004	108.708,51
3/2004	24.01.2005	85.910,38
4/2004	25.04.2005	92.983,06
1/2005	25.07.2005	85.618,41

**d) Der durch den Angeklagten verursachte (konkrete) Schaden in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005**

Zur Ermittlung des (betrügerischen) Abrechnungsverhaltens des Angeklagten im Tatzeitraum und des dabei konkret verursachten Schadens wurden die Gebührenabrechnungen von 100 gesetzlich Versicherten ausgewertet und Feststellungen zu den im Einzelnen vorgenommenen vorsätzlichen Falschabrechnungen durch den Angeklagten getroffen.

Durch die bei den 100 gesetzlich Versicherten vorgenommenen vorsätzlichen Falschabrechnungen verursachte der Angeklagte in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 einen Gesamtschaden in Höhe von **18.365,51 €**, der sich wie folgt auf die einzelnen Quartale verteilt:

Quartal	Konkreter Schaden
2/2000	29,68 €
3/2000	72,65 €
4/2000	104,59 €
1/2001	194,91 €
2/2001	323,73 €
3/2001	490,31 €
4/2001	703,99 €
1/2002	535,13 €
2/2002	628,23 €
3/2002	936,71 €
4/2002	1.182,15 €
1/2003	1.409,38 €
2/2003	1.398,42 €
3/2003	1.291,01 €
4/2003	1.683,90 €
1/2004	1.492,07 €
2/2004	1.461,65 €
3/2004	957,09 €
4/2004	1.837,35 €
1/2005	1.632,56 €

#### e) Der hochgerechnete Schaden

Aufgrund der bei den 100 gesetzlich Versicherten in den einzelnen Quartalen (konkret) festgestellten vorsätzlichen Falschabrechnungen ergibt sich auf der Grundlage einer mathematisch-statistischen Hochrechnung, die unter Berücksichtigung der (rechtlichen) Vorgaben des Bundesgerichtshofs in der Entscheidung BGHSt 36, 320 durch den Sachverständigen Prof. Dr. F. [REDACTED] erfolgt ist, ein durch den Angeklagten in den Quartalen 2/2000 bis 2/2004 verursachter (hochgerechneter) Gesamtschaden in Höhe von **394.496,80 €**, wobei es sich um ei-

nen Mindestschaden handelt, der ein statistisches Sicherheitsniveau von 99,5 % erreicht.

Da der Angeklagte ab dem 01.07.2004, mithin ab dem 3. Quartal 2004, zusammen mit seinem Bruder eine Gemeinschaftspraxis führte und eine Trennung zwischen den von ihm einerseits und seinem Bruder andererseits behandelten Patienten und abgerechneten Gebührenziffern nicht möglich war, erfasst die mathematisch-statistische Hochrechnung lediglich die Quartale 2/2000 bis 2/2004.

Im Quartal 3/2004 konnte nur für die Gebührenziffern 202, 203 und 204 ein "Garantieschaden" mit einem Sicherheitsniveau von 99,5 % errechnet werden. Die separate Hochrechnung für die Gebührenziffern 202 bis 204 beruht darauf, dass der Bruder des Angeklagten, der Zeuge [REDACTED] P [REDACTED], gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in diesem Quartal zwar zusammen mit dem Angeklagten eine Gemeinschaftspraxis führte, aber bezüglich der Gebührenziffern 202 bis 204, die den "Substitutionsbereich" betreffen, (noch) nicht abrechnungsbefugt war, da der Bruder des Angeklagten die erforderliche Genehmigung zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung, die zu Abrechnung der vorgenannten Gebührenziffern berechtigt, von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland erst am 06.10.2004 erteilt bekam. Im 3. Quartal 2004 war daher allein der Angeklagte zur Abrechnung der Gebührenziffern 202, 203 und 204 berechtigt, so dass insoweit trotz der Gemeinschaftspraxis eine eindeutige Zurechnung möglich war.

Bezüglich der Einzelheiten der Schadenshochrechnung wird auf die Feststellungsgrundlagen verwiesen (vgl. unten III. 4. g).

Im Einzelnen ergeben sich nach der Schadenshochrechnung folgende Quartalsschäden:

Quartal	Hochgerechneter Schaden
2/2000	1.667,23 €
3/2000	1.791,36 €
4/2000	3.289,34 €
1/2001	5.493,15 €
2/2001	10.766,18 €
3/2001	13.762,68 €
4/2001	17.809,87 €
1/2002	20.584,09 €
2/2002	20.360,88 €
3/2002	25.534,38 €
4/2002	29.028,92 €
1/2003	32.228,68 €
2/2003	36.820,08 €
3/2003	38.589,67 €
4/2003	40.712,52 €
1/2004	40.712,51 €
2/2004	42.268,53 €
3/2004	13.076,73 € (nur Gebührenziffern 202 bis 204)

Hinsichtlich der Quartale 4/2004 und 1/2005 konnten daher lediglich die sich aufgrund der konkreten Schadensberechnung der Sachverständigen S■■■ ergebenden Beträge als Betrugsschaden zugrunde gelegt werden (bezüglich 4/2004: 1.837,35 €; bezüglich 1/2005: 1.632,56 €). Demnach ergibt sich insgesamt ein von dem Angeklagten im Tatzeitraum (2/2000 bis 1/2005) durch vorsätzliche Falschabrechnungen verursachter **Gesamtschaden von 397.966,71 €** (394.496,80 € [hochgerechneter Schaden 2/2000 bis 3/2004] + 1.837,35 € [konkreter Schaden 4/2004] + 1.632,56 € [konkreter Schaden 1/2005]).

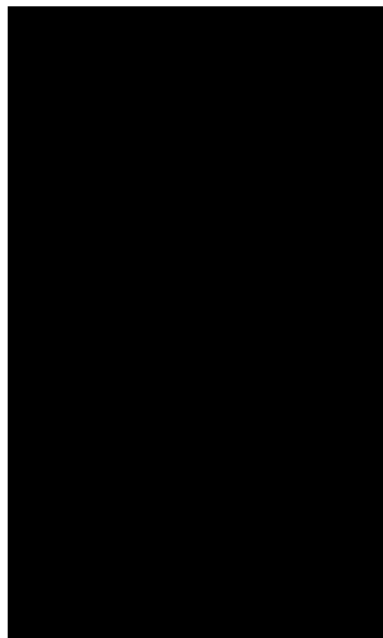
**f) Die einzelnen – patientenbezogenen – vorsätzlichen Falschabrechnungen in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005**

Im Tatzeitraum rechnete der Angeklagte bei insgesamt 80 gesetzlich Versicherten vertragsärztliche Leistungen nach dem EBM vorsätzlich zu Unrecht hat. Lediglich bei den nachfolgend aufgeführten 20 gesetzlich Versicherten waren die

Abrechnungen des Angeklagten im Ergebnis aus strafrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden. Während bei einigen gesetzlich Versicherten bereits im Ermittlungsverfahren keine vorsätzlichen Falschabrechnungen festgestellt worden waren, hat die Kammer nach Vernehmung der Zeugen bei einigen (wenigen) Zeugen die in der Anklageschrift beanstandeten Gebührenziffern zugunsten des Angeklagten unbeanstandet gelassen, wenn die abgerechnete Leistung nicht auszuschließen war und sich Zeugen nicht mehr konkret an die Vorgänge erinnern konnten. Schließlich wurden vorsätzliche Falschabrechnungen einzelner Gebührenziffern auch gemäß § 154 a Abs. 2 StPO als "abtrennbare Teile der Tat" von der Schadensberechnung aus verfahrensökonomischen Gründen ausgenommen, zumal der Anteil der jeweiligen Falschabrechnungen an dem verursachten Gesamtschaden vergleichsweise gering war.

Die Gebührenabrechnungen, die aus strafrechtlicher Sicht im Ergebnis nicht beanstandet bzw. nicht in die Schadensberechnung einbezogen worden sind, betreffen folgende gesetzlich Versicherte:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)
- 11)
- 12)
- 13)
- 14)
- 15)
- 16)
- 17)
- 18)
- 19)
- 20)



Bei den nachfolgend aufgeführten 80 gesetzlich Versicherten waren demgegenüber vorsätzliche Falschabrechnungen von teilweise erheblichem Umfang festzustellen.

Die im Einzelnen festgestellten vorsätzlichen Falschabrechnungen und – patientenbezogen ausgewiesenen – Schadensbeträge ergeben sich aus den nachfolgenden Tabellen, die die Namen der gesetzlich Versicherten, die beanstandeten Gebührenziffern nebst Datum der Abrechnung sowie den verursachten Schadensbetrag enthalten. Bezüglich der Berechnungsweise des Schadens, bei dem es sich um einen Mindestschaden handelt, wird auf die Feststellungsgrundlagen verwiesen.

Die jeweiligen vorsätzlichen Falschabrechnungen bei den einzelnen gesetzlich Versicherten stellen sind in den nachfolgenden Übersichten aufgeführt:



Patient: A ■■■■■, ■■■■■, geb. ■■■■■  
 Fallseitennummer Medico: P ■■■■ I - 17

abgerechnete Leistungen							Anerkennung Auswertung SV	Budgetierung der Leistung	Anerkennungs- quote der KV	konkreter		
Quartal	Leistungsstag	Anzahl	GNR	Punktzahl	Geldwert	Punktwert				Schaden	Quartalschaden	Gesamtschaden
2/2002	06.05.2002	1	60	320	12,84 €	4,0132 ct	N	J	100,00 %	12,84 €	12,84 €	44,21 €
3/2002	18.09.2002	1	+1M+	265	10,34 €	3,9014 ct	N	J	100,00 %	10,34 €	15,52 €	44,21 €
3/2002	18.09.2002	1	+3450+	15	0,52 €	3,4743 ct	N	N	100,00 %	0,52 €	15,52 €	44,21 €
3/2002	18.09.2002	1	+3452+	40	1,39 €	3,4743 ct	N	N	100,00 %	1,39 €	15,52 €	44,21 €
3/2002	18.09.2002	1	+8066+	90	3,27 €	3,6383 ct	N	N	100,00 %	3,27 €	15,52 €	44,21 €
4/2002	09.12.2002	1	+1M+	265	11,10 €	4,1884 ct	N	J	95,97 %	10,65 €	15,85 €	44,21 €
4/2002	09.12.2002	1	+3450+	15	0,52 €	3,4743 ct	N	N	100,00 %	0,52 €	15,85 €	44,21 €
4/2002	09.12.2002	1	+3452+	40	1,39 €	3,4743 ct	N	N	100,00 %	1,39 €	15,85 €	44,21 €
4/2002	09.12.2002	1	+8066+	90	3,28 €	3,6472 ct	N	N	100,00 %	3,28 €	15,85 €	44,21 €

Die Umstände und Hintergründe der vorsätzlichen Falschabrechnungen bei 80 gesetzlich Versicherten ergeben sich aus den nachfolgenden Einzelfeststellungen, die – patientenbezogen – die jeweiligen vorsätzlichen Falschabrechnungen für die einzelnen Gebührenziffern und Daten darstellen.

(1) bis (8) "Luftbehandlungen" der acht Patienten [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED] und [REDACTED] A [REDACTED]

Bei den gesetzlich Versicherten [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED] und [REDACTED] A [REDACTED] sowie [REDACTED] und [REDACTED] A [REDACTED] rechnete der Angeklagte im Tatzeitraum zahlreiche Gebührenziffern des EBM bewusst zu Unrecht ab, obwohl er die ärztlichen Leistungen sämtlich nicht erbracht hatte. Es handelt sich somit bei allen abgerechneten Gebührenziffern um so genannte "Luftbehandlungen". Sofern der Angeklagte in diesen Fällen nicht nur die abzurechnenden Leistungsziffern in das elektronische Krankenblatt eintrug, finden sich als vermeintliche Erkrankungen ganz überwiegend die Diagnosen "Akute Infektion der oberen Atemwege (J06.9, G)", gelegentlich auch die Diagnose "Infekt der Atemwege (J98.8, G)" die von dem Angeklagten auch bei anderen gesetzlich Versicherten lediglich als "Scheindiagnosen" eingetragen worden sind, um die vorgenommenen Falschabrechnungen zu verschleiern. Zudem verteilte der Angeklagte die vorsätzlich falsch abgerechneten Gebührenziffern bewusst auf mehrere Quartale.

Bei den "Scheinpatienten" [REDACTED] und [REDACTED] A [REDACTED] finden sich in den Krankenblättern zudem mehrere "Fantasieanamnesen", vermeintlich ausgestellte Rezepte und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, obwohl es sich auch insoweit sämtlich um "Luftbehandlungen" handelt. So soll die "Patientin" [REDACTED] A [REDACTED] nach dem Eintrag im Krankenblatt beispielsweise am 07.11.2002 wegen einer "Akuten Infektion der oberen Atemwege" arbeitsunfähig gewesen sein. Am 05.03.2003 findet sich neben der abgerechneten Leistungsziffer 1 (Ordinationsgebühr) die (Ver-

dachts) Diagnose "Nasenpolyp, nicht näher bezeichnet (J 33.9, V) und als "Anamnese" die Eintragung "die Arme ist leider durch das erste Jura-Examen gefallen".

Bei dem "Scheinpatienten" ■■■■■ A■■■■■ finden sich darüber hinaus Fantasiediagnosen wie "Rheuma", "Ekzeme", "Durchblutungsstörungen" und sogar eine "Depression". Der Angeklagte stellte auf den gesetzlich Versicherten ■■■■■ A■■■■■ auch zahlreiche Rezepte aus, obwohl der gesetzlich Versicherte die entsprechenden Arzneimittel nie erhalten hat, so etwa "Licht Kristallus Ampullen", "Triam Creme" und "Viagra". Wegen der am 05.07.2003 angeblich diagnostizierten "Depressiven Entwicklung" soll der gesetzlich Versicherte ■■■■■ A■■■■■ sogar vom 05.07. bis zum 20.07.2003 arbeitsunfähig erkrankt gewesen sein. Ohne ärztliche Indikation rechnete der Angeklagte bei dem Patienten ■■■■■ A■■■■■ – wie bei vielen anderen gesetzlich Versicherten auch – wahllos Leistungen aus dem psychosomatischen Bereich (Gebührensnummern 850 [Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände] und 851 [verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen]) bewusst zu Unrecht ab.

Auch bei den gesetzlich Versicherten ■■■■■ und ■■■■■ A■■■■■ rechnete der Angeklagte an zahlreichen Tagen wahllos Gebührensnummern des EBM zu Unrecht ab, obwohl Behandlungen nicht stattfanden und es sich daher um reine "Luftziffern" handelt.

**(9) bis (12) "Luftbehandlungen" der vier "Scheinpatienten" ■■■■■ A■■■■■, ■■■■■ A■■■■■, ■■■■■ A■■■■■ und ■■■■■ B■■■■■**

Bei den gesetzlich Versicherten ■■■■■ A■■■■■, ■■■■■ A■■■■■, A■■■■■ ■■■■■ A■■■■■ und ■■■■■ B■■■■■ rechnete der Angeklagte Gebührennummern des EBM vorsätzlich falsch ab, obwohl die vorgenannten Zeugen von dem Angeklagten nicht behandelt worden sind, sondern die Praxis des Angeklagten noch nie betreten haben. Auch insoweit handelt es sich daher um die vorsätzlich falsche Abrechnung von "Luftziffern".

Bei den vorgenannten gesetzlich Versicherten handelt es sich um Patienten des Orthopäden Dr. R■■■■, die dessen Praxis aufgesucht und aus diesem Anlass ihre Versichertenkarten haben einlesen lassen. Um die vorsätzlichen Falschabrechnungen durchführen zu können, erhielt der Angeklagte die Patientendaten von dem Orthopäden Dr. R■■■■, der im Tatzeitraum in demselben Gebäude, in dem auch der Angeklagte seine Arztpraxis unterhielt, eine Praxis hatte.

**(13) bis (19) Falschabrechnungen bei den „Substitutionspatienten ■■■■ A■■■■, ■■■■ und ■■■■ A■■■■, ■■■■ A■■■■, ■■■■ A■■■■, ■■■■ B■■■■ und ■■■■ B■■■■**

Der Angeklagte hatte im Tatzeitraum die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Durchführung und Abrechnung der Substitutionsbehandlung. Bei Patienten, die drogenabhängig waren und seine Praxis als "Substitutionspatienten" aufsuchten, rechnete der Angeklagte in zahlreichen Fällen die Gebührensätze (202 [Substitutionsbehandlung mit Methadon], 203 [Zuschlag zur Leistung nach Nr. 202 für die Durchführung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember] und 204 [Zuschlag zur Leistung nach Nr. 202 für das therapeutische Gespräch, Dauer mindestens 10 Minuten]) bewusst zu Unrecht ab, obwohl er die jeweiligen Patienten zuvor nicht zu Gesicht bekam, so dass es an dem von der Leistungslegende vorausgesetzten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt fehlte. Vielmehr delegierte der Angeklagte die Substitutionsbehandlung unzulässigerweise an sein Praxispersonal, das jeweils während der Woche (3 x täglich) sowie an den Wochenenden die Substitutionsbehandlung in eigener Verantwortung übernahm und den Substitutionspatienten das Substitut verabreichte. Hierzu beauftragte der Angeklagte entweder den Zeugen K■■■■ bzw. in einigen Fällen auch den Zeugen ■■■■ G■■■■ damit, die "Substitutionspatienten" zu betreuen und als "Vergabeleiter" zu fungieren. Beide Zeugen verfügten jedoch nicht über eine medizinische Ausbildung. Während der Zeuge K■■■■ von Be-

ruf Rettungssanitäter ist, hat der Zeuge G [REDACTED] der mittlerweile Abgeordneter der [REDACTED] im saarländischen Landtag ist, den Beruf des Kfz-Mechanikers erlernt. Die Substitutionsvergabe fand dabei in der Weise statt, dass die Medikamente den Substitutionspatienten durch die Zeugen K [REDACTED] und G [REDACTED] bzw. durch die Arzthelferinnen ausgegeben wurden und die Substitutionspatienten anschließend die Praxis verließen, ohne den Angeklagten gesehen oder gesprochen zu haben.

Der Angeklagte war währenddessen entweder überhaupt nicht in der Praxis oder hielt sich – wenn er in der Praxis war – in einem anderen Raum auf. Er schaute allenfalls gelegentlich bei der Substitutionsvergabe vorbei, ohne sich aber von dem Gesundheitszustand der Patienten ein eigenes Bild zu machen oder einen persönlichen Kontakt zu den Substitutionspatienten herzustellen. Lediglich in Einzelfällen, wenn es um die Neuaufnahme von Substitutionspatienten ging, gesundheitliche Beschwerden auftraten oder konkrete Probleme bei der Substitutionsvergabe auftauchten, bekam der Angeklagte sie persönlich zu Gesicht. In diesen (wenigen) Fällen wurden die abgerechneten Leistungen von der Kammer nicht beanstandet; anders dagegen in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle, in denen der Angeklagte die Patienten nicht zu Gesicht bekam, aber gleichwohl die Gebührensnummern (202 bis 204) des EBM abrechnete. Soweit der Bruder des Angeklagten, der Zeuge [REDACTED] P [REDACTED], die Überwachung der Substitutionsbehandlung übernahm, war er hierzu bis einschließlich zum 3. Quartal 2004 nicht befugt, da er die erforderliche Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland nicht besaß.

Überdies rechnete der Angeklagte – wie in zahlreichen weiteren Fällen – auch bei den Substitutionspatienten wahllos Gebührensnummern, ab, obwohl die entsprechenden Leistungen nicht erbracht worden waren ("Luftziffern") bzw. in Einzelfällen die von der Leistungslegende geforderte Dokumentationsleistung nicht erfolgt war und die Gebührensnummer somit – wie der Angeklagte wusste – nicht vollständig erbracht und daher auch nicht abrechnungsfähig war.

Die vorsätzlichen Falschabrechnungen betreffen dabei folgende Leistungen und Gebührenziffern:

- Gebührenziffer 850 (Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände)
- Gebührenziffer 851 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen)
- Gebührenziffern, die jeweils (längere) therapeutische Gespräche bzw. Arzt-Patienten-Kontakte voraussetzen (Gebührenziffern 1 [Ordinationsgebühr], 2 [Konsultationsgebühr], 10 [Therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer], 11 [Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit, Dauer mind. 10 Minuten], 17 [Intensive ärztliche Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen und beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung bei nachhaltig lebensverändernder oder lebensbedrohender Krankheit, Dauer mind. 10 Minuten], 18 [Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 10, 11 und 17 bei einer Gesprächsdauer von mindestens 30 Minuten])
- Sonstige Leistungen (Atemalkoholtest [Gebührenziffer 3869], Drogensuchtests unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers [Gebührenziffern 3860, 3862, 3865, 3866, 3867], Ganzkörperuntersuchungen [Gebührenziffer 60], Klinisch-neurologische Basisdiagnostik [Gebührenziffer 801])

(20) ■■■■■ A. ■■■■■

Bei dem Zeugen A. ■■■■■ rechnete der Angeklagte am 06.05.2002 anlässlich einer Behandlung des Zeugen die Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) ab, ohne die nach der Leistungslegende des EBM erforderliche Dokumentation der entsprechenden Befunde vorzunehmen, so dass die Leistung – wie der Angeklagte wusste – nicht abrechnungsfähig war. Zudem rechnete der Angeklagte in der Folge sowohl am 18.09.2002 als auch am 09.12.2002 jeweils die Ordinationsgebühr (Gebührenziffer 1) ab, obwohl der Zeuge A. ■■■■■ zu dieser Zeit bereits nach Köln umgezogen war, um

dort im Oktober 2002 ein Studium aufzunehmen, so dass es sich um bloße "Luftziffern" handelt.

(21) ■■■ A ■■■

Bei dem Patienten A ■■■ rechnete der Angeklagte am 25.09.2003 anlässlich einer Behandlung des Zeugen die Gebührenziffer 850 (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) ab, ohne den nach der Leistungslegende des EBM erforderlichen schriftlichen Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge zu dokumentieren, so dass die Leistung – wie der Angeklagte wusste – als vertragsärztliche Leistung nicht vollständig erbracht und damit nicht abrechnungsfähig war.

(22) ■■■ A ■■■ - A ■■■

Bei der Zeugin A ■■■ - A ■■■ rechnete der Angeklagte am 15.02.2002 anlässlich einer Behandlung der Zeugin die Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) ab, obwohl die entsprechende ärztliche Leistung nicht erbracht worden war. Zudem fehlte die nach der Leistungslegende des EBM erforderliche Dokumentation der entsprechenden Befunde im Krankenblatt, so dass – wie der Angeklagte wusste – die Leistung nicht vollständig erbracht und damit auch deswegen nicht abrechnungsfähig war.

Am 18.02.2002 rechnete der Angeklagte zudem die Gebührenziffern 2, 10 und 801 vorsätzlich falsch ab. Auch diesbezüglich handelt es sich um Abrechnungen, denen keine ärztliche Behandlung zugrunde lag, so dass es sich um "Luftbehandlungen" handelt.

(23) ■■■■■ A ■■■■■

Wie bei zahlreichen anderen Patienten, rechnete der Angeklagte auch bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■■■ bewusst zu Unrecht Gebührensiffern aus dem psychosomatischen Bereich ab, ohne dass eine entsprechende Behandlung angezeigt gewesen oder durchgeführt worden wäre. Vielmehr rechnete der Angeklagte auch hier die entsprechenden Gebührensiffern 850 (am 01.09.2003) bzw. 851 (am 08.09.2003) wahllos gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ab. Bezüglich der Gebührensiffer 850 fehlt es zudem an dem von der Leistungslegende geforderten schriftlichen Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge, so dass die Gebührensiffer – wie der Angeklagte wusste – auch aus diesem Grunde nicht vollständig erbracht und damit nicht abrechnungsfähig war.

(24) ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■■■ rechnete der Angeklagte am 21.02.2003 die Gebührensiffer 2 (Konsultationsgebühr), am 06.01.2005 die Gebührensiffer 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und am 18.01.2005 die Gebührensiffer 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) bewusst zu Unrecht ab, obwohl am 21.02.2003 ein Arzt-Patienten-Kontakt nicht stattgefunden hatte und die Leistungen auch im Übrigen (am 06.01. und 18.01.2005) nicht erbracht worden sind, so dass es sich um "Luftziffern" handelt.

(25) ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem ■■■■■ A ■■■■■, dem am ■■■■■ geborenen Sohn des Zeugen ■■■■■ A ■■■■■, rechnete der Angeklagte am 11.02.2003 bewusst zu Unrecht die Gebührensiffer 1 (Ordinationsgebühr) ab, obwohl der ■■■■■



A [REDACTED] nie in der Praxis des Angeklagten war und von dem Angeklagten auch nicht behandelt worden ist, so dass es sich um eine "Luftziffer" handelt. An die Patientendaten des [REDACTED] A [REDACTED] gelangte der Angeklagte, nachdem der Zeuge [REDACTED] A [REDACTED] dem Angeklagten versehentlich statt seiner Versicherungskarte die Versicherungskarte seines Sohnes ausgehändigt hatte, dies aber erst später bemerkte.

(26) [REDACTED] A [REDACTED]

Der Angeklagte rechnete bei der Zeugin [REDACTED] A [REDACTED] am 02.02.2001 die Gebührensnummer 60 (Ganzkörperstatus) bewusst zu Unrecht ab, obwohl er bei der Zeugin keine entsprechende Ganzkörperuntersuchung durchgeführt hatte und darüber hinaus auch die von der Leistungslegende geforderte Befunddokumentation nicht vornahm.

(27) [REDACTED] A [REDACTED]

Bei dem Zeugen [REDACTED] A [REDACTED] rechnete der Angeklagte am 08.01.2003 die Ordinationsgebühr (Gebührensnummer 1) ab, obwohl der Zeuge an diesem Tag in der Praxis des Angestellten lediglich an der Anmeldung eine Bescheinigung über einen Arztbesuch in Empfang nahm, ohne den Angeklagten, der sich zu diesem Zeitpunkt zudem nicht in der Praxis befand, persönlich gesehen oder gesprochen zu haben, so dass der von der Leistungslegende geforderte persönliche Arzt-Patienten-Kontakt nicht gegeben war. Es handelt sich daher um eine "Luftziffer".

(28) [REDACTED] A [REDACTED]

Bei dem Zeugen [REDACTED] A [REDACTED] rechnete der Angeklagte am 23.06.2003, 30.03.2004 und 01.07.2004 jeweils Gebührensnummern ab, obwohl keinerlei

ärztliche Behandlungen oder Kontakte zu dem Zeugen stattgefunden hatten, so dass es sich um "Luftziffern" handelt.

(29) ■■■■■ A ■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■■ rechnete der Angeklagte am 28.04. und am 14.07.2003 jeweils die Gebührenziffer 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) bewusst zu Unrecht ab, da zum einen – wie der Angeklagte wusste – der von der Leistungslegende geforderte schriftliche Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge nicht dokumentiert wurde und zum anderen auch die der Gebührenziffer zugrunde liegende ärztliche Leistung nicht erbracht worden war, so dass es sich auch in diesem Fall um "Luftziffern" handelt.

(30) ■■■■ A ■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■ A ■■■■ der zum damaligen Zeitpunkt als Fußballer einen Amateurvertrag beim 1. FC Saarbrücken hatte und sich wegen einer Knieverletzung in die Praxis des Angeklagten begeben hatte, rechnete der Angeklagte am 13.06.2002 die Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) vorsätzlich zu Unrecht ab, obwohl eine Ganzkörperuntersuchung weder entsprechend der Leistungslegende dokumentiert noch tatsächlich durchgeführt worden war.

(31) ■■■■ A ■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■ A ■■■■, der früher ■■■■ A ■■■■ hieß und die Praxis des Angeklagten im Zusammenhang mit einer Geschlechtsumwandlung aufsuchte, rechnete der Angeklagte an zahlreichen Tagen die Gebührenziffern 2 (Konsultationsgebühr) und 10 (therapeutisches hausärztli-

ches Gespräch von mindestens 10 Minuten) bewusst zu Unrecht ab, obwohl der Angeklagte den Zeugen an diesen Tagen nicht gesehen hatte, so dass der erforderliche Arzt-Patienten-Kontakt nicht vorlag. Vielmehr erhielt der Zeuge an diesen Tagen lediglich Testosteronspritzen von dem nicht-ärztlichen Praxispersonal des Angeklagten. Am 29.11.2004 wurde lediglich ein Laborbefund zur Krankenakte des Zeugen genommen; am 22.07.2004 rechnete der Angeklagte zudem die Gebührenziffer 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die Leistung nicht erbracht worden war.

(  
(32) ■■■■■ A ■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■, dem Sohn des Zeugen ■■■■■ A ■■■ rechnete der Angeklagte an mehreren Tagen ab dem 15.11.2000 Gebührenziffern bewusst zu Unrecht ab, obwohl an diesen Tagen keinerlei Kontakte oder Gespräche zwischen dem Angeklagten und dem Zeugen, der zuvor lediglich ein Mal am 08.11.2000 von dem Angeklagten behandelt worden war, stattgefunden hatten. Es handelt sich daher sämtlich um "Luftziffern". Gleiches gilt für die am 08.11.2000 abgerechnete Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus), da die Leistung auch hier durch den Angeklagten nicht erbracht worden ist.

(  
(33) ■■■■■ A ■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■ rechnete der Angeklagte ab dem 06.05.2000 zahlreiche Gebührenziffern bewusst zu Unrecht ab, obwohl die zugrunde liegenden Leistungen durch den Angeklagten entweder überhaupt nicht erbracht worden sind oder – soweit es die Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) betrifft – zumindest die von der Leistungslegende geforderte Befunddokumentation fehlte, so dass – wie der Angeklagte

wusste – die Leistung nicht vollständig erbracht und damit nicht abrechnungsfähig war.

(34) ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■■■ rechnete der Angeklagte die Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) vorsätzlich falsch ab, da die von der Leistungslegende geforderte Befunddokumentation – wie er wusste – nicht vorlag.

(35) ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■■■ rechnete der Angeklagte am 28.11.2002 die Gebührenziffer 18 (Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 10, 11 und 17 bei einer Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten) und am 16.12.2002 die Gebührenziffer 2 (Konsultationsgebühr) vorsätzlich falsch ab, obwohl im ersten Fall die nach der Leistungslegende geforderte Gesprächsdauer von 30 Minuten für den Zuschlag zur Gebührenziffern 11 nicht erreicht wurde und im zweiten Fall eine Behandlung überhaupt nicht stattfand, so dass es sich um eine "Luftbehandlung" handelte.

(36) ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem ■■■■■ A ■■■■■, bei dem es sich zu den Tatzeitpunkten um ein Kleinkind handelte, rechnete der Angeklagte an zwei Tagen die Ordinationsgebühr (Gebührenziffer 1) sowie an einem weiteren Tag zusätzlich die Gebührenziffer 10 (therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die Mutter des ■■■■■ A ■■■■■, die Zeugin ■■■■■ F ■■■■■ geschiedene A ■■■■■, lediglich ein Mal in der Praxis des Angeklagten war, ohne aber ihren Sohn bei diesem Besuch dabei gehabt zu haben. Auf Wunsch der Zeugin F ■■■■■ wurde ihr eine „Mykindex-

Salbe“ verschrieben, wobei sie das Rezept nach Einlesen der Krankenversicherungskarte an der Anmeldung von einer Arzthelferin ausgehändigt bekam, ohne den Angeklagten zuvor gesehen oder mit diesem gesprochen zu haben. Weitere Besuche in der Praxis fanden in der Folge nicht statt. Gleichwohl rechnete der Angeklagte am 24.02.2004 Gebührenscheine („Luftziffern“) bewusst zu Unrecht ab.

(37) ■■■■■ A ■■■■■

Bei der Zeugin ■■■■■ A ■■■■■ rechnete der Angeklagte am 06.07.2003 (einem Sonntag) und am 11.10.2003 (einem Samstag) bewusst zu Unrecht jeweils die Gebührenscheine 1 (Ordinationsgebühr) ab, obwohl die Zeugin an diesen Tagen lediglich für ihren drogenabhängigen Sohn, den Zeugen ■■■■■ A ■■■■■, das „Subutex“ in der Praxis des Angeklagten abholte, ohne von dem Angeklagten behandelt worden zu sein, so dass es sich um „Luftziffern“ handelt.

(38) ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■■■ rechnete der Angeklagte an mehreren Tagen die Gebührenscheine 1 (Ordinationsgebühr) und 2 (Konsultationsgebühr) jeweils bewusst zu Unrecht ab, obwohl sich der Zeuge A ■■■■■ an diesen Tagen nicht in der Praxis des Angeklagten befand, so dass es sich um „Luftziffern“ handelt. An die Krankenversicherungskarte des Zeugen A ■■■■■ gelangte der Angeklagte über den Zeugen ■■■■■ D ■■■■■, genannt „C ■■■■■“, dem der Zeuge A ■■■■■ seine Krankenversicherungskarte zuvor ausgehändigt hatte. Hintergrund war, dass sich der Zeuge A ■■■■■, der sich zu diesem Zeitpunkt in der Kneipe des Zeugen D ■■■■■ befand, und einen „über den Durst“ getrunken hatte, keine Lust hatte arbeiten zu gehen. Der „C ■■■■■“ machte ihm daher den Vorschlag, seine Krankenversicherungskarte mitzunehmen, da er einen Arzt kenne, der ihm eine (un-

berechtigte) Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen könne. Der Zeuge A■■■■ übergab daher dem "C■■■■" seine Krankenversicherungskarte und erhielt diese ein paar Tage später zusammen mit der (unberechtigten) Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zurück.

(39) ■■■■ A■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■ A■■■■ rechnete der Angeklagte am 02.10.2001 die Gebührensiffer 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) bewusst zu Unrecht ab, obwohl er dem Zeugen, der in das "Substitutionsprogramm" des Angeklagten aufgenommen werden wollte, lediglich apodiktisch mitteilte, dass sein Programm bereits "voll" sei und er ihn daher nicht aufnehmen könne.

(40) ■■■■ A■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■ A■■■■ rechnete der Angeklagte am 10.12.2001 die Gebührensiffern 2 (Konsultationsgebühr) und 10 (therapeutisches hausärztliches Gespräch mit einer Dauer von mindestens 10 Minuten) bewusst zu Unrecht ab, obwohl der Zeuge die Praxis des Angeklagten an diesem Tag lediglich aufsuchte, um sich eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlängern zu lassen und diese Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an der Anmeldung von einer Arzthelferin erhielt, ohne den Angeklagten gesehen oder mit diesem gesprochen zu haben.

(41) und (42) ■■■■ A■ und ■■■■ A■■■■

Bei den Zeuginnen A■ und A■■■■ rechnete der Angeklagte jeweils die Gebührensiffern 1 (Ordinanzionsgebühr) und 2 (Konsultationsgebühr) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die Zeuginnen die Praxis des Angeklagten

lediglich einmal aufgesucht hatten, um sich die "Pille" verschreiben zu lassen und das Rezept jeweils an der Anmeldung von einer Arzthelferin ausgehändigt erhielten, ohne den Angeklagten gesehen oder mit diesem gesprochen zu haben. Die Zeugin A ■ war darüber hinaus weder am 08.07. noch am 26.09.2003 nicht in der Praxis des Angeklagten, so dass auch die an diesen Tagen abgerechneten Gebührenszißern vorsätzliche Falschabrechnungen darstellen.

(43) ■ A ■

Bei der Zeugin ■ A ■ rechnete der Angeklagte am 10.12.2002 die Gebührenszißer 60 (Ganzkörperstatus) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die Leistung nicht erbracht worden war ("Luftszißer").

(44) ■ A ■

Bezüglich der Zeugin ■ A ■ rechnete der Angeklagte am 03.10.2001 die Gebührenszißer 2 (Konsultationsgebühr) und am 19.03.2002 die Gebührenszißer 60 (Ganzkörperstatus) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die Zeugin an diesen Tagen nicht in der Praxis des Angeklagten war und auch keine Behandlung oder Befundbesprechung erfolgte, so dass es sich um "Luftszißern" handelt.

(45) ■ A ■

Bei dem am ■ 1978 geborenen ■ A ■ rechnete der Angeklagte am 08.08.2002 die Gebührenszißer 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) sowie an zahlreichen weiteren Tagen die Gebührenszißer 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) willkürlich und bewusst zu Unrecht ab, ob-

wohl die ärztlichen Leistungen nicht erbracht worden waren. Zudem rechnete der Angeklagte am 28.09.2002 die Gebührenziffer 2 (Konsultationsgebühr) sowie am 01.02.2003 die Gebührenziffer 10 (therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten) bewusst zu Unrecht ab, obwohl der erforderliche Arzt-Patienten-Kontakt nicht stattgefunden hatte, so dass es sich vollständig um "Luftziffern" handelt.

(46) ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem Zeugen A ■■■■■ rechnete der Angeklagte am 24.09.2001, 04.10.2001 und 20.08.2002 Gebührenziffern bewusst zu Unrecht ab, obwohl der Zeuge an diesen Tagen weder in der Praxis des Angeklagten war und auch sonst keinerlei ärztliche Kontakte zu dem Angeklagten stattfanden, so dass es sich um "Luftziffern" handelt.

(47) ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■■■ rechnete der Angeklagte – wie bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■■■ – die Gebührenziffer 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) am 10.03.2003 bewusst zu Unrecht ab, obwohl er dem Zeugen, der in das "Substitutionsprogramm" des Angeklagten aufgenommen werden wollte, in einem kurzen Gespräch lediglich mitteilte, dass sein Programm bereits "voll" sei und er nächsten Monat nochmals kommen solle.

(48) ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■■■, der sich zur Vorbereitung auf eine anstehende medizinisch-psychologische Untersuchung in die Praxis des Angeklagten begab, rechnete der Angeklagte zahlreiche Gebührenziffern des



einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) als vermeintliche vertragsärztliche Leistungen ab, obwohl sich der Zeuge A■■■■, der seinen Führerschein verloren hatte, als "Selbstzahler" und damit als Privatpatient in die Behandlung des Angeklagten begeben hatte. Dem Angeklagten war dabei bewusst, dass die Leistungen von dem Zeugen selbst zu zahlen waren und es sich nicht um "Kassenleistungen" handelte, die gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung Saarland abgerechnet werden durften.

(49) ■■■■ A■■■■

Die Zeugin ■■■■ A■■■■ suchte die Praxis des Angeklagten lediglich ein einziges Mal auf, da sie für eine anstehende Urlaubsreise ein von ihr ständig eingenommenes Schmerzmittel benötigte. Da das "Budget" ihres Hausarztes Dr. K■■■■ bereits "verbraucht" war, wurde sie zum Angeklagten geschickt. Als sie daraufhin in die Praxis des Angeklagten kam, war das Rezept mit dem Medikament "Vioxx" bereits ausgestellt und zur Abholung vorbereitet. Die Zeugin A■■■■ erhielt daher das Rezept in der Praxis des Angeklagten an der Anmeldung von einer Arzthelferin ausgehändigt, ohne den Angeklagten zuvor gesehen oder mit diesem gesprochen zu haben. Trotz des fehlenden Arzt-Patienten-Kontaktes am 17.06.2003 rechnete der Angeklagte die Gebührenziffer 1 (Ordinationsgebühr) bewusst zu Unrecht ab. Zudem rechnete der Angeklagte am 21.08.2003 die Gebührenziffern 1 (Ordinationsgebühr) und 10 (therapeutisch-hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die Zeugin an diesem Tag von dem Angeklagten nicht behandelt worden ist, so dass es sich um "Luftziffern" handelt.

(50) ■■■■■ A ■■■■■

Die Zeugin ■■■■■ A ■■■■■ begab sich im Jahr 2001 in die Praxis des Angeklagten, um ihre Blutwerte überprüfen zu lassen und insbesondere eine Hepatitis-erkrankung auszuschließen. Obwohl die Blutabnahme am 02.03.2001 durch eine Arzthelferin durchgeführt wurde und die Zeugin A ■■■■■ an diesem Tag keinerlei Kontakt zu dem Angeklagten hatte, rechnete der Angeklagte am 02.03.2001 bewusst zu Unrecht die Gebührens-ziffern 1 (Ordinationsgebühr) und 10 (therapeutisches hausärztliches Ge-spräch von mindestens 10 Minuten Dauer) ab. Nachdem die Blutergebnis-se vorlagen, begab sich die Zeugin nochmals in die Praxis des Angeklag-ten zur Besprechung der Ergebnisse. Diesbezüglich fand am 06.03.2001 ein Gespräch mit dem Angeklagten statt, wobei die Zeugin auch Eisentab-letten erhielt. Obwohl die Zeugin in der Folge die Praxis des Angeklagten nicht mehr aufsuchte und auch sonst keinerlei Kontakte zu dem Angeklag-ten mehr hatte, rechnete der Angeklagte am 13.03.2001, 02.04.2001 so-wie am 31.07.2002 jeweils die Gebührens-ziffer 2 (Konsultationsgebühr) vorsätzlich falsch ab.

(51) Dr. ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem Zeugen Dr. ■■■■■ A ■■■■■ einem Apotheker, rechnete der Ange-klagte mehrfach die Gebührens-ziffer 60 (Ganzkörperstatus) ab, obwohl diese Leistung bei dem Zeugen nie erbracht worden war. Am 15.07.2000 rechnete der Angeklagte zudem – ohne dass ein ärztlicher Kontakt zu dem Zeugen stattgefunden hatte – zusätzlich die Gebührens-ziffer 10 als "Luftziffer" vorsätzlich falsch ab.

(52) ■■■■■ A ■■■■■

Der Zeuge ■■■■■ A ■■■■■, der den Angeklagten aufgrund seiner Parteizugehörigkeit zu den "■■■■■" persönlich kannte, wurde des Öfteren durch den Angeklagten behandelt. Allerdings rechnete der Angeklagte am 13.04.2001, 30.10.2001, 14.05.2004 und am 30.07.2004 jeweils Gebührenziffern zu Unrecht ab, obwohl ein ärztlicher Kontakt oder eine vertragsärztliche Behandlung bzw. Beratung des Zeugen an diesen Tagen nicht stattgefunden hatte, so dass es sich um bloße "Luftziffern" handelt. Am 20.04.2004 suchte der Zeuge, der vom 14. bis 28.06.2004 eine Flugreise gebucht hatte, die Reise aber nicht antreten wollte, den Angeklagten auf und bat ihn, ihm eine "Gefälligkeitsbescheinigung" auszustellen, damit er das Geld von der Reiserücktrittsversicherung, der der Zeuge bereits zuvor mitgeteilt hatte, dass er die Reise nicht antreten könne, zurückerhalten konnte. Der Angeklagte stellte dem Zeugen daraufhin eine auf den 13.05.2004 datierende "ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei einer Reiserücktrittsversicherung" aus, wobei er dem Zeugen wahrheitswidrig attestierte, so schwerwiegend erkrankt zu sein, dass er auf absehbare Zeit keine Flugreisen durchführen solle. Für den 20.04.2004 rechnete der Angeklagte dabei die Gebührenziffern 1 (Ordinationsgebühr) und 850 (differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) bewusst zu Unrecht ab, obwohl er an diesem Tag von dem Zeugen A ■■■■■ lediglich gebeten worden war, ihm das vorerwähnte "Gefälligkeitsattest" auszustellen.

(53) ■■■■■ A ■■■■■

Bei der Zeugin ■■■■■ A ■■■■■ rechnete der Angeklagte – ohne dass eine Behandlung oder ein ärztlicher Kontakt stattgefunden hätte – am 12.01., 13.02. und 25.02.2004 jeweils Gebührenziffern als reine "Luftziffern" bewusst zu Unrecht ab. Am 18.06.2004, als die Zeugin A ■■■■■ in der Praxis anrief, dort aber lediglich mit einer Arzthelferin des Angeklagten, der Zeu-

gin [REDACTED] K [REDACTED], telefonierte, wurden entweder durch den Angeklagten selbst oder auf dessen Weisung durch die Zeugin K [REDACTED] die Gebührenziffern 1 (Ordinationsgebühr) und 11 (Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit durch hausärztliches Gespräch, Dauer mindestens 10 Minuten) vorsätzlich falsch abgerechnet.

(54) [REDACTED] A [REDACTED]

Der Zeuge [REDACTED] A [REDACTED] wurde durch den Angeklagten zu keinem Zeitpunkt behandelt. Dennoch rechnete der Angeklagte an insgesamt 5 verschiedenen Tagen Gebührenziffern als bloße "Luftziffern" bewusst zu Unrecht ab, obwohl der Zeuge lediglich seinen Sohn [REDACTED] A [REDACTED] zu dessen Substitutionsbehandlung in die Praxis des Angeklagten begleitet und den Angeklagten dabei allenfalls begrüßt hatte. An die Krankenversicherungskarte des Zeugen [REDACTED] A [REDACTED] gelangte der Angeklagte dabei in der Weise, dass er dem Zeugen gegenüber vorgab, feststellen zu müssen, ob er tatsächlich der Vater des [REDACTED] A [REDACTED] sei, wozu er die Krankenversicherungskarte benötige.

(55) [REDACTED] A [REDACTED]

Bei der Zeugin A [REDACTED] rechnete der Angeklagte an zahlreichen Tagen wahllos die Gebührenziffern 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, Dauer mindestens 15 Minuten) ab, obwohl eine behandlungsbedürftige psychosomatische Erkrankung weder vorlag noch der Leistungsinhalt der Gebührenziffern erbracht worden ist ("Luftziffern") und die Gebührenziffern daher lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnungen in Ansatz gebracht worden sind. Am

25.03.2004 rechnete der Angeklagte zudem die Gebührenziffer 1 (Ordinationsgebühr) ab, obwohl die Zeugin A [REDACTED] an diesem Tag überhaupt nicht in der Praxis des Angeklagten war und dementsprechend der von der Leistungslegende geforderte persönliche Arzt-Patienten-Kontakt nicht stattgefunden hat.

(56) [REDACTED] A [REDACTED]

Bei der Zeugin [REDACTED] A [REDACTED] rechnete der Angeklagte an verschiedenen Tagen die Gebührenziffern 1 (Ordinationsgebühr) und 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) bewusst zu Unrecht ab, obwohl eine Behandlung oder ein Arzt-Patienten-Kontakt mit der Zeugin an diesen Tagen nicht stattgefunden hatte, so dass es sich um "Luftziffern" handelt.

(57) [REDACTED] A [REDACTED]

Auch bei dem Zeugen [REDACTED] A [REDACTED], dem Ehemann der Zeugin [REDACTED] A [REDACTED], rechnete der Angeklagte an drei verschiedenen Tagen die Gebührenziffer 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) vorsätzlich falsch ab, obwohl eine behandlungsbedürftige psychosomatische Erkrankung bei dem Zeugen A [REDACTED] weder vorlag noch die von der Leistungslegende geforderte Klärung psychosomatischer Krankheitszustände erfolgt ist, so dass es sich um "Luftziffern" handelt.

(58) [REDACTED] A [REDACTED]

Der Zeuge [REDACTED] A [REDACTED] suchte den Angeklagten am 21.03.2002 auf, da er sich bei einer Logopädieschule beworben hatte und hierzu eine ärztliche

Bescheinigung vorlegen musste. Dass der Zeuge in die Praxis des Angeklagten ging, beruhte darauf, dass sich sein Hausarzt Dr. B. zu diesem Zeitpunkt in Urlaub befand. Mit dem Angeklagten führte der Zeuge daraufhin jedoch nur ein kurzes Gespräch, wobei ihm der Angeklagte – ohne weitere Untersuchung – sogleich mitteilte, dass er ihm die gewünschte Bescheinigung "unbedenklich" ausstellen könne, woraufhin der Zeuge die Bescheinigung kurz darauf an der Anmeldung in der Praxis abholen konnte. Obwohl daher das von der Leistungslegende geforderte therapeutische hausärztliche Gespräch zu komplexen erkrankungsbedingten Patientenproblemen nicht stattgefunden hatte und auch die erforderliche Minstdauer von 10 Minuten bei weitem nicht erreicht worden war, rechnete der Angeklagte die Gebührensnummer 10 des EBM bewusst zu Unrecht ab.

(59) A.

Bei dem Zeugen A., der die Praxis des Angeklagten nach einer Entgiftung in der S. Klinik in Saarbrücken aufgesucht hatte, rechnete der Angeklagte an verschiedenen Tagen Gebührensnummern ab, ohne dass die zugrunde liegenden ärztlichen Leistungen erbracht wurden, so dass es sich um "Luftnummern" handelt. Lediglich bei der am 06.05.2003 abgerechneten Gebührensnummer 60 ist die Kammer zugunsten des Angeklagten davon ausgegangen, dass eine Ganzkörperuntersuchung tatsächlich stattgefunden hat. Da jedoch die von der Leistungslegende geforderte Dokumentation der erhobenen Befunde nicht erfolgt ist und der Angeklagte, dem diese Dokumentationspflicht hinreichend bekannt war, die Gebührensnummer dennoch abgerechnet hat, liegt auch insoweit eine vorsätzliche Falschabrechnung vor.

(60) ■■■■■ A ■■■■

Bei der Zeugin ■■■■■ A ■■■■, die die Praxis des Angeklagten wegen Bauchschmerzen aufsuchte, rechnete der Angeklagte die Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) ab, obwohl die von der Leistungslegende geforderte Dokumentation nicht erfolgt ist, so dass die Leistung – wie der Angeklagte wusste – nicht vollständig erbracht und damit nicht abrechnungsfähig war.

(61) ■■■■ A ■■■■■

Bei der Zeugin ■■■■ A ■■■■■, die von dem Angeklagten lediglich wegen einer Erkältung und einer Wunde an der Stirn behandelt worden ist und in einem Fall Korrekturereinlagen verschrieben bekam, rechnete der Angeklagte wahllos zahlreiche Gebührenziffern bewusst zu Unrecht ab, obwohl die entsprechenden ärztlichen Leistungen nicht erbracht worden waren ("Luftziffern"). Im Übrigen suchte die Zeugin die Praxis des Angeklagten allenfalls in Begleitung ihres damaligen Ehemannes, des Zeugen ■■■■■ M ■■■■■, auf, ohne dass sie in diesem Zusammenhang jedoch selbst behandelt worden wäre.

(62) ■■■■■ M ■■■■■

Bei dem Zeugen ■■■■■ M ■■■■■, der früher ■■■■■ A ■■■■■ hieß und mit der Zeugin ■■■■ A ■■■■■ verheiratet war, rechnete der Angeklagte zahlreiche Gebührenziffern vorsätzlich zu Unrecht ab, obwohl die erforderlichen ärztlichen Leistungen nicht erbracht worden waren ("Luftziffern"). So rechnete der Angeklagte wahllos die Gebührenziffern 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) bei dem Zeugen ab, obwohl eine Behandlung psychosomatischer Krankheits-

zustände weder veranlasst noch erfolgt ist. Darüber hinaus rechnete der Angeklagte auch die Gebührenziffern 60 sowie Gesprächsleistungen (Gebührenziffern 1, 2, 10 und 17) ab, obwohl die den Gebührenziffern zugrunde liegenden ärztlichen Leistungen nicht erbracht worden waren. Schließlich rechnete der Angeklagte auch die Gebührenziffer 801 zu Unrecht ab, obwohl die erforderliche und dem Angeklagten bekannte Dokumentation über die neurologische Basisdiagnostik nicht erfolgt ist, so dass die Leistung – wie der Angeklagte wusste – nicht vollständig erbracht und damit nicht abrechnungsfähig war.

(63) ■■■ A ■■

Bei dem Zeugen ■■■ A ■■, der die Praxis des Angeklagten als "Privatpatient" wegen einer bevorstehenden Medizinisch-Psychologischen Untersuchung aufsuchte und dort für die Durchführung von drei Urintests insgesamt 50 € an den Angeklagten zahlte, rechnete der Angeklagte – nachdem die Krankenversicherungskarte des Zeugen eingelesen worden war – bewusst zu Unrecht zahlreiche Gebührenziffern des EBM als vermeintliche vertragsärztliche Leistungen gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung Saarland ab, obwohl es sich – wie der Angeklagte wusste – nicht um "Kassenleistungen" handelte.

(64) ■■ A ■■

Dem Zeugen ■■ A ■■, der sich lediglich zum Zwecke einer Blutkontrolle in die Praxis des Angeklagten begeben hatte, da er eine Hepatitiserkrankung ausschließen wollte, wurde lediglich von einer Arzthelferin Blut abgenommen. Einige Zeit später wurde dem Zeugen von der Praxisvertretung des Angeklagten, der Zeugin T ■■■, am 13.05.2002 der Laborbefund erläutert. Soweit der Angeklagte am 26.03. und 06.04.2002 jeweils die Gebührenziffer 1 (Ordinationsgebühr) abgerechnet hat, ohne dass ein ärztli-



cher Kontakt stattgefunden hatte, handelt es sich daher ebenso um vorsätzliche Falschabrechnungen wie bei der am 13.05.2002 abgerechneten Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus), da die Untersuchung zum einen nicht stattgefunden hat und zum anderen auch nicht nach den Vorgaben der Leistungslegende dokumentiert worden ist.

(65) ■■■■■ A ■■■■■

Bei der Zeugin A ■■■■■ rechnete der Angeklagte am 15.05.2001 neben der Gebührenziffer 10 (therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten) die Gebührenziffer 18 (Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 10, 11 und 17 bei einer Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten) bewusst zu Unrecht ab, obwohl er die Zeugin an diesem Tag nur kurz untersuchte und die erforderliche Gesprächsdauer von 30 Minuten bei weitem nicht erreicht wurde. Zudem rechnete der Angeklagte auch bei der Zeugin A ■■■■■ am 21.05.2001 und am 31.05.2001 jeweils die Gebührenziffern 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) bewusst zu Unecht ab, obwohl es an einer medizinischen Indikation für ein psychosomatisches Krankheitsbild fehlte und der Angeklagte die Gebührenziffern – wie in zahlreichen anderen Fällen auch – lediglich zum Zwecke der Falschabrechnung in das Krankenblatt der Zeugin eintrug.

(66) ■■■■■ A ■■■■■

Bei dem Zeugen A ■■■■■ rechnete der Angeklagte die Gebührenziffern 60 (Ganzkörperstatus) und 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) bewusst zu Unrecht ab, obwohl zumindest die nach der Leistungslegende erforderliche und dem Angeklagten bekannte Dokumentationspflicht nicht erfüllt wurde, so dass die Leistun-

gen unvollständig erbracht worden und damit – wie der Angeklagte wusste – nicht abrechnungsfähig waren.

(67) ■■■ A ■■■

Bei der Zeugin A ■■■ rechnete der Angeklagte – wie bei zahlreichen anderen Zeugen auch – insbesondere die Gebührenziffern 60, 850 und 851 bewusst zu Unrecht ab, obwohl es bezüglich der Gebührenziffern 60 und 850 an der dem Angeklagten bekannten und nach der Leistungslegende erforderlichen Dokumentation fehlte, so dass die Leistung unvollständig erbracht und damit nicht abrechnungsfähig war. Bei der Abrechnung der Gebührenziffern 850 und 851 kommt hinzu, dass ein medizinischer Anlass für eine Behandlung psychosomatischer Krankheitszustände bei der Zeugin A ■■■ nicht bestand, sondern der Angeklagte die Gebührenziffern – wie in zahlreichen weiteren Fällen – lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eintrug. Zudem rechnete der Angeklagte am 31.01.2002 die Gebührenziffern 801 (neurologische Basisdiagnostik) bewusst zu Unrecht ab, obwohl es – wie der Angeklagte wusste – an der erforderlichen und von der Leistungslegende vorausgesetzten Befunddokumentation fehlte und die ärztliche Leistung auch nicht erbracht worden war.

(68) ■■■ B ■■■

Der Zeuge ■■■ B ■■■ der bereits seit langem drogenabhängig ist, suchte die Praxis des Angeklagten auf, um sich jeweils zu Beginn eines Quartals eine Überweisung für das staatliche Methadonprogramm ausstellen zu lassen. In der Praxis des Angeklagten erhielt der Zeuge seine Überweisung jeweils an der Anmeldung von einer Arzthelferin ausgehändigt, ohne den Angeklagten gesehen oder mit diesem in diesem Zusammenhang gesprochen zu haben. Obwohl es daher jeweils an einem Arzt-Patienten-

Kontakt fehlte, rechnete der Angeklagte stets die Gebührenziffern 1 (Ordinationsgebühr) bzw. 2 (Konsultationsgebühr), in weiteren Fällen darüber hinaus auch die Gebührenziffern 10 (therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten), 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) ab, obwohl die ärztlichen Leistungen nicht erbracht worden waren und es sich daher um "Luftbehandlungen" handelte. In einem Fall rechnete der Angeklagte zudem die Gebührenziffer 801 (neurologische Basisdiagnostik) ab, obwohl die Leistung nicht erbracht worden war und es auch an der nach der Leistungslegende erforderlichen und dem Angeklagten bekannten Dokumentation fehlte.

(69) ■■■■ B ■■■■

Der Zeuge ■■■■ B ■■■■ suchte die Praxis des Angeklagten auf, da er Schulterbeschwerden hatte. Der Angeklagte führte bei dem Zeugen in der Folge eine Akupunkturbehandlung durch, wobei er jedoch lediglich kurz in das Behandlungszimmer kam und die Nadeln setzte. Gleichwohl rechnete der Angeklagte in diesem Zusammenhang neben anderen Gebührenziffern jeweils auch die Gebührenziffer 10 (therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten) ab, obwohl diese ärztliche Leistung nicht erbracht worden war. Im Rahmen der Eingangsuntersuchung des Zeugen ■■■■ B ■■■■ am 20.01.2005 rechnete der Angeklagte zudem die Gebührenziffer 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) bewusst zu Unrecht ab, obwohl hierzu keine medizinische Veranlassung bestand und die Leistung – was der Angeklagte wusste – auch deswegen nicht abrechnungsfähig war, weil die von der Leistungslegende geforderte Dokumentation fehlte.

(70) ■■■■■ B ■■■■■

Bei der Zeugin ■■■■■ B ■■■■■, die die Praxis des Angeklagten wegen einer Erkältung aufsuchte und dort von der Praxisvertretung des Angeklagten, der Zeugin T ■■■■■, behandelt wurde, rechnete der Angeklagte die Gebühreuziffer 60 (Ganzkörperstatus) bewusst zu Unrecht ab, obwohl weder eine Untersuchung stattgefunden hatte noch die von der Leistungslegende geforderte und dem Angeklagten bekannte Befunddokumentation erfolgt war, so dass die Leistung nicht vollständig erbracht und dementsprechend – wie der Angeklagte wusste – auch nicht abrechnungsfähig war.

(71) ■■■■■ B ■■■■■

Die Zeugin ■■■■■ B ■■■■■, die von Beruf Apothekerin ist und eine Apotheke im selben Haus betreibt, in dem der Angeklagte seine Praxis hatte, suchte die Praxis des Angeklagten jeweils in den Pausen auf und erhielt vorbeugend Hepatitis B-Impfungen sowie mehrere Arzneimittel und Massagen verschrieben. Eine vorherige Untersuchung durch den Angeklagten oder ein therapeutisches Gespräch fand in diesem Zusammenhang nicht statt. Vielmehr erhielt die Zeugin die Rezepte und auch die Impfungen jeweils – ohne mit dem Angeklagten zuvor gesprochen zu haben – durch die Arzthelferinnen. Teilweise wurden Rezepte auch von einer Mitarbeiterin der Zeugin ■■■■■ B ■■■■■ in der Praxis des Angeklagten abgeholt. Obwohl daher ärztliche Kontakte und therapeutische Gespräche nicht stattgefunden hatten, rechnete der Angeklagte zahlreiche Gebühreuziffern im Zusammenhang mit den erfolgten Impfungen und Rezeptausstellungen bewusst zu Unrecht ab, obwohl die Leistungen nicht erbracht worden waren, und zwar insbesondere die Gebühreuziffern 1 (Ordinationsgebühr), 2 (Konsultationsgebühr), 10 (therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten). Darüber hinaus rechnete der Angeklagte am 08.09.2002 die Gebühreuziffer 60 (Ganzkörperstatus) und am 07.04.2003

die Gebührenziffer 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die entsprechenden Leistungen nicht erbracht worden waren. Es handelt sich daher sämtlich um "Luftziffern".

(72) ■■■■ B ■■■■

Bei der Zeugin ■■■■ B ■■■■, die von dem Angeklagten über einen längeren Zeitraum behandelt wurde, rechnete der Angeklagte am 14.12.2004 die Gebührenziffer 2 (Konsultationsgebühr) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die Zeugin an diesem Tage in der Praxis des Angeklagten lediglich an der Anmeldung ein bereits ausgestelltes Rezept abgeholt hatte, ohne den Angeklagten in diesem Zusammenhang zuvor gesehen oder mit diesem gesprochen zu haben. Obwohl daher der erforderliche Arzt-Patienten-Kontakt nicht stattgefunden hatte, erfolgte durch den Angeklagten eine Abrechnung der Konsultationsgebühr.

(73) ■■■■ B ■■■■

Der Zeuge ■■■■ B ■■■■, bei dem es sich um den Sohn der Zeugin ■■■■ B ■■■■ handelt, suchte die Praxis des Angeklagten zusammen mit seiner Mutter auf, um einen Allergietest zu machen. Anlässlich der Eingangsuntersuchung des damals 14-jährigen Zeugen am 29.06.2004 rechnete der Angeklagte die Gebührenziffer 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) – wie in zahlreichen weiteren Fällen auch – bewusst zu Unrecht ab, ohne dass der von der Leistungsliegende geforderte Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge erfolgte, so dass die Leistung – wie der Angeklagte wusste – nicht vollständig erbracht und dementsprechend auch nicht abrechnungsfähig war. Zudem rechnete der Angeklagte an mehreren Tagen die Gebührenziffern 1 (Ordinationsgebühr), 2 (Konsultationsgebühr) und 10 (therapeutisches haus-

ärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten) bewusst zu Unrecht ab, obwohl an diesen Tagen die Mutter des Zeugen die Rezepte über das Mittel "Staloral", das für die Allergiebehandlung des Sohnes verschrieben worden war, lediglich in der im selben Haus befindlichen [REDACTED]-Apotheke abholte, ohne zuvor mit dem Angeklagten gesprochen zu haben. In zwei Fällen (am 01.10.2004 und 06.01.2005) rechnete der Angeklagte zudem die Ordinationsgebühr ab, obwohl lediglich Telefonate durch die Arzthelferinnen erfolgten und weder die Zeugin [REDACTED] B [REDACTED] noch ihr Sohn, der Zeuge [REDACTED] B [REDACTED], in der Praxis des Angeklagten waren und damit der erforderliche Arzt-Patienten-Kontakt nicht stattgefunden hatte.

(74) [REDACTED] B [REDACTED]

Bei dem Zeugen [REDACTED] B [REDACTED], der lediglich ein Mal, und zwar am 22.06.2001 wegen einer Erkältung von dem Angeklagten behandelt worden war, rechnete der Angeklagte am 11.07.2001 die Gebührenziffer 1 (Ordinationsgebühr) bewusst zu Unrecht ab, obwohl der Zeuge an diesem Tag nicht in der Praxis des Angeklagten war und dementsprechend auch kein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

(75) [REDACTED] B [REDACTED]

Bei der Zeugin [REDACTED] B [REDACTED], die von Beruf Friseurin ist und sich wegen Schmerzen im Hals und Rückenbereich in die Praxis des Angeklagten begeben hatte, rechnete der Angeklagte – wie in zahlreichen anderen Fällen auch – die Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die Leistung nicht erbracht worden war ("Luftziffer").

(76) ■■■ B ■■■

Bei dem Zeugen ■■■ B ■■■ rechnete der Angeklagte am 21.11.2003 die Gebühreuziffer 850 (differenzial-diagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) bewusst zu Unrecht ab, obwohl der von der Leistungslegende geforderte Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge fehlte, so dass die Leistung nicht vollständig erbracht und dementsprechend – wie der Angeklagte wusste – auch nicht abrechnungsfähig war.

(77) ■■■ B ■■■

Bei der bereits verstorbenen Patientin ■■■ B ■■■, die während der Behandlung durch den Angeklagten an einer Leberzirrhose litt, rechnete der Angeklagte in zahlreichen Fällen die Gebühreuziffern 1 (Ordinationsgebühr), 2 (Konsultationsgebühr) und 10 (therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten), in einem Fall auch die Gebühreuziffer 18 (Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 10, 11 und 17 bei einer Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die nach der Leistungslegende erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakte nicht stattgefunden hatten, da die Patientin entweder überhaupt nicht in der Praxis gewesen war oder die Praxis lediglich aufgesucht hatte, um ein Rezept abzuholen, ohne den Angeklagten in diesem Zusammenhang gesehen oder mit ihm gesprochen zu haben. Darüber hinaus rechnete der Angeklagte auch hier – wie in zahlreichen weiteren Fällen – die Gebühreuziffern 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) wahllos ab, ohne dass die zugrunde liegenden ärztlichen Leistungen erbracht wurden. In zwei Fällen (14.11.2003 und 04.03.2005) rechnete der Angeklagte zudem die Gebühreuziffer 801 (neurologische Basisdiagnostik) ab, obwohl die erforderliche Befunddokumentation nicht erfolgt ist, so dass die Leistung nicht vollständig er-

bracht worden und dementsprechend – wie der Angeklagte wusste – auch nicht abrechnungsfähig war.

(78) ■■■■■ B ■■■■■

Bei der Zeugin ■■■■■ B ■■■■■, die von Beruf Apothekenhelferin ist und in der ■■■■■-Apotheke arbeitete, die sich im selben Gebäude befindet, in dem auch der Angeklagte seine Praxis hatte, rechnete der Angeklagte an zahlreichen Tagen Gebührenziffern (insbesondere die Gebührenziffern 1 [Ordinationsgebühr], 2 [Konsultationsgebühr] und 10 [therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten]) bewusst zu Unrecht ab, obwohl die Zeugin an diesen Tagen den Angeklagten nicht gesehen oder gesprochen hatte, sondern lediglich an der Anmeldung der Praxis von einer Arzthelferin Rezepte über "Massage" und "Fango" bzw. nicht für sie selbst bestimmte Rezepte erhielt, die die Zeugin in der Folge als so genannte "Tauschrezepte" verwendete, um für den Gegenwert der Rezepte, die gegenüber der Krankenkasse abgerechnet wurden, in der Apotheke andere Artikel zu erhalten. Zudem rechnete der Angeklagte an zwei Tagen die Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) ab, obwohl eine Ganzkörperuntersuchung nicht stattgefunden hatte. In einem Fall (am 24.10.2000) rechnete der Angeklagte auch die Gebührenziffer 11 (Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit durch hausärztliches Gespräch, Dauer mindestens 10 Minuten) bewusst zu Unrecht ab, ohne die entsprechende Leistung erbracht zu haben, so dass es sich bei allen beanstandeten Gebührenziffern um "Luftziffern" handelt.

(79) ■■■■■ B ■■■■■

Die Zeugin ■■■■■ B ■■■■■, die Mutter der Zeugin ■■■■■ B ■■■■■, wurde durch den Angeklagten zu keinem Zeitpunkt behandelt. Dennoch rechnete



der Angeklagte auch bei der Zeugin [REDACTED] B [REDACTED], die noch nie selbst in der Praxis des Angeklagten war, an fünf verschiedenen Tagen die Gebührenziffer 1 (Ordinationsgebühr) sowie an einem weiteren Tag die Gebührenziffer 2 (Konsultationsgebühr) ab, obwohl der jeweils erforderliche Arzt-Patienten-Kontakt nicht stattgefunden hat. An die Patientendaten der Zeugin, die er zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung von Gebührenziffern nutzte, gelangte der Angeklagte, nachdem die Zeugin ihrer Tochter [REDACTED] B [REDACTED], die in der Apotheke im selben Haus arbeitete, in dem der Angeklagte seine Praxis hatte, ihre Versicherungskarte mitgegeben hatte, um sich ein Rezept ausstellen zu lassen, ohne selbst zum Arzt gehen zu müssen.

(80) [REDACTED] B [REDACTED]

Die Zeugin [REDACTED] B [REDACTED], die herzkrank ist, gelangte in die Praxis des Angeklagten, nachdem ihr während eines Spazierganges durch Saarbrücken übel geworden war. Wie sie es in diesen Fällen immer tut, ging die Zeugin in die nächstgelegene Apotheke, was in diesem Fall die [REDACTED] Apotheke war, die sich im selben Haus befindet, in dem auch der Angeklagte seine Praxis hatte. Von dem Apothekenpersonal wurde sie anschließend in die Praxis des Angeklagten gebracht, der bei der Zeugin zunächst den Blutdruck kontrollierte und ihr empfahl, das "Nitrospray", das die Zeugin bei sich trug, nochmals zu benutzen. Die Zeugin, der es daraufhin wieder besser ging, konnte anschließend die Praxis selbst verlassen. Obwohl keine weiteren Untersuchungen erfolgten, rechnete der Angeklagte – wie in zahlreichen weiteren Fällen – auch bei der Zeugin B [REDACTED] die Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) bewusst zu Unrecht ab.

**g) Regressforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland gegen den Angeklagten**

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland machte mit Bescheid vom 29.08.2005 gegenüber der Gemeinschaftspraxis, die der Angeklagte zusammen mit seinem Bruder seit dem 01.07.2004 führte, für die Quartale 4/2004 und 1/2005 als Rückforderung einen Betrag in Höhe von 142.838,88 € geltend. Dieser Betrag wurde dem Honorarkonto der Gemeinschaftspraxis am 20.10.2005 belastet. Zudem erließ die Kassenärztliche Vereinigung Saarland am 03.04.2006 einen weiteren Honorarrückforderungsbescheid betreffend die Quartale 3/2004 bis 1/2005 in Höhe von 74.700,53 €. Beide Rückforderungsbeträge, mithin insgesamt **217.539,41 €** (betreffend die Quartale 3/2004 bis 1/2005), wurden seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland bereits zum Abschluss des 1. Quartals 2006 vollumfänglich mit bestehenden Honorarforderungen aufgerechnet.

Gegen die Einzelpraxis des Angeklagten wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland mit Bescheid vom 03.04.2006 für die Quartale 2/2000 bis 2/2004 ein Rückforderungsbetrag in Höhe von 671.031,82 € geltend gemacht und dem Honorarkonto am 20.10.2005 belastet. Diese Regressforderung ist nur teilweise realisiert. So erfolgte eine Aufrechnung in Höhe von 53.391,64 € mit noch bestehenden Honorarforderungen sowie eine Aufrechnung mit einem Betrag in Höhe von 26.289,72 €, der aus dem Versteigerungserlös eines dem Angeklagten gehörenden „Multivan“ resultiert. Nach Verbuchung eines Habenbetrages in Höhe von 344,09 € zugunsten des Angeklagten wird von der Kassenärztlichen Vereinigung noch ein Betrag in Höhe von 591.006,37 € geltend gemacht. Realisiert sind demnach bezüglich der Quartale 2/2000 bis 2/2004 insgesamt **80.025,45 €** (53.391,64 € + 26.289,72 € + 344,09 €).

Eine konkrete (anteilsmäßige) Zuordnung der einbehaltenen bzw. aufgerechneten Beträge zu den einzelnen in den Quartalen ausgezahlten Honorare ist seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland jedoch nicht erfolgt.

Der Angeklagte hat gegen den Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland vom 03.04.2006 zunächst Widerspruch und nach dessen Zurückweisung mit Bescheid vom 18.09.2006 Klage erhoben. Mit Gerichtsbescheid vom 26.04.2007 hat das Sozialgericht für das Saarland die Klage des Angeklagten abgewiesen. Über die von dem Angeklagten hiergegen eingelegte Berufung ist bislang noch nicht entschieden, da das Landessozialgericht für das Saarland das Verfahren mit Beschluss vom 19.09.2008 bis zum rechtskräftigen Abschluss des vorliegenden Strafverfahrens ausgesetzt hat.

#### **h) (Bisherige) Berufsrechtliche Folgen für den Angeklagten**

##### **(1) Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung**

Der Zulassungsausschuss für Ärzte für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland hat dem Angeklagten auf Antrag der AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland und der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Saarbrücken mit Bescheid vom 20.09.2005 gemäß § 95 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 27 Ärzte-ZV die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit entzogen. Der Widerspruch des Angeklagten wurde durch den Berufungsausschuss für Ärzte für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland am 14.03.2006 zurückgewiesen.

Die hiergegen erhobene Klage des Angeklagten hat das Sozialgericht für das Saarland mit Urteil vom 14.03.2007 zurückgewiesen. Nachdem der Angeklagte seine Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts am 11.01.2008 zurückgenommen hat, ist das Urteil rechtskräftig.

In den Entscheidungsgründen des Urteils des Sozialgerichts ist unter anderem Folgendes ausgeführt:

*„Aufgrund des Akteninhalts steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass der Kläger seine vertragsärztlichen Pflichten mehrfach gröblich verletzt hat.*

*[...]*

Danach ergeben sich folgende Verfehlungen, die eine gröbliche Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten darstellen:

Der Kläger hat Abrechnungsmanipulationen vorgenommen und damit gegen das für einen Vertragsarzt geltende Gebot peinlich genauer Abrechnung fortgesetzt und über einen längeren Zeitraum verstoßen. Er hat bei der Kassenärztlichen Vereinigung Leistungen geltend gemacht, die er so nicht erbracht hat und die somit nicht abrechnungsfähig gewesen sind. Dieser Sachverhalt steht bereits aufgrund der eigenen Einlassung des Klägers in dem staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren gegen ihn fest. Der damalige Prozessbevollmächtigte des Klägers hat für diesen mit einem an das Amtsgericht Saarbrücken gerichteten Schreiben vom 8.8.2005 auf Seite 2 mitgeteilt, dass der Vorwurf, abgerechnete Ziffern seien von ihm nicht so erbracht worden, dass sie hätten abgerechnet werden dürfen, eingeräumt werde. Allenfalls die Höhe des dadurch entstandenen Schadens erscheine ihm überzogen. Bestätigt wird diese Einlassung durch die Aussagen der Versicherten D., S. zugleich für ihre Kinder S. und S., A., A. und B., die Recherchen der Landespolizeidirektion - Kriminalpolizeiinspektion (EG-Rezept) - und den Bescheid des Landesamtes für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz vom 12.09.2005.

Damit steht auch zur Überzeugung der Kammer fest, dass der Kläger über einen längeren Zeitraum hinweg in einer Vielzahl von Fällen Abrechnungsmanipulationen vorgenommen hat. Ohne Bedeutung ist dabei, dass der von dem Beklagten angegebene Schaden der Höhe nach insgesamt geringer sein könnte, da allein der Vorwurf des fortgesetzten Abrechnungsbetruges über einen längeren Zeitraum hinweg für sich allein in jedem Fall die Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung rechtfertigt. Der genaue Umfang der Falschabrechnungen und auch die Beantwortung der Frage, ob der Kläger darüber hinaus in Zusammenwirken mit einem Apotheker durch so genannte "Luftrezepte" ebenfalls Manipulationen vorgenommen hat, können daher dahingestellt bleiben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Abrechnungsscheine, auch die maschinell gefertigten, gewissermaßen Blankoschecks für den niedergelassenen Arzt darstellen, da der Arzt in diese die von ihm erbrachten Leistungen allein und selbstständig, d. h. ohne Gegenzeichnung von Patienten und von sonstigen Dritten einträgt.

[...]

Das Kassenarztsystem kann daher nur funktionieren, wenn sich die in der Kassenärztlichen Vereinigung zusammengeschlossenen Ärzte untereinander darauf verlassen können, dass jedes Mitglied peinlich genau abrechnet und sich kein Arzt auf Kosten der anderen unlautere Vorteile verschafft. Auf dieser Tatsache beruht auch das Vertrauen der Krankenkassen bei der Übertragung des Sicherstellungsauftrages nach §§ 72 und 75 SGB V. Der Kläger hat aber offensichtlich nicht nur die Einzelabrechnungen gefälscht sondern auch falsche Sammelklärungen abgegeben und auch dadurch Leistungen der Kassenärztlichen Vereinigung in Empfang nehmen können, für die er keine entsprechende Gegenleistung erbracht hat.

Nach Auffassung der Kammer stellt bereits jeder genannte Einzelfall, zumindest jedoch die Gesamtheit der genannten Verhaltensweisen eine gröbliche Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten dar. Der Kläger ist bei den dargelegten falschen Abrechnungen über einen längeren Zeitraum hinweg mit nicht unerheblicher krimineller Energie vorgegangen. Ein Unrechtsbewusstsein ist bei ihm jedenfalls im vorliegenden Verfahren nicht zu erkennen. Abgesehen von der oben genannten Einlassung im Ermittlungsverfahren ist der Kläger offensichtlich auch nicht bereit, im erforderlichen Umfang zur genauen Sachverhaltsaufklärung beizutragen, den genauen Schaden zu ermitteln und insbesondere diesen wiedergutzumachen. Jedenfalls liegen der Kammer insoweit keine Anhaltspunkte vor.

Durch sein Verhalten hat der Kläger, wie der Zulassungsentziehungsantrag und die Stellungnahmen der Krankenkassen auch zeigen, das Vertrauensverhältnis der in der KVS

zusammengeschlossenen Vertragsärzteschaft und das der Krankenkassen dermaßen erschüttert, dass der Kläger wegen mangelnder Eignung aus dem vertragsärztlichen System herausgenommen werden muss, wie der Beklagte ebenfalls zu Recht festgestellt hat. Dabei kann es nach Auffassung der Kammer auch dahingestellt bleiben, ob die weiteren von dem Beklagten aufgeführten Verfehlungen des Klägers, die dieser bestreitet, zutreffend sind. Anzumerken ist jedoch, dass aufgrund der durchgeführten Ermittlungen, wie sie sich in den zur Verfügung stehenden Akten niederschlagen, eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür besteht, dass der Kläger auch weitere erhebliche Verstöße gegen seine vertragsärztlichen Pflichten in der Vergangenheit begangen hat. So spricht vieles dafür, dass der Kläger seine administrativen Pflichten zunächst dadurch verletzte, dass er gegen die Substitutionsvorschriften (vgl. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien), Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln 2001, S. 511 ff. (520 bis 52) verstoßen hat. Gemäß § 5 Abs. 1 ist die Substitution in jedem Einzelfall unverzüglich durch den zur Substitution berechtigten Vertragsarzt bei der für ihn zuständigen KV zu beantragen, wobei die Unterlagen nach § 9 Abs. 3 und 4 BUB-Richtlinien mit dem Antrag vorzulegen sind. Zu diesen Unterlagen gehört § 9 Abs. 4 die schriftliche Erklärung des Patienten, "dass die Substitution nicht gleichzeitig an anderer Stelle durchgeführt wird, dass er mit den erforderlichen Therapiemaßnahmen einverstanden ist und dass er der Übermittlung der personenbezogenen Angaben zustimmt". Diese Erklärung kann wohl im Falle des Patienten A. G. nicht vorgelegen haben, da dieser, wie die EG-Rezept ermittelt hat, erklärt hat, dass seine Unterschrift auf den verschiedenen Formularen eindeutig gefälscht worden sei. Dabei ist die Einlassung des Klägers nicht richtig, dass die Substitutionsbehandlung nur anzuzeigen und eine Bewilligung der KVS nur in "seltenen Fällen" erforderlich sei. Die Behauptung des Klägers, er führe seine Praxis "papierlos", hat mit einer mangelnden Antragsstellung und Bewilligung nichts zu tun.

Aufgrund der Recherchen der Ermittlungsgruppe-Rezept und der Aussagen von Praxisangestellten des Klägers, des Rücknahmebescheides des Beklagten, sowie des Rücknahmebescheides der Ärztekammer des Saarlandes vom 02.02.2006 spricht auch vieles dafür, dass der Kläger seinen Bruder [REDACTED] ein falsches Weiterbildungszeugnis ausgestellt hat. Nach § 20 Abs. 4 des Saarländischen Heilberufekammergesetzes erfolgt die Weiterbildung in den Gebieten grundsätzlich ganztägig und in hauptberuflicher Stellung. Dieses hat der Kläger für seinen Bruder bestätigt, obwohl dieser sich nach den Aussagen der Praxisangestellten wohl nur mit dem Praxisgeschehen vertraut gemacht hat, nicht aber ganztägig in die Patientenversorgung einbezogen gewesen ist. Die Tatsache, dass der Kläger unstreitig auch nicht bei der KVS um die Genehmigung zur Beschäftigung seines Bruders als Weiterbildungsassistent nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV eingekommen ist, stellt eine weitere Pflichtverletzung des Klägers dar und zeigt, dass dieser sich nicht ordnungsgemäß um vertragsärztliche Vorschriften gekümmert hat.

[...]

Auch nach Auffassung der Kammer sind die genannten Umstände so gravierend, dass unter Würdigung der Gesamtumstände an der Rechtmäßigkeit der Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit nicht gezweifelt werden kann, da der Kläger seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt hat.

[...]

## **(2) Bisherige und zu erwartende Maßnahmen der zuständigen Approbationsbehörde**

Das Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz – Zentralstelle für Gesundheitsberufe – erließ am 12.09.2005 einen Bescheid, mit dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. BÄO das Ruhen der Approbation des Angeklagten und zugleich der Sofortvollzug der Anordnung ausgesprochen wurde. Der gegen diesen Bescheid gerichtete Widerspruch des Angeklagten wurde durch das Ministerium für Jugend, Gesundheit und Soziales des Saarlandes am 28.12.2005 bestandskräftig zurückgewiesen.

Das Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz – Zentralstelle für Gesundheitsberufe – hat auf Anfrage der Kammer zudem mitgeteilt, dass sie beabsichtige, unter Aufhebung der (vorläufigen) Ruhensanordnung die Approbation des Angeklagten zu widerrufen, sobald eine rechtskräftige Verurteilung im vorliegenden Strafverfahren erfolgt sei.

### **III. Feststellungsgrundlagen**

Die Feststellungen zur Person beruhen auf den Angaben des Angeklagten sowie ergänzend auf den Feststellungen, die im Urteil des Landgerichts Karlsruhe vom 18.03.1985 getroffen worden sind. Die Vorstrafen ergeben sich aus dem Bundeszentralregister.

#### **1. Einlassung des Angeklagten**

Zur Sache hat sich der Angeklagte nur teilweise eingelassen.

Während er sich zu den Vorwürfen des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse nicht eingelassen hat, sondern lediglich auf Vorhalte zu einzelnen

Fällen Erklärungen abgegeben hat, hat er den Tatvorwurf der Beihilfe zum Abrechnungsbetrug des Orthopäden [REDACTED] E [REDACTED] vollumfänglich eingeräumt.

Bezüglich der Tatvorwürfe des (vertragsärztlichen) Abrechnungsbetruges in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 hat der Angeklagte vorsätzliche Falschabrechnungen bei insgesamt acht gesetzlich Versicherten vollumfänglich eingestanden. Den überwiegenden Teil der Tatvorwürfe hat er jedoch abgestritten und sich zu den Gebührenabrechnungen im Einzelnen eingelassen bzw. Erklärungen hierzu abgegeben. Auf die Einlassungen und Erklärungen wird im Folgenden jeweils im Zusammenhang mit den Einzelfällen eingegangen.

## **2. *Ausstellungen unrichtiger Gesundheitszeugnisse***

Zu den Tatvorwürfen des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse hat sich der Angeklagte nicht eingelassen. Er hat jedoch auf Vorhalte zu seiner Einlassung im Ermittlungsverfahren teilweise Erklärungen abgegeben.

Die Feststellungen werden in den jeweiligen Einzelfällen jedoch bereits durch den Inhalt der Gutachten bzw. Bescheinigungen, die dazu jeweils in offenkundigem Widerspruch stehenden Laborbefunde sowie durch die Eintragungen in den Krankenblättern der Zeugen getragen. Soweit Feststellungen zu den Hintergründen und Folgen der unrichtigen Gesundheitszeugnisse, insbesondere zu einem erfolgten Entzug der Fahrerlaubnis bzw. den nach einer Medizinisch-Psychologischen Untersuchung ergangenen Verwaltungsentscheidungen getroffen sind, beruhen diese Feststellungen auf entsprechenden polizeilichen Ermittlungen bzw. auf den jeweiligen Fahreignungsgutachten.

Im Einzelnen beruhen die Feststellungen auf den nachfolgend aufgeführten Umständen:

## a) Fall ■■■■■ S ■■■■■

Der Zeuge S ■■■■■ hat glaubhaft bekundet, dass ihm der Angeklagte anlässlich eines Gerichtstermins in einer Strafsache ein Gutachten erstellt habe. In der Sache sei es darum gegangen, den Nachweis zu führen, dass er bereits seit längerer Zeit "clean" sei. Zu dem Angeklagten sei er auf Anraten seines damaligen Rechtsanwalts gegangen, der ihm gesagt habe, dass er eine ärztliche Bescheinigung vorlegen solle, da die Behauptung der Drogenfreiheit allein nicht ausreiche. Demgegenüber konnte der Zeuge sich nicht mehr erinnern, wann er zum ersten Mal in der Praxis des Angeklagten gewesen ist und wann die erste Urinuntersuchung stattgefunden hat.

Das entsprechende Datum ergibt sich jedoch aus dem Krankenblatt des Zeugen S ■■■■■, das als Ersteintragung den 02.08.2001 ausweist und vor Erstellung des Gutachtens vom 13.08.2001 auch nur an diesem Tag einen Drogentest aufführt. Die Kammer ist daher davon überzeugt, dass die Ausführungen im Gutachten des Angeklagten sowohl hinsichtlich des Behandlungsbeginns des Zeugen S ■■■■■ als auch hinsichtlich der bescheinigten mehrfachen Erhebung von Laborwerten unrichtig sind.

Dafür, dass das Krankenblatt des Zeugen die Vorgänge insoweit zutreffend dokumentiert und es insbesondere vor dem 02.08.2001 keine weiteren Untersuchungen gegeben hat, spricht auch die Erklärung des Angeklagten, die er auf Vorhalt seiner entsprechenden Einlassung im Ermittlungsverfahren abgegeben hat und die die Kammer für unglaubhaft hält. Denn der Angeklagte hat erklärt, es existierten außerhalb des Krankenblattes, das nur für "Kassenpatienten", nicht aber für privatärztliche Gutachtaufträge Bedeutung habe, weitere handschriftliche Aufzeichnungen und Notizen, die für das Gutachten verwandt und danach vernichtet worden seien. Das Gutachten sei sodann an die Stelle dieser handschriftlichen Notizen getreten.

Die Kammer wertet diese Aussage als Schutzbehauptung. Denn der dem Angeklagten erkennbar unangenehme Vorhalt seiner entsprechenden Einlassung wurde von ihm mit weitschweifigen Worten in der Weise relativiert, dass er da-



von ausgehe, dass die Notizen vernichtet worden seien; sie könnten aber auch noch vorhanden sein. Zudem hat der Angeklagte, der in der Folge solche Notizen nicht vorgelegt hat, auf Intervention seines Verteidigers im Anschluss die Aussage auf weitere Nachfragen verweigert.

Dass der Angeklagte bei dem Zeugen S. [REDACTED] keine Trennung zwischen vertragsärztlichen Leistungen einerseits und privatärztlichen Leistungen andererseits vornahm, belegt im Übrigen auch die Abrechnung von Gebührenziffern aus dem vertragsärztlichen Bereich im Zusammenhang mit der Erstellung des Gutachtens für den Zeugen S. [REDACTED].

Die Kammer hat daher keine Zweifel, dass der Angeklagte das unrichtige Gutachten bewusst und wider besseres Wissen erstellt hat, um dem Zeugen aus Gefälligkeit unauffällige Drogentests zu bescheinigen, die in Wahrheit nicht erfolgt sind.

Dass der Zeuge S. [REDACTED] das Gutachten in der Hauptverhandlung dem Amtsgericht Aachen vorgelegt und das Gericht das Gutachten des Angeklagten in der Folge bei seiner Entscheidungsfindung maßgeblich berücksichtigt hat, ergibt sich aus dem Hauptverhandlungsprotokoll sowie aus den schriftlichen Urteilsgründen.

#### **b) Fall [REDACTED] S. [REDACTED]**

Auch die Feststellungen im Fall S. [REDACTED] werden durch einen Vergleich des Gutachtens des Angeklagten vom 29.01.2001 mit den Eintragungen im Krankenblatt des Zeugen sowie aufgrund der im Gutachten erwähnten, im Krankenblatt jedoch nicht dokumentierten Laborbefunde getragen. Angesichts des Umfangs der falsch bescheinigten Befunde und der Feststellungen zu den weiteren Fällen des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse erscheint es auch ausgeschlossen, dass es sich um ein bloßes Versehen gehandelt haben könnte.

Die Feststellungen werden auch durch die Aussage des Zeugen S [REDACTED], der sich zunächst über seinen Zeugenbeistand, Herrn Rechtsanwalt T [REDACTED], einen Rechtsanwalt aus derselben Kanzlei wie die Verteidiger des Angeklagten, lediglich pauschal auf ein ihm von Rechts wegen nicht zustehendes vollumfängliches Aussageverweigerungsrecht und anschließend weitgehend auf Erinnerungslücken berufen hat, nicht erschüttert. Denn der Zeuge, bei dem der begründete Verdacht besteht, dass er die Erinnerungslücken lediglich vorgeschoben hat, hat zumindest bestätigt, dass er das Gutachten anlässlich der Wiedererteilung seiner zuvor entzogenen Fahrerlaubnis benötigt und auch vorgelegt habe.

Dass der Angeklagte auch in diesem Fall privatärztlich veranlasste Leistungen bewusst zu Unrecht als vertragsärztliche Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland abgerechnet hat, ergibt sich aus den Eintragungen der entsprechenden Gebührenscheine im Krankenblatt, obwohl der Angeklagte den Zeugen S [REDACTED] in seinem Gutachten vom 29.01.2001 noch explizit als "Selbstzahler" bezeichnet hatte es sich überdies bei dem erstellten Gutachten für den Zeugen S [REDACTED] daher – wie der Angeklagte wusste – nicht um eine "kassenärztliche" Leistung handelte.

#### c) Fall [REDACTED] G [REDACTED]

Die Feststellungen zur Unrichtigkeit des Gutachtens vom 22.10.2001 im Fall G [REDACTED] beruhen ebenfalls auf einem Vergleich der im Gutachten des Angeklagten vom 22.10.2001 aufgeführten mit den in den Laborbefunden tatsächlich ausgewiesenen Gamma-GT-Werten. Denn die einzelnen Laborbefunde weisen jeweils die in den Feststellungen dargestellten Gamm-GT-Werte auf und weichen damit offenkundig von den im Gutachten aufgeführten Werten zugunsten des Zeugen G [REDACTED] ab.

Aufgrund der Vielzahl der im Gutachten unrichtig ausgewiesenen Laborbefunde, der Eintragung im Krankenblatt am 12.06.2001 und unter Berücksichtigung

des Umstandes, dass der Angeklagte das Gutachten für einen – ihm seit Jahren persönlich bekannten – früheren Praxismitarbeiter erstellt hat, hat die Kammer keinen Zweifel daran, dass der Angeklagte die in dem Gutachten aufgeführten Befunde bewusst unrichtig bescheinigt hat.

Vor diesem Hintergrund werden die Feststellungen auch von der Aussage des Zeugen G ■■■ nicht erschüttert, auch wenn sich dieser zunächst über seinen Zeugenbeistand, Herrn Rechtsanwalt T ■■■, einen Rechtsanwalt aus derselben Kanzlei wie die Verteidiger des Angeklagten, unter Berufung auf sein informationelles Selbstbestimmungsrecht pauschal auf ein ihm nicht zustehendes Aussageverweigerungsrecht und anschließend weitgehend auf Erinnerungslücken berufen hat. Denn der Zeuge G ■■■, dem Nachfragen zu Umständen der Erstellung des Gutachtens erkennbar unangenehm waren, hat zumindest bestätigt, dass das Gutachten anlässlich der Wiedererteilung seiner zuvor entzogenen Fahrerlaubnis durch den Angeklagten ausgestellt und von ihm in der Folge verwandt worden ist.

Für die Unrichtigkeit des Gutachtens vom 22.10.2001 spricht neben den vorgeannten Umständen auch der Inhalt des nur etwa drei Monate später ausgestellten Gutachtens vom 02.02.2002, das an das Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung gerichtet war und in welchem dem Zeugen G ■■■ ein hochgradiges Alkoholproblem bescheinigt worden ist. Dies bestätigt nach Überzeugung der Kammer, dass es sich bei dem Gutachten vom 22.10.2001 um ein "Gefälligkeitsgutachten" des Angeklagten für einen langjährigen Bekannten und Praxisangestellten handelte.

Soweit sich der Angeklagte im Rahmen des Ermittlungsverfahrens eingelassen hatte, möglicherweise habe der Zeuge G ■■■ als Praxismitarbeiter Laborbefunde ohne sein Wissen eingeholt, hat sich der Angeklagte auf einen entsprechenden Vorhalt in der Hauptverhandlung auf sein Aussageverweigerungsrecht berufen. Der Zeuge G ■■■ hat – auf entsprechenden Vorhalt – bestritten, ohne Kenntnis und Wissen des Angeklagten Laborberichte in eigener Sache eingeholt zu haben. Die Kammer wertet die im Ermittlungsverfahren getätigte Einlas-

sung des Angeklagten daher als Schutzbehauptung, zumal die Einlassung schon deswegen unglaublich erscheint, da mit ihr nicht zu erklären ist, auf welche Weise die durch den Zeugen G■■■■ ohne Wissen des Angeklagten eingeholten Laborbefunde Eingang in das Gutachten finden konnten. Dass das Gutachten von dem Angeklagten stammt, hat dieser selbst auch nicht in Zweifel gezogen.

**d) Fall ■■■■■ H■■■■**

Auch die Feststellungen im Fall ■■■■■ H■■■■ beruhen auf einem Vergleich der im Gutachten vom 22.01.2001 aufgeführten mit den ausweislich der Laborberichte tatsächlich erhobenen Gamma-GT-Werten.

Die Feststellungen werden auch von der Aussage der Zeugin H■■■■ getragen, die zwar angegeben hat, an die einzelnen Laborbefunde und Gamma-GT-Werte keine genaue Erinnerung mehr zu haben, jedoch zum Hintergrund und Anlass des Gutachtens glaubhaft im Sinne der Feststellungen bekundet hat. Die Zeugin hat zudem ausgesagt, der Angeklagte habe ihr damals mitgeteilt, dass die erhobenen Werte überhöht seien.

Mit Blick auf die Aussage der Zeugin H■■■■ und die Vielzahl der in offenkundigem Widerspruch zu den erhobenen Laborwerten stehenden Gamma-GT-Werte, die im Gutachten vom 22.01.2001 aufgeführt sind, hat die Kammer keine Zweifel, dass der Angeklagte die im Gutachten erwähnten Laborwerte bewusst unrichtig bescheinigt hat.

Dass der Angeklagte zudem bewusst zu Unrecht privatärztliche Leistungen als vermeintliche "Kassenleistungen" gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland abgerechnet hat, ergibt sich aus den im Krankenblatt der Zeugin H■■■■ eingetragenen (vertragsärztlichen) Gebührensätzen des EBM sowie aus dem Umstand, dass diese Leistungen nach den Eintragungen im Krankenblatt sämtlich im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung abgerechnet worden sind,

obwohl dieses von der Zeugin privat zu bezahlen war. Dass dem Angeklagten auch bewusst war, dass es sich nicht um "Kassenleistungen" handelt, ergibt sich bereits daraus, dass er in seinem Gutachten vom 22.01.2001 ausdrücklich auf die Abrechnung der erbrachten Leistungen nach der lediglich für Privatpatienten geltenden "GoÄ" verwiesen hat.

Dass es sich bei den ab Oktober 2001 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland abgerechneten Gebührensätzen sämtlich um "Luftziffern" handelt, denen keine tatsächlichen (vertragsärztlichen) Leistungen zugrunde lagen, ergibt sich daraus, dass die Zeugin H. glaubhaft bekundet hat, im September 2001 in die Nähe der tschechischen Grenze umgezogen und anschließend im Saarland nicht mehr in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein.

Die diesbezüglichen Feststellungen werden daher auch nicht dadurch erschüttert, dass sich der Angeklagte bezüglich der Frage, warum er bei der Zeugin H. vertragsärztliche Leistungen abgerechnet hat, auf sein Aussageverweigerungsrecht berufen hat.

**e) Fall R.**

Der Angeklagte hat sich in der Hauptverhandlung zu diesem Tatvorwurf nicht eingelassen. Auf Vorhalt seiner Einlassung im Ermittlungsverfahren, er habe die Durchführung der Therapiegespräche an seinen damaligen Praxismitarbeiter, den Zeugen G., delegiert, hat sich der Angeklagte auf sein Aussageverweigerungsrecht berufen.

Die Feststellungen im Fall R. ergeben sich jedoch aus dem Inhalt der Bescheinigung vom 19.05.2003, die den in den Feststellungen aufgeführten Wortlaut hat, den Aussagen der Zeugen R. und G. sowie ergänzend aus den Eintragungen im Krankenblatt des Zeugen R.

Der Zeuge R ■■■ hat zum Hintergrund der von dem Angeklagten ausgestellten Bescheinigung vom 19.05.2003 glaubhaft und ohne Belastungstendenz im Sinne der Feststellungen bekundet. Der Zeuge hat zudem ausgesagt, dass er lediglich wegen der Wiedererteilung seiner Fahrerlaubnis und der von der Kreisverwaltung Kusel gemachten Auflage, eine Therapiemaßnahme nachzuweisen, in die Praxis des ihm persönlich bekannten Angeklagten gegangen sei. Er hat darüber hinaus – obwohl ihm dies erkennbar unangenehm war – auf entsprechenden Vorhalt auch seine Aussage im Rahmen seiner polizeilichen Vernehmung bestätigt, wonach er dem Angeklagten gleich zu Beginn genau gesagt habe, was er für eine Bescheinigung benötige. Der Angeklagte habe ihm die gewünschte Bescheinigung sodann auch ausgestellt, während er selbst im Wartezimmer Platz genommen habe. Der Zeuge hat – nachdem er sich anfänglich auf Erinnerungslücken berufen hatte – zudem bestätigt, dass er im Beisein des Zeugen G ■■■ an einem Computer lediglich Reaktionstests durchgeführt habe und es keinerlei Therapiegespräche mit dem Angeklagten gegeben habe.

Die Feststellungen werden im Ergebnis auch von der Aussage des Zeugen G ■■■ getragen, der bestätigt hat, zwar des Öfteren Reaktionstests mit Patienten durchgeführt zu haben, auf Vorhalt der entsprechenden Einlassung des Angeklagten im Ermittlungsverfahren jedoch bestritten hat, anstelle des Angeklagten therapeutische Gespräche mit dem Zeugen R ■■■ geführt zu haben. Dies erscheint der Kammer schon deswegen glaubhaft, weil der Zeuge über keine medizinische Fachausbildung verfügt, sondern den Beruf des Kfz-Mechanikers erlernt hat.

Dass der Angeklagte die festgestellten Falschabrechnungen von Gebührenziffern des EBM gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland bewusst vorgenommen hat, ergibt sich zum einen daraus, dass therapeutische Gespräche mit dem Zeugen R ■■■ nicht geführt worden sind und es sich im Übrigen auch um ärztliche Leistungen gehandelt hätte, die der Zeugen R ■■■ als "Privatpatient" hätte zahlen müssen, da es sich nicht um eine "kassenärztliche" Leistungen handelte. Dies wird durch die Eintragungen im Krankenblatt des Zeugen R ■■■ bestätigt, wonach seine Besuche in der Praxis des Angeklagten

sämtlich im Zusammenhang mit der Wiedererlangung der Fahrerlaubnis standen. Dementsprechend heißt es im Krankenblatt am 10.02.2003: "Leistungsuntersuchung Fahrtüchtigkeit", am 14.04.2003: "Leistungsunters. nach FeV Anlage 5" und am 19.05.2003: "Gutachten MPU".

### **3. Beihilfe zum Abrechnungsbetrug des gesondert verfolgten Orthopäden ■■■■■ E ■■■■**

Die Feststellungen bezüglich der Beihilfe zum Abrechnungsbetrug des Orthopäden ■■■■■ E ■■■■ (II.2) beruhen auf der insoweit vollumfänglich geständige Einlassung des Angeklagten. Der Angeklagte hat insbesondere eingeräumt, dem mit ihm befreundeten Orthopäden ■■■■■ E ■■■■ die Patientendaten von 112 Versicherten zum Zwecke der betrügerischen Abrechnung zur Verfügung gestellt zu haben, so dass E ■■■■ in der Lage war, auf diese Versicherten tatsächlich nie erbrachte vertragsärztliche Leistungen abzurechnen.

Die Kammer hält dieses Geständnis, das der Angeklagte bereits anlässlich seiner ermittlungsrichterlichen Vernehmung abgelegt hatte, für glaubhaft. Denn die geständige Einlassung des Angeklagten wird durch das Ermittlungsergebnis zu diesem Tatkomplex gestützt, auch wenn sich der als Zeuge geladene Orthopäde E ■■■■ im vorliegenden Verfahren mit Blick auf das gegen ihn anhängige Strafverfahren auf sein Auskunftsverweigerungsrecht gemäß § 55 StPO berufen hat.

Denn das Geständnis steht insbesondere im Einklang mit den Bekundungen der Sachverständigen S ■■■■, die von der Staatsanwaltschaft im Ermittlungsverfahren mit der Auswertung der Abrechnungs- und Patientenunterlagen des Orthopäden ■■■■■ E ■■■■ beauftragt worden war.

Die Sachverständige S ■■■■ hat glaubhaft ausgesagt, anlässlich der Durchsuchung der Praxis des Angeklagten sei ein sog. "Chip-Archiv" aufgefunden und gesichert worden. Ein solches "Chip-Archiv" eröffne die Möglichkeit, jederzeit auf Versichertendaten zurückzugreifen, ohne dass der Patient seine Kran-

kenversicherungskarte in der Praxis einlesen lassen müsse. Gleichwohl werde auf dem abgerechneten Behandlungsausweis ein Einlesedatum der Krankenversicherungskarte vermerkt, wie dies auch beim tatsächlichen Einlesen einer Krankenversicherungskarte geschehe.

Dass von dem Orthopäden E. [REDACTED] auf die 112 gesetzlich Versicherten ohne Erbringung entsprechender vertragsärztlicher Leistungen Gebührensatz abgerechnet worden seien, habe man daraus geschlossen, dass den Praxisangestellten des Orthopäden E. [REDACTED] eine Vielzahl der Patientennamen nicht bekannt gewesen sei. Bei einer stichprobenartigen Befragung von 10 % der 112 gesetzlich Versicherten habe sich zudem ergeben, dass keiner dieser Versicherten von dem Orthopäden E. [REDACTED] jemals behandelt worden sei. Den Versicherten sei der Name E. [REDACTED] überwiegend auch nicht bekannt gewesen. Dementsprechend seien in der Praxis des E. [REDACTED] auch bei den i Ermittlungsverfahren durchgeführten Durchsuchungen so gut wie keine Karteikarten zu diesen 112 Personen aufgefunden worden.

Der von dem Orthopäden E. [REDACTED] aufgrund vorsätzlicher Falschabrechnungen vertragsärztlicher Leistungen verursachte Schaden wurde ebenfalls von der Sachverständigen S. [REDACTED], der die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Verfügung standen, ermittelt. Den Schaden hat die Sachverständige – methodisch korrekt – durch Multiplikation der Punkte, die den einzelnen Gebührensatz nach dem EBM zugewiesen sind, mit dem von der KV Saarland für die Gebührensatz in den jeweiligen Quartalen angesetzten (niedrigsten) Punktwert errechnet. Hieraus ergibt sich in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 ein durch die vorsätzlichen Falschabrechnungen verursachter Schaden in Höhe von 8.487,94 €. Die Sachverständige hat in diesem Zusammenhang allerdings darauf hingewiesen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Saarland bei der Honorarfestsetzung gegenüber dem Orthopäden E. [REDACTED] aufgrund von Budgetobergrenzen in den jeweiligen Quartalen pauschale Abschläge von bis zu 5 % vorgenommen habe, so dass sich der von ihr errechnete Schaden entsprechend reduziere. Infolgedessen ist von einem Mindestschaden



den von etwa 8.063,54 € (8.487,94 € - 424,40 € [= 5% von 8.487,94 €]) auszugehen ist.

Die Daten, an denen der Orthopäde E■■■■ die Quartalsabrechnungen unterschrieben hat, ergeben sich aus den jeweiligen "Sammelerklärungen" der einzelnen Quartale. Die Honorarfestsetzungen erfolgten dabei nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland an denselben Tagen wie bei dem Angeklagten Dr. P■■■■ (vgl. II. 3. c). Dass die Honorarauszahlungen jeweils und in der Fehlvorstellung erfolgt sind, mit den Quartalsabrechnungen des Orthopäden E■■■■ sei "alles in Ordnung", ergibt sich auch hier aus den Aussagen der jeweiligen Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, die die Entscheidung über die Auszahlung zu treffen hatten (vgl. unten III. 4. d).

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland hat zudem mitgeteilt, dass der durch die vorsätzlichen Falschabrechnungen des Orthopäden E■■■■ verursachte Schaden im Nachhinein durch Aufrechnungen (vollständig) ausgeglichen werden konnte.

#### **4. Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrug des Angeklagten in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005**

Die Feststellungen zur vertragsärztlichen Zulassung des Angeklagten und – ab dem 01.07.2004 auch seines Bruders – beruhen auf der Einlassung des Angeklagten sowie ergänzend auf den Bekundungen der Zeugen G■■■■ und W■■■■ von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland.

Der Zeuge G■■■■, Leiter der Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland hat insbesondere ausgesagt, dass die Kassenärztliche Vereinigung eine Assistententätigkeit des Bruders des Angeklagten vor dessen eigener vertragsärztlicher Zulassung am 01.07.2004, nicht genehmigt hat, obwohl eine Genehmigung gemäß § 32 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) erforderlich gewesen wäre.

Dass der Bruder des Angeklagten nicht lediglich als Vertreter des Angeklagten bei dessen kurzfristiger Abwesenheit, sondern über einen Zeitraum von etwa einem Jahr als (ungenehmigter) Assistent in der Praxis des Angeklagten ständig mitarbeitete, ergibt sich zum einen aus der Einlassung des Angeklagten, der auf die Assistententätigkeit seines Bruders bereits zu Beginn der Hauptverhandlung explizit hingewiesen hatte und sich erst im Laufe der Hauptverhandlung, nachdem der Zeuge G ■■■ bekundet und auf die fehlende Genehmigung verwiesen hatte, hiervon in der Weise distanziert hat, dass er die Mitarbeit seines Bruders als bloße Vertretertätigkeit beschrieben hat.

Darüber hinaus haben auch die Praxisangestellten des Angeklagten übereinstimmend ausgesagt, dass der Bruder des Angeklagten bereits über einen längeren Zeitraum von etwa einem Jahr vor Beginn der Gemeinschaftspraxis ständig in der Praxis anwesend gewesen sei und auch (eigene) Patienten behandelt habe.

Die Feststellungen, wonach der Angeklagte hinsichtlich der Anzahl der abrechneten Gebührenziffern, insbesondere bei den Gebührenziffern 850 (Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) deutlich über dem Durchschnitt der Fachgruppe lag, beruhen auf den entsprechenden Bekundungen der Sachverständigen S ■■■, die die entsprechenden Prozentzahlen aus den von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Verfügung gestellten Anzahlstatistiken entnommen hat.

Die im Einzelnen festgestellten vorsätzlichen Falschabrechnungen in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 hat der Angeklagte ganz überwiegend abgestritten. Gleiches gilt für den aufgrund der mathematisch-statistischen Hochrechnung ermittelten Mindestschaden in Höhe von rund 400.000 €.

### a) Einlassung des Angeklagten

Der Angeklagte hat sich – mit Ausnahme der Geständnisse zu den vorsätzlichen Falschabrechnungen bei acht gesetzlich Versicherten – erst im Anschluss an die Vernehmungen der Zeugen zu den Tatvorwürfen eingelassen und vorsätzliche Falschabrechnungen weitgehend bestritten. In einigen Fällen hat er zudem Erklärungen abgegeben, die jeweils im Zusammenhang mit den Einzelfällen dargestellt sind. Insoweit wird auf die entsprechenden Ausführungen verwiesen (vgl. III. 4. e).

Zur Abrechnung und (rechtlichen) Auslegung einzelner Gebührenziffern des EBM hat sich der Angeklagte in allgemeiner Form wie folgt eingelassen:

**Gebührenziffern 10** (Therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten) und **18** (Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 10, 11 und 17 bei einer Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten):

Die Gebührenziffer 10 habe er nur dann in das Krankenblatt eingetragen, wenn das therapeutische Gespräch mindestens 10 Minuten gedauert habe. Sofern das therapeutische Gespräch länger als 30 Minuten gedauert habe, habe er zusätzlich noch die Ziffer 18 in Ansatz gebracht. Beanstandungen dieser Ziffern seien daher unberechtigt.

**Gebührenziffern 60** (Ganzkörperstatus) und **801** (Neurologische Basisdiagnostik):

Die Dokumentationspflicht in der Leistungslegende der Ziffer 60 sei zum 01.04.2005 abgeschafft worden. Die Ausgestaltung und der Umfang der notwendigen Dokumentation seien zuvor weitgehend dem jeweiligen Arzt überlassen gewesen. Er habe die Untersuchung daher zunächst durch den Eintrag der Ziffer 60 in das elektronische Krankenblatt dokumentiert. Auf die Dokumentation regelrechter Befunde habe er bewusst verzichtet, da diese redundant seien. Vielmehr habe er nur die erhobenen pathologischen Befunde dokumentiert. Mithin habe er immer dann, wenn keine pathologischen Befunde erhoben worden seien, auch nichts weiter dokumentiert.

Darüber hinaus werde der Leistungsinhalt der Ziffer 60 meistens diffus nur als Untersuchung von "Kopf bis Fuß" bezeichnet. Analog der (privatärztlichen) Gebührenziffer 8 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beinhalte ein Ganzkörperstatus die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung. Ein erfahrener Arzt benötige dafür etwa fünf Minuten. Daher müsse diese Untersuchung dem Patienten nicht unbedingt auffallen, wenn die Untersuchung schnell und routiniert erbracht werde. Es sei auch nicht notwendig, dass sich der Patient auf eine Liege lege.

Für die Ziffer 801 gelte grundsätzlich dasselbe. Hier sei darüber hinaus jedoch festzuhalten, dass von der Leistungslegende keine explizite Dokumentationspflicht gefordert werde.

Demnach seien die Beanstandungen bezüglich der Ziffern 60 und 801 wegen mangelnder Dokumentation nicht gerechtfertigt.

**Gebührenziffern 850** (Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und **851** (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen)

In der Leistungslegende zur Ziffer 850 sei nicht festgelegt, welcher Art der "Vermerk" über die ätiologischen Zusammenhänge sein solle. Oft genüge eine kurze Notiz, ein bestimmtes Wort oder auch nur der Eintrag einer aussagekräftigen Diagnose in das elektronische Krankenblatt und jedem psychosomatisch vorgebildeten Arzt erschließe sich sofort, worum es gehe. Sofern die Untersuchung länger als zehn Minuten gedauert habe, hätte er statt der Gebührenziffer 850 auch die höher bewertete Gebührenziffer 11 (Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit) in Ansatz bringen können, bei der ein solcher Vermerk nicht gefordert werde.

Bezüglich der Gebührenziffer 851, bei der eine besondere Dokumentation nicht vorgesehen sei, sei er immer nach einem systemisch strukturierten therapeutischen Konzept vorgegangen und habe stets die Zeitvorgabe von 15 Minuten eingehalten. Natürlich könne die Gebührenziffer 851 bei einem Patient auch mehrfach erbracht werden. Es komme auch vor, dass sich im Behandlungsverlauf herausstelle, dass der Patient einer "verbalen Intervention" nicht oder kaum

mehr zugänglich sei und "zu mache". In diesem Fall sei dann eine Fortsetzung der Leistungserbringung nicht sinnvoll bzw. nicht möglich. Die Beanstandungen bezüglich der Gebührenziffern 850 und 851 seien daher nicht berechtigt.

#### **b) Würdigung der Einlassung des Angeklagten**

Dass diese Einlassung des Angeklagten weitgehend als Schutzbehauptung zu werten ist, ergibt sich aus den im Einzelnen und patientenbezogen festgestellten vorsätzlichen Falschabrechnungen des Angeklagten bei insgesamt 80 gesetzlich Versicherten, wonach der Angeklagte in weitem Umfang und wahllos Gebührenziffern des EBM bewusst zu Unrecht abgerechnet hat.

Es kommt hinzu, dass die 12. Kleine Strafkammer des Landgerichts Saarbrücken mit Urteil vom 08.07.2010 den jugoslawischen Staatsangehörigen O [REDACTED] wegen Beihilfe zum Betrug des Angeklagten zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen zu je 30 Euro verurteilt hat. In dem Urteil des Landgerichts, das infolge der Verwerfung der Revision durch das Saarländische Oberlandesgericht rechtskräftig ist, sind im Wesentlichen folgende Feststellungen getroffen:

*„Der Angeklagte war [...] mit Dr. P [REDACTED] [...] bekannt.*

*[...]*

*Der Angeklagte besuchte Dr. P [REDACTED] auch mehrfach zu Hause. Sie waren zur damaligen Zeit in derselben politischen Partei.*

*Auch war der Angeklagte Gast bei der Feier zum 40. Geburtstag der Lebensgefährtin des Dr. P [REDACTED].*

*[...]*

*In der Zeit vom 09.1.2001 bis zum 23.10.2002 beschaffte der Angeklagte dem gesondert verfolgten Dr. med. [REDACTED] P [REDACTED], der in Saarbrücken als niedergelassener Arzt eine Praxis betrieb, als sogenannter „Kartensammler“ die Krankenversicherungskarten seiner Verwandten [REDACTED] O [REDACTED] geb. [REDACTED] 1955, [REDACTED] A [REDACTED] geb. [REDACTED] 1956, [REDACTED] K [REDACTED] geb. 23.11.1987, [REDACTED] K [REDACTED] geb. [REDACTED] 1985, [REDACTED] M [REDACTED] geb. [REDACTED] 1984 und [REDACTED] M [REDACTED] geb. [REDACTED] 1995. Die Krankenversicherungskarten wurden sodann in der Praxis des Dr. P [REDACTED] in den dortigen PC [...] eingelesen. Absprachegemäß rechnete sodann Dr. P [REDACTED] mit Hilfe der Patientenstammdaten angeblich durchgeführte Behandlungen der genannten Personen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ab, obwohl die Versicherten mit Ausnahme einer einmaligen Behandlung des Versicherten [REDACTED] U [REDACTED] nie in der Praxis des Dr. P [REDACTED] gewesen waren und auch Behandlungen im Sinne der in Ansatz gebrachten Gebührenziffern nie stattgefunden hatten.*

*Hierdurch entstand der durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland vertretenen Ärzteschaft ein Schaden in Höhe von 696,29 Euro [...].“*

Die von dem Landgericht Saarbrücken im Urteil vom 08.07.2010 getroffenen Feststellungen belegen nach Überzeugung der Kammer ebenfalls, dass die Gebührenabrechnungen des Angeklagte im Tatzeitraum entgegen seiner Einlassung nicht stets korrekt gewesen sind, zumal sich die Feststellungen aus dem Urteil des Landgerichts zwanglos mit dem im vorliegenden Verfahren festgestellten (betrügerischen) Abrechnungsverhalten des Angeklagten im Einklang stehen.

Auch soweit der Angeklagte sich eingelassen hat, die Gebührenziffer 801 enthalte seines Erachtens keine Dokumentationspflicht, ist die Kammer davon überzeugt, dass dem Angeklagten im Tatzeitraum – entgegen seiner Einlassung – die Dokumentationspflicht hinreichend bekannt war. Denn zum einen hat der Angeklagte im Rahmen seiner Einlassung ausdrücklich darauf verwiesen, dass er in seiner Praxis Texte und Kommentare des EBM in der damaligen Fassung zur Verfügung und bei Auslegungsfragen auch herangezogen hatte. Zum anderen ergibt sich aus einer Einlassung des Angeklagten im Rahmen des Ermittlungsverfahrens, in der der Angeklagte ausdrücklich auf die Dokumentationspflicht bei dieser Gebührenziffer verwiesen hat, dass ihm der Inhalt der Leistungslegende und der Dokumentationspflicht bekannt war. Soweit sich der Angeklagte auf Vorhalt dieser – von ihm nicht in Zweifel gezogenen – Einlassung in der Hauptverhandlung nicht geäußert hat, wertet die Kammer dieses "Teilschweigen" dahingehend, dass sich der Angeklagte erst im Laufe der Hauptverhandlung zu Verteidigungszwecken auf eine abweichende Rechtsansicht berufen hat, zumal er die Tatvorwürfe bereits im Ermittlungsverfahren eingeräumt hatte.

**c) Einreichen der (unrichtigen) Quartalerklärungen für die Quartale 2/2000 bis 1/2005 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland**

Dass der Angeklagte – der dies im Übrigen nicht bestritten hat – die Quartalerklärungen zu den im Einzelnen festgestellten Zeitpunkten bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland eingereicht hat, ergibt sich aus den von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Verfügung gestellten "Sammelerklärungen", die jeweils die entsprechenden Daten ausweisen und von dem Angeklagten, ab dem 3. Quartal 2004 zusätzlich auch von seinem Bruder [REDACTED] P [REDACTED] unterschrieben worden sind. Alle Quartalerklärungen enthalten zudem die festgestellten vorformulierten Versicherungen.

Soweit die Kassenärztliche Vereinigung Saarland mitgeteilt hat, dass ihr die Quartalerklärung des Angeklagten für das 2. Quartal 2000 nicht mehr vorliegt, beruht die Feststellung, dass der Angeklagte auch für dieses Quartal eine inhaltsgleiche Erklärung abgegeben hat, auf den Bekundungen des Zeugen G [REDACTED], der als Leiter der Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ausgesagt hat, dass eine Honorarabrechnung ohne vorherige Einreichung einer Quartalerklärung nicht erfolgt wäre. Der Zeuge G [REDACTED] sowie der Zeuge W [REDACTED], Leiter der Abteilung Honorarabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, haben zudem bekundet, dass alle standardisierten Quartalerklärungen einen identischen Inhalt haben. Dies gelte auch für die Erklärung bezüglich des Quartals 2/2000.

Dass alle beanstandeten Gebührensziiffern durch den Angeklagten auch tatsächlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland abgerechnet worden sind, ergibt sich daraus, dass – wie der Zeuge W [REDACTED] bekundet hat – der Angeklagte den Quartalerklärungen jeweils Datenträger mit den abgerechneten Gebührensziiffern beigelegt hatte. Alle beanstandeten Gebührensziiffern sind zudem in den bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland gespeicherten Abrechnungsdaten des Angeklagten vorhanden, die der Sachverständigen S [REDACTED] zur Verfügung gestellt worden sind. Abweichungen zu den in den elektronischen Krankenblättern eingetragenen Gebührensziiffern hat weder die Sach-

verständige S ■■■ noch die Kammer festgestellt. Demnach sind alle in die Krankenblätter eingetragenen Gebühreuziffern auch im Rahmen der Quartalerklärungen durch den Angeklagten abgerechnet worden.

**d) Prüfung der Honorarabrechnungen ("Sammelerklärungen") durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland**

Die Feststellung, dass die von dem Angeklagten eingereichten Quartalerklärungen und die dabei abgerechneten Gebühreuziffern die von Gesetzes wegen vorgesehenen Plausibilitätsprüfungen durchlaufen haben, beruht ebenfalls auf den Aussagen der Zeugen G ■■■ und W ■■■, die im Sinne der Feststellungen glaubhaft bekundet haben. Die Zeugen haben insbesondere ausgesagt, dass die Honorarbescheide anschließend dem jeweiligen Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland vorgelegt worden seien, der sodann die Entscheidung über die Festsetzung und Auszahlung des errechneten Honorars getroffen und die Anweisung zur Auszahlung erteilt habe.

Die Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland sind bei ihrer Entscheidung über die Festsetzung und Auszahlung des errechneten Honorars auch jeweils davon ausgegangen, dass die nach den durchgeführten Plausibilitätsprüfungen abgerechneten Gebühreuziffern ordnungsgemäß erbracht und abrechnungsfähig waren. Dies haben die Zeugen Dr. L ■■■, Dr. F ■■■ und Dr. H ■■■ übereinstimmend bekundet. Die Zeugen haben insbesondere glaubhaft ausgesagt, sie hätten die Abrechnungen mit Blick auf die Vielzahl der Vertragsärzte und der abgerechneten Leistungen zwar nicht selbst im Detail überprüfen können; sie seien aufgrund der von der Abrechnungsabteilung durchgeführten Vorprüfungen jedoch stets davon ausgegangen, dass mit den Abrechnungen "alles in Ordnung" sei. Andernfalls hätten sie die Entscheidung über die Festsetzung und Auszahlung des Honorars auch nicht befürwortet.



**e) Festsetzung und Auszahlung des Honorars durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland**

Die Feststellungen zu den durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland festgesetzten und an den Angeklagten bzw. – ab dem 3. Quartal 2004 – an den Angeklagten und seinen Bruder ausgezahlten Honorare beruhen auf der glaubhaften Aussage des Zeugen W■■■■■, der als Leiter der Abrechnungsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland im Sinne der Feststellungen bekundet hat. Der Zeuge W■■■■■ konnte dabei auf eine Übersicht zu den erlassenen Honorarbescheiden und ausgezahlten Honorare, welche die einzelnen Daten und Beträge ausweist, zurückgreifen.

**f) Die einzelnen – patientenbezogenen – vorsätzlichen Falschabrechnungen des Angeklagten in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005**

Die Feststellungen zu den im Tatzeitraum vorgenommenen vorsätzlichen Falschabrechnungen bei insgesamt 80 von 100 gesetzlich Versicherten beruhen auf der nachfolgend dargestellten Beweiswürdigung. Angesichts der Schwierigkeiten bei der nachträglichen Feststellung vorsätzlicher Falschabrechnungen hat die Kammer zugunsten des Angeklagten nur solche Gebührensätze beanstandet, bei denen eine bewusst falsche Abrechnung offensichtlich war.

Im Einzelnen beruhen die Feststellungen auf folgenden Umständen und Erwägungen:

(1) bis (8) "Luftbehandlungen" der acht Patienten [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] und [REDACTED] A [REDACTED]

Die Feststellungen beruhen auf dem Geständnis des Angeklagten, der eingeräumt hat, dass es sich bei sämtlichen Gebührenziffern um Falschabrechnungen handelt. Das Geständnis des Angeklagten ist mit Blick auf die bei den übrigen gesetzlich Versicherten getroffenen Feststellungen auch glaubhaft. Denn soweit in den Krankenblättern nicht nur Gebührenziffern eingetragen sind, findet sich im Übrigen jeweils lediglich die von dem Angeklagten in zahlreichen weiteren Fällen vorsätzlichen Abrechnungsbetruges nach Art eines Textbausteins verwendeten Diagnosen wie z. B. "Akute Infektion der oberen Atemwege nicht näher bezeichnet", "Infekt der Atemwege", "Grippaler Infekt" bzw. "Lumbago" oder "Kreuzschmerz". Im Übrigen fehlt es – wie für vorsätzliche Falschabrechnungen typisch – auch vollständig an einer weitergehenden Behandlungs- oder Befunddokumentation im Krankenblatt. Die einzelnen Diagnosen und Rezeptausstellungen anlässlich der vorgenommenen "Luftbehandlungen" ergeben sich aus den Eintragungen im Krankenblatt, das – insbesondere bei den "Scheinpatienten" [REDACTED] und [REDACTED] A [REDACTED] – die "Improvisationskunst" des Angeklagten bei der Vornahme von Falschabrechnungen erkennen lässt.

(9) bis (12) "Luftbehandlungen" der vier "Scheinpatienten" [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED] und [REDACTED] B [REDACTED]

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei den Zeugen A [REDACTED], A [REDACTED], A [REDACTED] und [REDACTED] B [REDACTED] bestritten und sich eingelassen, er könne sich an die Personen nicht mehr konkret erinnern. Er wisse aber, dass es immer wieder vorgekommen sei, dass Patienten am selben Tag sowohl beim Orthopäden als auch bei ihm als Allgemeinarzt gewesen seien. So müsse es auch hier gewesen sein. Andernfalls hätte er

die Zeugen nicht in seinem Praxisverwaltungsprogramm als Patienten anlegen können.

Die Kammer wertet diese Einlassung jedoch als Schutzbehauptung. Denn die Feststellungen beruhen jeweils auf den glaubhaften Aussagen der Zeugen A, A, A und B, die sämtlich übereinstimmend und ohne Belastungstendenz ausgesagt haben, zwar bei dem Orthopäden Dr. R in Behandlung, aber nie in der Praxis des Angeklagten gewesen zu sein. Im Übrigen haben die Zeugen ausgesagt, einen Hausarzt zu haben, so dass eine Überweisung zu dem Angeklagten als Allgemeinarzt nicht erforderlich gewesen sei.

Soweit der Zeuge Dr. R diesbezüglich ausgesagt hat, er könne sich an die Patientennamen im Einzelnen nicht mehr erinnern, die Patienten seien nach seinen schriftlichen Aufzeichnungen aber allesamt in seiner Behandlung gewesen und an den Angeklagten überwiesen worden, hält die Kammer diese Aussage für unglaubhaft. Denn bei dem Zeugen, der ein erhebliches Interesse daran hatte, sich nicht selbst zu belasten, war erkennbar, dass er sich lediglich auf seine schriftlichen Aufzeichnungen zurückziehen wollte. Mit Blick auf die Aussagen der Zeugen und die für reine Luftbehandlungen sprechenden Eintragungen im Krankenblatt ist die Kammer jedoch davon überzeugt, dass der Angeklagte die Patientendaten von dem Zeugen Dr. R bewusst zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnungen erhalten hat.

Im Krankenblatt findet sich zwar jeweils der Eintrag, dass die Patienten von Dr. R überwiesen worden seien. Die angegebenen Diagnosen sprechen jedoch jeweils – wie auch bei den Luftbehandlungen der Scheinpatienten A und A – für Scheindiagnosen und damit für bewusste Falschabrechnungen von "Luftziffern". So finden sich diesbezüglich als Diagnosen entweder "Grippaler Infekt (J06.9, G)" bezüglich der Zeugin A, "Akute Erkrankung der oberen Atemwege (J06.9, G)" bezüglich der Zeugin A "Schmerzen des Nervus trigeminus (G50.0, V) bezüglich des Zeugen A bzw. "Infekt der unteren Luft-

wege (J22, V)" bezüglich der Zeugin [REDACTED] B [REDACTED]. Es kommt hinzu, dass trotz der angeblich diagnostizierten Erkältungskrankheiten in keinem Fall kein Rezept über ein Erkältungs- oder Grippemedikament ausgestellt worden ist, was jedoch nahe gelegen hätte.

**(13) bis (19) Falschabrechnungen bei den "Substitutionspatienten" [REDACTED]**

A [REDACTED], [REDACTED] und [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] B [REDACTED] und [REDACTED] B [REDACTED]

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei diesen "Substitutionspatienten" und behauptet, in allen Einzelfällen, in denen er die Gebührenziffern 202 (Substitutionsbehandlung mit Methadon) wie auch die Gebührenziffern 203 (Zuschlag zur Leistung nach Nr. 202 für die Durchführung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen) und 204 (Zuschlag zur Leistung nach Nr. 202 für das therapeutische Gespräch, Dauer mindestens 10 Minuten) abgerechnet hat, habe auch der von der Leistungslegende geforderte persönliche Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden. Hierzu hat der Angeklagte sein Einlassungsverhalten mitunter an das Ergebnis der Beweisaufnahme angepasst.

So hat er sich zunächst eingelassen, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt liege auch dann vor, wenn der Arzt an der Substitutionsvergabe zwar nicht unmittelbar beteiligt sei, sich aber in der Praxis befinde und damit jederzeit "erreichbar" sei. Hierzu hat er sich auf eine Auslegung berufen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe befürwortet worden sei und unter dem Stichwort "sub tectu" lediglich die Erreichbarkeit des Arztes verlange.

Im Detail hat sich der Angeklagte wie folgt eingelassen:

Er sei seit 1996 in eigener Praxis allgemeinärztlich als Vertragsarzt niedergelassen gewesen. Bis Anfang 2000 habe sich seine Praxis in der T [REDACTED]

straße ■■■ in Saarbrücken befunden. Damals habe er noch keine Substitutionspatienten behandelt. Im Frühjahr 2000 sei er dann mit der Praxis in die R■■■■■ in die Nähe des Saarbrücker Hauptbahnhofes umgezogen. Dort sei er dann zum ersten Mal mit Patienten konfrontiert worden, die zur Überwindung ihrer Drogenabhängigkeit mit Drogenersatzstoffen ärztlich substituiert werden wollten. Damals sei das "staatliche Methadonprogramm" ausgelaufen und vollständig in das vertragsärztliche System integriert worden. Die ersten Patienten seien dann im Herbst 2000 zu ihm gekommen. Da er zu diesem Zeitpunkt noch keine Substitutionsberechtigung gehabt habe, habe er diese Patienten nicht selbst substituiert, sondern an substitutionsberechtigte Kollegen weiterüberwiesen.

Er habe sich damals umfassend über die Art und Weise der Durchführung der Substitution im Saarland informiert. Bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland sei damals ein Herr W■■■■ für die Substitution zuständig gewesen. Dieser habe ihn darin bestärkt, zukünftig diese Behandlungsform anzubieten, damit im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland genügend Therapieplätze für drogenabhängige Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

Er habe sodann die Fachkunde "Suchtmedizinische Grundversorgung" erworben und eine Genehmigung zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland erhalten. Begonnen habe er mit Substitutionsbehandlungen auf der Grundlage von Methadon (Polamidon) bzw. Buprenorphin (Subutex).

In den Jahren 2001, 2002 und 2003 habe er dann die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger zunächst vollständig in den normalen Praxisablauf integriert, was aufgrund der geringen und überschaubaren Patientenzahl auch möglich gewesen sei.

Die Substitutionspatienten seien daher – ebenso wie alle anderen Patienten – während der Sprechstunden erschienen, seien aufgerufen worden und hätten sich dann im Arztzimmer bei ihm vorgestellt. Nur von seinem Arztzimmer aus sei ein weiteres kleineres Zimmer erreichbar gewesen, in dem die Substitutionsmedikamente gelagert worden seien. Hieraus habe

er bei der Vorsprache des Patienten das vorbereitete Substitut geholt und es dem Patienten übergeben, da jedem Patienten ein eigenes Medikamentenkästchen zugeteilt gewesen sei.

Als die Patientenzahlen im Substitutionsbereich angewachsen seien und die ursprünglich genehmigte Zahl von 50 Substitutionspatienten erreicht gewesen sei, habe ihm die Kassenärztliche Vereinigung Saarland Mitte des Jahres 2003 eine Genehmigungsausweitung für eine unbegrenzte Zahl von Substitutionspatienten erteilt. Um den Patientenzustrom bewältigen zu können, sei es dann erforderlich geworden, die Praxis zu erweitern und baulich und personell so zu vergrößern, dass der wachsenden Zahl von Substitutionspatienten weiterhin Rechnung getragen werden konnte. Diese Entscheidung habe für ihn einen nicht unerheblichen Investitions- und Kostenaufwand bedeutet.

Dabei sei er auch davon ausgegangen, dass ein solcher Aufwand ein "gebührenrechtliches Regulativ" finde. Er habe sich daher die gebührenrechtlichen Regelungen der Ziffern 202, 203 und 204 des EBM angesehen. Dort sei ausgeführt gewesen, dass die Ziffer 202 nur bei "persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt" berechnungsfähig sei. Diesbezüglich habe er sorgfältig eruiert, wie diese Leistungslegende auszulegen sei. Wäre die Leistungslegende so auszulegen gewesen, dass er in allen Fällen das Substitut dem Patienten persönlich hätte überreichen müssen, so wie er es bis dato getan habe, hätte er von einer Expansion seiner Praxis Abstand genommen. Er habe sich dementsprechend zunächst an die für ihn zuständige Kassenärztliche Vereinigung Saarland gewandt, die ihn in Ermangelung eigener saarländischer Richtlinien auf die Richtlinien der Bundesärztekammer verwiesen habe.

Die Richtlinien der Bundesärztekammer hätten einheitlich auf das Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger ("ASTO-Handbuch"), herausgegeben von der Ärztekammer Westfalen-Lippe verwiesen. Dort sei auf Blatt A 10 folgendes ausgeführt:

"Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat sich am 30.06.99 in einem Rundschreiben folgendermaßen zur Abrechnung der Ziffer 202 geäußert: „Die im EBM eingeführte 2. Anmerkung zur GNR 202 'nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig' wird von der KVWL folgendermaßen ausgelegt: Der Begriff 'persönlich' in der ab 01.07.1999 gültigen Anmerkung zur Leistung nach der GNR 202 EBM bedeutet nicht, dass der Arzt das Methadon zur Drogen-Substitution dem Patienten selbst übergeben und die Einnahme überwachen muss; es reicht vielmehr aus, wenn er eine geeignete Hilfsperson mit der Übergabe beauftragt. Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der Leistung nach GNR 202 ist jedoch, dass der Arzt zum selben Zeitpunkt in der Praxis anwesend ist, zu dem das Methadon dort übergeben und eingenommen wird" (Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vom 30.06.1999, Blatt 6, Zeichen: L60.2 Ri/Lo)

Diese - unter dem Begriff "sub-tectu-Regelung" bekannte Interpretation der Gebührenziffer 202 durch die KV Westfalen-Lippe - ist aus der Sicht der Teilnehmer des ASTO-Projektes richtig und sollte generell Anwendung finden."

Er habe sich daher bei der Durchführung der Substitution an diese "sub-tectu"-Regelung gehalten, so dass er während der Substitution zumindest in seinem Arztzimmer erreichbar gewesen sei. Eine Nachfrage seinerseits bei anderen größeren Substitutionspraxen im Saarland habe ergeben, dass eigene Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland dieser Auslegung nicht entgegengestanden hätten. Gleichwohl habe es in der Folge auch eine Vielzahl von unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakten mit Substitutionspatienten in Form von persönlichen Unterredungen, Untersuchungen, Dosierungsänderungen usw. gegeben.

Ab dem 01.07.2004 habe er die Praxis zusammen mit seinem Bruder als Gemeinschaftspraxis geführt. Am 06.10.2004 habe sein Bruder die Substitutionsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland erhalten. Soweit ihm vorgeworfen werde, er habe Substitutionsbehandlungen seines Bruders vor dem 06.10.2004 pflichtwidrig gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, gehe dieser Vorwurf ins Leere. Richtig sei zwar, dass sein Bruder bereits vor dem 06.10.2004 im Rahmen der Substitutionsbehandlung tätig gewesen sei. Die entsprechende Befähigung dazu, nämlich die Fortbildungsveranstaltung "Suchtmedizinische Grundversorgung" von über 50 Stunden, habe sein Bruder jedoch bereits in der Zeit vom 24.01.2003 bis zum 22.02.2003 erworben. Zur Abrechnung seien sol-

che Leistungen seines Bruders vor dem 06.10.2004 aber nur dann gekommen, wenn sie unter seiner Kontrolle und Aufsicht erfolgt seien. Wenn er (urlaubsbedingt) nicht in der Praxis gewesen sei, seien die Substitutionspatienten demgegenüber von seiner Kollegin G. [REDACTED] betreut worden.

Die Kammer wertet diese Einlassung – soweit sie mit den Feststellungen in Widerspruch steht – als Schutzbehauptung. Dies betrifft zunächst die von dem Angeklagten aufgestellte Behauptung, er habe sich bei der Substitutionsbehandlung an die von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vertretene "sub-tectu-Regelung" gehalten. Denn eine solche Auslegung ist nach den Bekundungen des Zeugen G. [REDACTED], dem Leiter der Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, bei der sich der Angeklagte diesbezüglich auch zu keinem Zeitpunkt erkundigt habe, niemals vertreten worden. Sie widerspricht zudem dem eindeutigen Wortlaut der Leistungslegende der Gebührenziffer 202, die einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraussetzt, sowie den in § 13 BtmG gemachten gesetzlichen Vorgaben (vgl. hierzu IV. 3. a).

Dass sich der Angeklagte die Auslegung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zu keinem Zeitpunkt zu Eigen gemacht hat, mithin gerade nicht davon ausgegangen ist, seine Anwesenheit bzw. Erreichbarkeit in der Praxis genüge, um die Gebührenziffer 202 abrechnen zu dürfen, ergibt sich zudem daraus, dass er den Tatvorwurf im Stadium des Ermittlungsverfahrens bereits am 08.08.2005 eingeräumt hat.

In dieser geständigen Einlassung, die der Angeklagte über seinen Verteidiger abgegeben hatte und die dem Angeklagten in der Hauptverhandlung vorgehalten worden ist, heißt es, dass die Vergabe des Substituts jeweils über die Arzthelfer/innen erfolgt und der Angeklagte selbst im Vergaberaum nicht anwesend gewesen sei. In der Einlassung wird demgegenüber nicht behauptet, dass im Zusammenhang mit der Substitutionsvergabe jeweils ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden habe. Viel-



mehr wird lediglich darauf verwiesen, dass dem Arzt eine Teilnahme an der Substitutionsvergabe bei großen Patientenmengen nicht möglich sei. Vor diesem Hintergrund erscheint die von dem Angeklagten hierzu abgegebene Erklärung, die Einlassung sei seinerzeit erfolgt, ohne sich die rechtlichen Voraussetzungen eines Arzt-Patienten-Kontaktes vergegenwärtigt zu haben, nicht glaubhaft. Vielmehr belegt die Einlassung vom 08.08.2005, deren Vorhalt dem Angeklagten erkennbar unangenehm war, nach Überzeugung der Kammer, dass es dem Angeklagten gerade bewusst war, dass die von ihm praktizierte Form der "Substitutionsbehandlung" unzulässig war und er sich erst nachträglich auf eine für ihn günstige Rechtsauslegung berufen hat.

Darüber hinaus findet sich in den Krankenblättern der in der Hauptverhandlung vernommenen "Substitutionspatienten" stets die Formulierung: "Substitution ad manum medici", was im Krankenblatt des Zeugen [REDACTED] B [REDACTED] zutreffend dahingehend (frei) übersetzt worden ist, dass die Substitution "durch den Arzt" zu erfolgen habe. Auch diese Eintragungen belegen, dass sich der Angeklagte bewusst war, dass die von ihm vorgenommene Delegation der Substitutionsbehandlung an sein nichtärztliches Personal unzulässig war.

Dass sich der Angeklagte entgegen seiner Einlassung während der Substitutionsvergabe, die morgens vor und nachmittags nach den Sprechstundenzeiten sowie in der Mittagspause und an den Wochenenden stattfand, häufig sogar überhaupt nicht in den Praxisräumen befand, ergibt sich daraus, dass die in der Hauptverhandlung vernommenen Arzthelferinnen, die Zeuginnen [REDACTED] und [REDACTED] L [REDACTED], [REDACTED] G [REDACTED] und [REDACTED] K [REDACTED] ausgesagt haben, der Angeklagte sei häufig erst später, oftmals erst gegen 9 Uhr oder 10 Uhr in die Praxis gekommen, als die morgendliche Substitutionsvergabe, die zwischen 8:00 Uhr und 8:30 Uhr stattgefunden habe, bereits vorbei gewesen sei.

Die Zeugin [REDACTED] L [REDACTED] hat zudem bekundet, der Angeklagte sei anlässlich der Substitutionsvergabe an den Wochenenden überhaupt nicht in der

Praxis gewesen. Die Zeugen F und W haben ausgesagt, der Angeklagte habe sich an den Wochenenden mit seinem Bruder abgewechselt, wobei der Angeklagte bzw. sein Bruder lediglich in der Praxis anwesend und "greifbar" gewesen seien. Lediglich die Zeugen G und K haben bekundet, entweder der Angeklagte oder sein Bruder, hätten sich am Wochenende "immer" (so der Zeuge G) bzw. "in der Regel" (so der Zeuge K) im Vergaberaum befunden. Die Aussagen der Zeugen K und G widersprechen jedoch nicht nur den Aussagen der übrigen Praxismitarbeiter, sondern auch den Eintragungen in den Krankenblättern der Substitutionspatienten, die im Folgenden dargestellt werden. Es kommt hinzu, dass beide Zeugen erkennbar darum bemüht waren, den Angeklagten zu entlasten und die Kammer daher davon überzeugt ist, dass die Aussagen nicht unbeeinflusst erfolgt sind, sondern gezielt zur Entlastung des Angeklagten abgegeben worden sind.

Gleiches gilt auch für die Aussage der Zeugin K, die bekundet hat, jeder Substitutionspatient habe bei dem Angeklagten im Arztzimmer "reingeschaut" und der Angeklagte habe den Patienten hierbei auch immer "die Hand gedrückt", im Übrigen sei ein Arzt zumindest erreichbar gewesen. Denn auch die Zeugin K wirkte deutlich "instruiert" und auf die entsprechende Frage des Gerichts vorbereitet. Es kommt hinzu, dass die Zeugin K bei ihrer polizeilichen Vernehmung am Tag der ersten Durchsuchung der Praxis am 01.02.2005 bekundet hatte, bei der Substitutionsvergabe sei kein Arzt anwesend gewesen, da das Praxispersonal angelernt worden sei und die Medikamente selbst anwende. Die Substitution werde – auch am Wochenende – hauptsächlich von dem Zeugen G durchgeführt. Wenn dieser nicht da sei, mache die Vergabe der "Praxismanager" K; zudem helfe jeder der Angestellten bei der Ausgabe mit. Die Ärzte P seien demgegenüber nicht da. Einen plausiblen Grund für ihre abweichende Aussage im Rahmen der Hauptverhandlung konnte die Zeugin auf Vorhalt ihrer polizeilichen Aussage nicht nennen. Die Kammer ist daher davon überzeugt, dass die Zeugin aus der Sphäre des Angeklagten instruiert worden ist, entsprechend zu bekunden.

Hierfür spricht auch die Aussage des Zeugen S [REDACTED] der die Zeugin K [REDACTED] am 01.02.2005 vernommen hatte und – in Übereinstimmung mit einem entsprechenden Vermerk in der polizeilichen Vernehmung – glaubhaft ausgesagt hat, dass schon damals von dem Angeklagten und seinem Verteidiger versucht worden sei, die Aussage der Zeugin zu beeinflussen. Denn während der Vernehmung der Zeugin K [REDACTED] habe der Verteidiger des Angeklagten aus dessen Praxis angerufen und versucht, die Zeugin unter Hinweis auf ein nicht bestehendes Zeugnisverweigerungsrecht dazu zu bewegen, bei der Polizei nicht weiter auszusagen. Zudem hat die Zeugin auf Vorhalt des Vertreters der Staatsanwaltschaft bestätigt, dass sie sich am Tage vor ihrer Vernehmung in der Hauptverhandlung zusammen mit dem Angeklagten und seinem Verteidiger am St. Johanner Markt in Saarbrücken getroffen habe. Soweit die Zeugin diesbezüglich behauptet hat, es sei dabei nicht über ihre Vernehmung im Rahmen des vorliegenden Verfahrens gesprochen worden, hält die Kammer diese Aussage mit Blick auf die deutlich erkennbare Entlastungstendenz für unglaubhaft, zumal sich die Aussage der Zeugin auffallend mit der Einlassung des Angeklagten deckt, so dass die Kammer davon ausgeht, dass die Zeugin aus der Sphäre des Angeklagten vor ihrer Aussage entsprechend instruiert worden ist.

Dass der Angeklagte die Substitutionsbehandlung nahezu vollständig an sein nichtärztliches Praxispersonal delegiert hat, ergibt sich darüber hinaus aus zahlreichen Einträgen in den Krankenblättern der "Substitutionspatienten", die belegen, dass der Angeklagte die Patienten grundsätzlich nicht zu Gesicht bekam und persönliche Arzt-Patienten-Kontakte lediglich ausnahmsweise bzw. aus gegebenem Anlass stattfanden.

So ist im Krankenblatt der "Substitutionspatientin" [REDACTED] A [REDACTED], nachdem bereits am 17.03.2003 die Gebührenziffer 202 abgerechnet worden waren, am 18.11.2003 zu lesen:

„Eindosierung und Übernahme [REDACTED] G [REDACTED] bekommt heute 60 mg Pola  
[...]

Am 20.11.2003 findet sich folgender Eintrag:

„sie wird von G [REDACTED] und G [REDACTED] betreut und erhält jetzt nur noch 50 mg  
Polamidon am Tag“

Am 12.12.03 heißt es im Krankenblatt:

„muss am Montag in Sprechstunde“

Am 15.12.03 ist im Krankenblatt eingetragen:

„zum Chef !!“

Aus diesen Eintragungen wird ersichtlich, dass eine Delegation auf das nichtärztliche Personal erfolgt ist und die Zeugin A [REDACTED] anlässlich der Substitutionsvergabe grundsätzlich keinen Kontakt zu dem Angeklagten hatte.

Die Eintragungen im Krankenblatt stehen zudem in Einklang mit den Bekundungen der Zeugin A [REDACTED], die glaubhaft ausgesagt hat, mit Polamidon substituiert worden zu sein, mit dem Angeklagten aber lediglich anlässlich einer längeren Erstuntersuchung und eines zwischenzeitlichen Rückfalls "zu tun" gehabt zu haben. Ansonsten habe sie ihre "Ration" immer von den Arzthelferinnen bekommen. Lediglich der Zeuge G [REDACTED] bzw. der Bruder des Angeklagten, die die Zeugin auf einem Lichtbild, auf dem alle Praxismitarbeiter des Angeklagten abgebildet sind, spontan erkannte, seien bei der Substitutionsvergabe dabei gewesen. In Übereinstimmung mit dieser Aussage finden sich am 18.11.2003 und 02.12.2003 entsprechende umfangreichere Eintragungen im Krankenblatt, welche die Erstuntersuchung und den von der Zeugin geschilderten Rückfall bestätigen.

Demgegenüber finden sich sowohl am 22.10.2003 und am 17.11.2003 als Eintragungen lediglich Gebühreuziffern, so dass die Kammer auch aus diesem Grunde keine Zweifel daran hat, dass der Angeklagte an diesen Tagen die Zeugin A [REDACTED] nicht zu Gesicht bekam und die Gebühreuziffern lediglich zum Zwecke vorsätzlicher Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat. Gleiches gilt für die am 19.11.2003, 26.11.2003 und 07.12.2003 abgerechneten Gebühreuziffern, da es auch insoweit vollständig an einer Befunddokumentation fehlt und es auch im Übrigen keine Hinweise auf längere ärztliche Kontakte bzw. therapeutische Gespräche gibt. Es kommt hinzu, dass die Zeugin glaubhaft ausgeschlossen hat, weder eine Influenza-Impfung erhalten noch einen Atemalkoholtest gemacht zu haben, so dass auch die am 26.11.2003 bzw. 07.12.2003 abgerechneten Gebühreuziffern 3869 (Atemalkoholtest) und 8902 (Influenza) dafür sprechen, dass es sich um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt.

Auch die Eintragungen im Krankenblatt des Substitutionspatienten [REDACTED] A [REDACTED] belegen die Feststellung, dass der Angeklagte die Substitutionsbehandlung im Tatzeitraum nahezu vollständig an sein nichtärztliches Praxispersonal delegierte.

So findet sich am 07.09.2004 folgende Eintragung:

*„Montag Erstuntersuchung M [REDACTED], zunächst Subutex 16 mg täglich durch K [REDACTED]“*

Bezeichnend ist auch der Eintrag der Arzthelferin [REDACTED] W [REDACTED] am 04.07.2005:

*„Können Urtaubsmittgabe haben, A. K [REDACTED] regelt die Modalitäten, Befriedigender Substitutionsverlauf“*

Auch bei dem "Substitutionspatienten" [REDACTED] A [REDACTED] finden sich im Zusammenhang mit der Substitutionsvergabe fast ausschließlich Eintragungen von Gebühreuziffern ohne medizinische Untersuchungsergebnisse

oder Befunddokumentationen. Demgegenüber findet sich jedoch am 02.02.2004 folgender Eintrag:

*„Interferontherapiebeginn Pegintron und 8 mg Subutex ab jetzt: Betreuer K[REDACTED] kommt jetzt freitags“*

Am 22.04.2005 ist im Krankenblatt Folgendes eingetragen:

*„kommt täglich bis am Montag dann zum chef er soll sagen wie es weitergeht“*

Aus weiteren Eintragungen im Krankenblatt wird ersichtlich, dass der Zeuge A[REDACTED] lediglich sporadisch Kontakt zu dem Angeklagten hatte. So lautet der Eintrag im Krankenblatt am 05.04.2003 wie folgt:

*„Nächsten Freitag zu Chef um 15.00 Uhr BE!!“*

Auch am 31.10.2003 und 15.12.2003 finden sich Eintragungen, wonach der Zeuge A[REDACTED] „zum Chef“ sollte, was nach Überzeugung der Kammer bestätigt, dass Arzt-Patienten-Kontakte mit dem „Substitutionspatienten“ die (seltene) Ausnahme waren und lediglich aus gegebenem Anlass erfolgten, wie beispielsweise der Eintrag am 15.12.2003 belegt, wo es heißt:

*„zum Chef wg. Interferontherapie !!!“.*

Auch am 27.04.2004 findet sich ein Eintrag im Krankenblatt, der darauf schließen lässt, dass der Zeuge den Angeklagten grundsätzlich nicht zu Gesicht bekam und die an diesem Tag abgerechneten Gebühreuziffern 202, 203 und 204 vorsätzliche Falschabrechnungen darstellen:

*„Will eine Bescheinigung für die Führerscheinstelle das er keine btm mehr nimmt kommt am Donnerstag in die, stunde zum chef er hat immer bzo in seiner uk!“*

Auch bei dem "Substitutionspatienten" ■■■■■ A ■■■■ finden sich entsprechende Eintragungen im Krankenblatt. Daraus ergibt sich, dass der Zeuge im Zusammenhang mit der Substitution nur selten Kontakt zu dem Angeklagten hatte. So heißt es beispielsweise am 25.02.2003:

*„unbedingt zuerst um Chef wegen BZO!!!!!!“*

oder am 29.09.2004:

*„über Substitution gesprochen [...]“*

Demgegenüber finden sich mehrere Eintragungen im Krankenblatt, die belegen, dass der Angeklagte auch bei dem Patienten ■■■■■ A ■■■■ die Substitutionsbehandlung nahezu vollständig auf sein Praxispersonal delegierte. So heißt es im Krankenblatt am 27.01.2003:

*„Substitutionsvorbereitung G ■■■■“.*

Am 13.09.2003 ist im Krankenblatt eingetragen:

*„Kommt jetzt täglich bis er am Montag zum Chef“*

Der Eintrag am 09.03.2004 lautet:

*„War gerade hier, sagte er hätte vor lauter Angst vor der Sicht-UK sich nicht getraut zu kommen die letzten paar Tage, kommt heute und morgen täglich und am Do zum Chef, kann nicht unter Sicht UK machen !!!!!!!!!“.*

Am 10.02.2004 findet sich ein Eintrag des Angeklagten, der ebenfalls belegt, dass eine Delegation der Substitutionsbehandlung auf seinen Praxismitarbeiter ■■■■ G ■■■■ erfolgt ist. Der Eintrag lautet:

*„Er hat jetzt 16 mg Subutex gekriegt und kommt ab morgen jeden Tag täglich zwischen 13.00 und 14.00 Uhr R ■■■■ kriegt täglich ab morgen 8 mg Subutex“.*

Auch an den übrigen Tagen, an denen die abgerechneten Gebührenscheine 202, 203 und 204 beanstandet worden sind, finden sich keinerlei Hinweise auf erfolgte Untersuchungen oder persönliche Arzt-Patienten-Kontakte.

Auch bei dem Substitutionspatienten [REDACTED] B [REDACTED] finden sich vergleichbare Eintragungen, die die Feststellungen belegen. So findet sich am 15.07.2003 folgender Eintrag, der nach Überzeugung der Kammer belegt, dass bei der Substitutionsbehandlung Arzt-Patienten-Kontakte die seltene Ausnahme darstellten und lediglich im Falle eines konkreten Anlasses erfolgten:

*„Chef hat gesagt, er muss unbedingt zu ihm!“*

Gleiches gilt für die Eintragung am 22.12.2003, wo es heißt:

*„Muss heute in einer Woche wegen Bescheinigung zum Chef“*

Eine weitere Eintragung am 07.10. 2004 lautet:

*„Muss zum Chef, ist nicht versichert, kriegt nichts mehr“*

Am 22.02.2005 findet sich zudem folgender Eintrag:

*„Laut eigener Aussage hat er sein komplettes Subutex am Samstag bei uns im Hausgang verloren. Nach Rücksprache mit a.p. geht das so nicht. a.p. will ihn zuerst sehen“.*

Auch aus dem Krankenblatt der "Substitutionspatientin" [REDACTED] B [REDACTED] ergibt sich, dass der Angeklagte lediglich ausnahmsweise und aus gegebenem Anlass Kontakte zu der Patientin hatte, im Übrigen aber die Substitutionsbehandlung nahezu vollständig an sein nichtärztliches Personal delegierte. Entsprechend heißt es im Krankenblatt am 05.09.2002:

*„Hat heute wieder 40 pola bekommen wir schicken sie zu dr. a. P [REDACTED] [...]“*



*sie kommt morgen Vormittag noch mal zu mir und ich lege dann endgültig fest, ob sie 65, 70 oder 80 Pola kriegt.“*

Am 09.09.2002 findet sich der Eintrag:

*„Patientin kriegt ab jetzt 80 mg Pola. Bestellen für September.“*

In der Folge finden sich demgegenüber keine Hinweise mehr auf persönliche Arzt-Patienten-Kontakte, obwohl an zahlreichen Tagen die Gebührenziffern 202, 203 und 204 abgerechnet worden sind. Erst am 19.12.2002 findet sich im Krankenblatt die Eintragung:

*„Patientin wurde heute von mir auf Subutex umgestellt. Eindosierung mit 3 x 8 mg Subutex am Tag“.*

Am 03.02.2003 findet sich nochmals der Eintrag:

*„Eindosiert mit 16 mg Subutex. Kommt morgen noch mal zu mir persönlich. Blutabnahme. Hat Lehrstelle abgebrochen. Rückfall total“.*

Am 25.02.2003 findet sich der Eintrag:

*„In etwa zwei Wochen WV beim Chef“*

Am 09.10.2003 ist im Krankenblatt Folgendes eingetragen:

*„Wollte heute wieder zum Chef, kommt morgen wieder, da Chef heute früh weg musste“.*

Die Krankenblätter der "Substitutionspatienten" enthalten überdies an den Tagen, an denen die Gebührenziffern 202, 203 und 204 abgerechnet und beanstandet worden sind, auch keinerlei Eintragungen zum Gesundheitszustand der Patienten bzw. Befunddokumentationen. Die Krankenblätter lesen sich vielmehr fast durchweg als bloße "Leistungsziffernstatistik". Im

Zusammenhang mit der Abrechnung von Gebührensätzen finden sich in den Krankenblättern lediglich teilweise Hinweise darauf, für welchen Zeitraum dem Patienten eine "Ration" mitgegeben worden ist, indem das Datum des nächsten Vergabetermins notiert ist.

Aus den Krankenblättern ergibt sich des Weiteren, dass der Angeklagte Gebührensätzen selbst dann abrechnete, wenn der jeweilige "Substitutionspatient" überhaupt nicht in seiner Praxis war, sondern ein Bekannter oder Verwandter das Substitut abholen kam. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt konnte in diesen Fällen daher gar nicht erfolgt sein.

So ist beispielsweise bei dem "Substitutionspatienten" [REDACTED] A [REDACTED] am 08.07.2002 folgender Eintrag zu lesen:

*„Mutter ist hier Pat. kann selbst nicht kommen wegen Tour“*

Am 10.07.2002 ist im Krankenblatt Folgendes eingetragen:

*„bekommt im Urlaub immer für 1 Woche mit und Mutter kommt es dann immer holen“*

Am 15.06.2003 findet sich folgende Eintragung:

*„Mutter hat abgeholt“*

Nachdem am 04.01.2004 die Gebührensätzen 202 und 203 abgerechnet worden waren, ist am 05.01.2004, also einen Tag später, im Krankenblatt Folgendes eingetragen:

*„War gestern nicht da, aber da Sonntag war waren wir abends nicht da!!!!“*

Am 18.02.2005 findet sich folgender Eintrag mit dem Kürzel "a" der Arzthelferin [REDACTED] L [REDACTED]:

*„Mutter war hier [...] Bitte mal nach telefonnummer fragen“*

Am 28.01.2003 findet sich bei dem Patienten A [REDACTED] im Zusammenhang mit der Abrechnung anderer Gebührenziffern folgender Eintrag:

*„derzeit in Urlaub bei Mutter, trotzdem Ziffern“*

Auch bei dem Substitutionspatienten [REDACTED] A [REDACTED] ergibt sich aus dem Krankenblatt, dass die Gebührenziffern 202 und 203 selbst dann abgerechnet worden sind, wenn der Patient überhaupt nicht in der Praxis des Angeklagten war, sondern dessen Vater das Subutex abgeholt hatte. Dies belegt beispielsweise die Eintragung am 20.05.2003, die wie folgt lautet:

*„Sein Vater kommt ab jetzt ohne oder mit ihm einmal wöchentlich zu uns Sonntags und kriegt Wochenration, 8 mg Subutex pro Tag“.*

Am 15.06.2003 findet sich folgender Eintrag:

*„Sein Vater hat es abgeholt!“*

Am 06.11.2004 findet sich der Eintrag im Zusammenhang mit den abgerechneten Ziffern 202, 203:

*„Hat heute der Papa abgeholt“.*

Dass auch bei dem Zeugen [REDACTED] B [REDACTED] die Gebührenziffern 202 ff. abgerechnet worden sind, obwohl lediglich Bekannte oder Verwandte des Zeugen das Subutex in der Praxis des Angeklagten abgeholt hatten, ergibt sich etwa aus der Eintragung am 20.06.2004, wo es heißt:

*„Freundin [REDACTED] S [REDACTED] kommt vorbei“*

Des Weiteren rechnete der Angeklagte auch bei dem "Substitutionspatienten" ■■■■■ B.■■■■■ wahllos Gebührenziffern bewusst zu Unrecht ab, ohne dass die entsprechenden ärztlichen Leistungen erbracht worden sind. Dies ergibt sich unter anderem daraus, dass am 19.09.2004 die Gebührenziffern 2 und 851 abgerechnet worden sind, ausweislich der Eintragung im Krankenblatt der Zeuge B.■■■■■ jedoch nicht in der Praxis des Angeklagten war und auch sonst keinen Kontakt zu dem Angeklagten hatte. Denn im Krankenblatt heißt es diesbezüglich:

*„Hat angerufen, er kommt morgen, er hätte noch eine Tablette zu Hause“*

Auch bei dem "Substitutionspatienten" ■■■■■ B.■■■■■ rechnete der Angeklagte am 23.11.2004 die Gebührenziffern 2, 10 und 801 bewusst zu Unrecht ab, obwohl der Zeuge nicht in der Praxis des Angeklagten war, was sich aus der entsprechenden Eintragung im Krankenblatt ergibt, die wie folgt lautet:

*„hat gerade angerufen, er hätte keine Zeit für die Eingangsuntersuchung heute, morgen hat er auch keine Zeit für die Vergabe. Kommt am Donnerstag wieder“.*

Ähnliche Eintragungen finden sich auch im Krankenblatt der "Substitutionspatientin" ■■■■■ B.■■■■■. So wurden am 28.12.2003 die Gebührenziffern 202, 203, 204 abgerechnet, obwohl die Patientin überhaupt nicht in der Praxis des Angeklagten war, was sich aus der Eintragung im Krankenblatt ergibt, die wie folgt lautet:

*„War heute wieder nicht da, sondern Herr W.■■■■■, muss morgen mal zum Chef!!!!“.*

Auch am 26.01.2004 war die Zeugin B.■■■■■ nicht in der Praxis des Angeklagten, gleichwohl wurde die Gebührenziffer 202 abgerechnet. Im Krankenblatt findet sich an diesem Tag folgende Eintragung:

„Herr B [REDACTED] hat angerufen, dass Frau B [REDACTED] Termin mit ihm hat.  
Herr [REDACTED] W [REDACTED] kommt vorbei.“

Die Feststellungen, wonach der Angeklagte die Substitutionsbehandlung nahezu vollständig auf sein nichtärztliches Personal delegierte, werden im Ergebnis auch durch die Aussagen der "Substitutionspatienten" [REDACTED] A [REDACTED], [REDACTED] B [REDACTED] und [REDACTED] B [REDACTED] bestätigt, die bekundet haben, den Angeklagten bei der Substitutionsvergabe nicht gesehen zu haben. Vielmehr seien sie – wie die übrigen Substitutionspatienten auch – nur in die Praxis gegangen, um ihr Subutex bzw. Methadon von den Praxisangestellten ausgehändigt zu bekommen.

Der Zeuge [REDACTED] A [REDACTED] hat in Übereinstimmung mit seiner Aussage bei der Polizei ausgesagt, bei der Ausgabe des Subutex in der Praxis des Angeklagten sei nie ein Arzt dabei gewesen. Vielmehr hätten die Zeugen G [REDACTED] und K [REDACTED] sowie die Arzthelferinnen die Vergabe durchgeführt. Auch der Zeuge [REDACTED] B [REDACTED] hat in Übereinstimmung mit seiner Aussage bei der Polizei bekundet, dass bei der Vergabe lediglich die Arzthelferinnen anwesend gewesen seien. Der Angeklagte, der auch an den Wochenenden nur selten in der Praxis gewesen sei, sei bei der Vergabe allenfalls kurz vorbeigekommen, um dann wieder in der Praxis zu "verschwinden".

Auch nach der Aussage der Zeugin B [REDACTED] lief die Substitutionsbehandlung in der Weise ab, dass sie in der Praxis des Angeklagten das Subutex durch eine Arzthelferin ausgehändigt bekam. Einmal habe auch ein Freund von ihr namens [REDACTED] W [REDACTED] das Subutex abgeholt. Den Angeklagten habe man nur hin und wieder mal gesehen. Gesprochen habe sie mit dem Angeklagten aber nur zu Beginn der Behandlung, als es um die Eindosierung gegangen sei.

Auch die Zeugin [REDACTED] K [REDACTED], die als Mitarbeiterin der im selben Haus befindlichen Apotheke regelmäßig an der Substitutionsvergabe teilgenommen hat, hat glaubhaft ausgesagt, der Angeklagte sei bei der Vergabe

selbst nicht Raum gewesen, er sei allenfalls mal "kurz reingekommen". Das Substitut hätten der Zeuge G■■■■ und die Arzthelferinnen verabreicht. Die Substitutionspatienten seien anlässlich der Substitutionsvergabe auch nicht zum Angeklagten geschickt worden. Auch sie selbst habe über die gesamte Zeit mit dem Angeklagten "nichts zu tun gehabt" oder mit diesem gesprochen.

Diese Bekundungen werden auch durch die Aussage des Zeugen S■■■■ bestätigt, der an den Ermittlungen des Landeskriminalamtes ("EG-Rezept") im vorliegenden Verfahren gegen den Angeklagten beteiligt war sowie als Polizeibeamter an der Durchsuchung der Praxis des Angeklagten am 01.02.2005 teilgenommen und glaubhaft bekundet hat, dass bei der während der Durchsuchung durchgeführten Substitutionsvergabe ein Arzt "weit und breit nicht zu sehen" gewesen sei.

Soweit der Zeuge ■■■■■ A■■■■ abweichend hierzu bekundet hat, anlässlich der Substitutionsbehandlung immer beim "Doktor" gewesen zu sein, hält die Kammer die Aussage für unglaubhaft, da der Zeuge instruiert wirkte und mit deutlicher Entlastungstendenz bekundet hat. Die Aussage widerspricht zudem den Eintragungen im Krankenblatt, die eindeutig belegen, dass nur sporadisch und aus besonderem Anlass Arzt-Patienten-Kontakte stattfanden. Die Bekundungen widersprechen auch der eigenen Aussage des Zeugen bei der Polizei, wonach nie ein Arzt dabei gewesen sei, wenn er sein Subutex erhalten habe. Auf Vorhalt der entsprechenden Aussage konnte der Zeuge keine plausible Antwort für seine abweichende Schilderung in der Hauptverhandlung geben. Allerdings hat er seine Aussage daraufhin auf den Vorhalt hin dergestalt relativiert, dass der Angeklagte "fast immer" dabei gewesen sei. Die Kammer ist daher davon überzeugt, dass die abweichende Aussage des Zeugen in der Hauptverhandlung nicht der Wahrheit entspricht.

Gleiches gilt auch für die Aussage seines Bruders, des Zeugen ■■■■■ A■■■■, der ebenfalls in Widerspruch zu seiner polizeilichen Aussage bekun-

det hat, der Angeklagte sei während der Substitutionsvergabe immer persönlich anwesend gewesen. Denn auch der Zeuge [REDACTED] A [REDACTED] wirkte instruiert und bekundete mit deutlicher Entlastungstendenz. Dies gilt insbesondere für die Aussage, er sei immer zum Doktor "reingegangen" und habe mit diesem gesprochen. Wenn der Angeklagte nicht anwesend gewesen sei, sei zumindest sein Bruder [REDACTED] P [REDACTED] anwesend gewesen. Die Kammer hält diese Aussage nicht nur deshalb für unglaubhaft, weil sie den Eintragungen im Krankenblatt sowie der polizeilichen Aussage des Zeugen widerspricht, sondern auch deswegen, weil sie sich zu offensichtlich mit der Einlassung des Angeklagten deckt, die dieser zunächst hinsichtlich des Ablaufs der Substitutionsbehandlung abgegeben hat. Denn erst infolge des im Laufe der Verhandlung von der Kammer erteilten Hinweises, dass sein Bruder bis einschließlich zum 3. Quartal 2004 aufgrund der fehlenden Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Durchführung der Substitutionsbehandlung zur Abrechnung der Gebührenziffern nicht berechtigt gewesen sei, hat der Angeklagte seine Einlassung in der Weise angepasst, dass die Patienten stets durch ihn begrüßt worden seien, wobei er die Ansicht vertreten hat, das bloße Begrüßen eines Patienten bzw. das "Guten-Tag-Sagen" genüge, um die Leistung nach Nr. 202 des EBM abrechnen zu können.

Die Aussage der Zeugen A [REDACTED] widerspricht im Übrigen auch der Aussage des Zeugen [REDACTED] A [REDACTED], der ausgesagt hat, in der Praxis das Subutex stets von den "Krankenschwestern" bzw. vom Praxispersonal erhalten zu haben. Der Angeklagte habe nur selten "zur Begrüßung" vorbeigeschaut, im Übrigen habe er an den Angeklagten im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung jedoch "keine Erinnerung".

Vor diesem Hintergrund erscheint auch die im Rahmen der Hauptverhandlung erstmals aufgestellte Behauptung des Angeklagten unglaubhaft, die Arzt-Patienten-Kontakte seien jeweils quasi "im Vorbeigehen" erfolgt, als er während der Substitutionsvergabe an einem Stehpult in seiner Praxis gestanden und die Patienten einzeln "begrüßt" habe. Unabhängig davon, dass nach Ansicht der Kammer eine solche flüchtige "Sammelanamnese"

einen Arzt-Patienten-Kontakt im Sinne der Leistungslegende der Gebührensnummer 202 nicht zu begründen vermag, ist diese Einlassung, die nach Überzeugung der Kammer lediglich in Anpassung an das Ergebnis der Beweisaufnahme erfolgt ist, nicht nur lebensfremd, sondern mit Blick auf die Aussagen der Praxismitarbeiter, der Substitutionspatienten A■■■■, B■■■■■■■■■■ und B■■■■■■■■■■, der Zeugin ■■■■■ B■■■■ sowie angesichts der Eintragungen in den Krankenblättern widerlegt.

Gleiches gilt für die Aussage der Zeugin E■■■■, die von dem Angeklagten in einem Beweisantrag zu der Beweistatsache benannt worden war, dass bei den Zeugen ■■■■■ und ■■■■■ A■■■■ sowie bei dem Zeugen ■■■■■ A■■■■ anlässlich der Substitutionsvergabe jeweils persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden hätten. Denn es erscheint der Kammer bereits fern liegend, dass die Zeugin – wie von ihr und dem Angeklagten behauptet – als Dolmetscherin fungiert hat und bei den Gesprächen zwischen dem Angeklagten und den Zeugen A■■■■ ständig zugegen war, obwohl sie selbst nicht besser deutsch spricht als die Zeugen A■■■■. Es kommt hinzu, dass die Zeugin erkennbar darum bemüht war, den Angeklagten zu entlasten. Denn die Zeugin hat – ohne dass eine entsprechende Frage gestellt worden wäre – unvermittelt und zielstrebig bekundet, die Zeugen A■■■■ hätten den Arzt jeweils vor der Substitutionsvergabe persönlich gesehen. Auf den Hinweis, dass eine entsprechende Frage bislang noch gar nicht gestellt worden sei, errötete die Zeugin und wurde sichtlich nervös. Die Kammer ist daher der Überzeugung, dass die Zeugin bewusst eine falsche Aussage getätigt und zu diesem Zweck vor ihrer Vernehmung aus der Sphäre des Angeklagten entsprechend instruiert worden ist.

Aufgrund fehlender persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte lagen daher in der überwiegenden Zahl der Fälle die Voraussetzungen für eine Abrechnung der Gebührennummern 202, 203 und 204 nicht vor. Sofern sich aus den Krankenblättern ergab, dass der Angeklagte die vorgenannten Gebührennummern gleichwohl abgerechnet hat, hat die Kammer die Abrechnungen daher als vorsätzliche Falschabrechnungen beanstandet. Soweit sich aus



den Krankenblättern der Substitutionspatienten (in Einzelfällen) Hinweise auf persönliche Arzt-Patienten-Kontakte ergaben, wurden die Abrechnungen demgegenüber nicht beanstandet.

Die Feststellungen bezüglich der weiteren Gebührensatznummern (außer den Gebührensatznummern 202 bis 204), die die Kammer als vorsätzliche Falschabrechnungen beanstandet hat, beruhen maßgeblich auf den Eintragungen in den Krankenblättern sowie ergänzend auf den Aussagen der jeweiligen Substitutionspatienten und Praxismitarbeitern des Angeklagten.

Dass es sich bei den beanstandeten Abrechnungen der Gebührensatznummern 850 (Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 851 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt, ergibt sich daraus, dass es bereits unplausibel erscheint, diese Gebührensatznummern im Zusammenhang mit der Behandlung von Substitutionspatienten in dem von dem Angeklagten vorgenommenen Ausmaß abzurechnen, zumal sich aus den Krankenblättern der Substitutionspatienten in den Fällen, in denen die Kammer die Abrechnungen beanstandet hat, auch keinerlei Hinweise auf längere therapeutische Gespräche entnehmen lassen. Auch Dokumentationen über das (überdauernde) psychosomatische Krankheitsbild fehlen vollständig. Vielmehr sind an den Tagen, an denen die Kammer die Abrechnungen beanstandet hat – wie in zahlreichen weiteren Fällen vorsätzlicher Falschabrechnungen dieser Gebührensatznummern durch den Angeklagten – ganz überwiegend nur die Gebührensatznummern eingetragen. Auch die Abrechnungsreihenfolge, die zufällig und willkürlich erscheint, belegt nach Überzeugung der Kammer, dass der Angeklagte diese Gebührensatznummern lediglich wahllos zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnungen in die Krankenblätter eingetragen hat. Denn insbesondere die wechselnde Abrechnung der Gebührensatznummern 850 und 851 erscheint unplausibel, da – wie der Prüfarzt der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, der Zeuge B [REDACTED], plausibel dargelegt hat – die Klärung eines psychosomatischen Krankheitsbildes einer "verbalen Intervention" systematisch voraus-

geht. Es kommt hinzu, dass auch den Aussagend der in der Hauptverhandlung vernommenen Substitutionspatienten keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen waren, dass außerhalb der Substitutionsbehandlung behandlungsbedürftige psychosomatische Krankheitsbilder "an der Tagesordnung" gewesen sein könnten, die die Vielzahl der abgerechneten Leistungen auch nur ansatzweise erklären könnten. Auch mit Blick auf die Feststellungen zur Praxis der Substitutionsbehandlung, wonach lediglich ausnahmsweise und anlassbezogen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattfanden, schließt die Kammer aus, dass die den abgerechneten Gebühreuziffern jeweils zugrunde liegenden ärztlichen Leistungen tatsächlich erbracht worden sind.

Gleiches gilt auch für die beanstandeten Gebühreuziffern 1 (Ordinationsgebühr), 2 (Konsultationsgebühr), 10 (Therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer), 11 (Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit, Dauer mind. 10 Minuten), 17 (Intensive ärztliche Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen und beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung bei nachhaltig lebensverändernder oder lebensbedrohender Krankheit, Dauer mind. 10 Minuten), 18 (Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 10, 11 und 17 bei einer Gesprächsdauer von mindestens 30 Minuten) sowie für die abgerechneten Gebühreuziffern 60 (Ganzkörperstatus) und 801 (Klinisch-neurologische Basisdiagnostik).

Denn auch insoweit sind den Krankenblättern keine Anhaltspunkte für persönliche Arzt-Patienten-Kontakte, therapeutische Gespräche oder – bezüglich der Gebühreuziffern 60 und 801 – entsprechende Befunddokumentationen zu entnehmen. Vielmehr liest sich das Krankenblatt auch diesbezüglich weitgehend als bloße "Leistungsziffernstatistik". Dass die ärztlichen Leistungen trotz der gänzlich fehlenden Dokumentationen in den Krankenblättern erbracht worden sein könnten, schließt die Kammer auch deswegen aus, weil persönliche Arzt-Patienten-Kontakte vor dem Hintergrund der festgestellten Praxis der Substitutionsbehandlung die seltene Ausnahme darstellten und lediglich aus gegebenem Anlass erfolgten.

Teilweise erscheint die Leistungserbringung auch deswegen ausgeschlossen, weil aus den Krankenblättern hervorgeht, dass dem Substitutionspatienten sein Substitut für mehrere Tage mitgegeben worden ist und das Datum bis zum erneuten Erscheinen des Patienten notiert worden ist. Obwohl sich aus dem Krankenblatt keine Anhaltspunkte für ein erneutes Erscheinen des Patienten in der Praxis ergeben, wurden häufig auch an solchen Tagen Gebührenziffern in das Krankenblatt eingetragen, ohne dass Hinweise dafür vorhanden sind, dass der Patient vorzeitig in die Praxis kam und dabei längere therapeutische Gespräche oder umfangreichere Untersuchungen erforderlich gewesen bzw. durchgeführt worden sind. Soweit allerdings bereits vage Anhaltspunkte dafür vorhanden waren, dass die Leistungen, die den abgerechneten Gebührenziffern zugrunde liegen, tatsächlich erbracht worden sein könnten, hat die Kammer keine Beanstandungen vorgenommen.

Die Feststellungen werden im Ergebnis auch durch die Aussagen der Substitutionspatienten gestützt. Während die Zeugen [REDACTED] und [REDACTED] A [REDACTED] angegeben haben, sich an die Häufigkeit und den konkreten Anlass für erfolgte persönliche Kontakte zu dem Angeklagten, die außerhalb der Substitutionsbehandlung stattfanden, nicht mehr (konkret) erinnern zu können, hat der Zeuge [REDACTED] A [REDACTED] bekundet, während der Zeit, in der er die Praxis des Angeklagten aufgesucht habe, habe er den Angeklagten allenfalls zehn Mal persönlich gesehen. Gleiches hat auch der Zeuge [REDACTED] B [REDACTED] ausgesagt, wobei der Zeuge den Umstand, dass nach den Eintragungen im Krankenblatt weit über 300 Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben sollen, vehement bestritten und bekundet hat, dass 30 persönliche Kontakte "noch zu viel" seien und er schätze, dass er den Angeklagten vielleicht zehn Mal persönlich zu Gesicht bekommen habe. Auch die Zeugin B [REDACTED] hat bekundet, den Angeklagten vielleicht vier oder fünf Mal persönlich gesehen zu haben. Auch wenn sich die Zeugen verständlicherweise nicht mehr an Einzelheiten der Behandlungsdaten erinnern konnten, stützen die Aussagen jedoch die Feststellungen, wonach der Angeklagte an zahlreichen Tagen wahllos und willkürlich Gebührenziffern bewusst zu Unrecht abgerechnet hat.

Was die Gebührenziffer 3869 (Atemalkoholtest) betrifft, hat die Kammer diese Gebührenziffern als vorsätzliche Falschabrechnungen beanstandet, soweit die Substitutionspatienten erklärt haben, dass bei ihnen keine Atemalkoholtests durchgeführt worden seien und sich auch keine sonstigen Anhaltspunkte, etwa in Form von entsprechenden Testergebnissen, in den Krankenblättern finden.

Die Gebührenziffern für durchgeführte Drogensuchtests unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers (Gebührenziffern 3860 [Amphetamin/Metamphetamin], 3862 [Benzodiazepine], 3865 [Kokain], 3866 [Methadon], 3867 [Opiate (Morphin)]) wurden beanstandet, wenn in den Krankenblättern lediglich die Gebührenziffern eingetragen worden sind und das Ergebnis der Tests nicht dokumentiert wurde. Denn in diesen Fällen ist die Kammer davon überzeugt, dass auch keine Drogentests durchgeführt worden sind. Zwar haben die in der Hauptverhandlung vernommenen Substitutionspatienten jeweils glaubhaft bestätigt, dass im Zusammenhang mit der Substitution auch Drogenstests durchgeführt worden seien. Die Zeugen konnten sich jedoch an die genaue Frequenz und Häufigkeit der Test verständlicherweise nicht mehr konkret erinnern. Aus den Krankenblättern ergibt sich jedoch, dass im Falle positiver und negativer Drogentests die entsprechenden Ergebnisse im Krankenblatt dokumentiert worden sind. Soweit sich der Angeklagte eingelassen hat, im Falle negativer Drogentest habe man kein Ergebnis dokumentiert, da aus dem Fehlen einer Eintragung auf das negative Ergebnis geschlossen werden könne und eine explizite Dokumentation redundant sei, wird diese Einlassung bereits durch die Eintragungen in den Krankenblättern widerlegt. Denn dort finden sich zahlreiche Eintragungen, wonach auch negative Drogentests dokumentiert worden sind, indem beispielsweise eingetragen wurde: „UK: alles neg.“. Es kommt hinzu, dass auch die Zeugin [REDACTED] G [REDACTED] glaubhaft bekundet hat, sie sei gleich zu Beginn ihrer Tätigkeit in der Praxis des Angeklagten von ihren Kolleginnen und Kollegen ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass sowohl positive als auch negative Testergebnisse stets zu dokumentieren seien, woran sich ihres Wissens nach auch alle gehalten hätten. In

Übereinstimmung damit haben auch die Zeugen ■■■ G■■■ und ■■■ W■■ bekundet, dass sowohl positive als auch negative Testergebnisse dokumentiert worden seien. Die abweichenden Aussagen der Zeugen ■■■ K■■■ und ■■■ K■■■, die im Sinne der Einlassung des Angeklagten bekundet haben, hält die Kammer vor diesem Hintergrund für unglaublich. Denn die Zeugen, die auf die entsprechende Nachfrage zur Dokumentationsweise bei Drogentests erkennbar vorbereitet waren, haben jeweils zielstrebig und mit deutlicher Entlastungstendenz bestritten, dass auch negative Befunde dokumentiert worden seien, obwohl sich in den Krankenblättern zahlreiche negative Befunddokumentationen finden.

(20) ■■■ A■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei dem Zeugen A■■■ bestritten und sich eingelassen, dass er sich an den Zeugen zwar nicht mehr erinnern könne, er aber der Ansicht sei, dass die Eintragungen im Krankenblatt zutreffend seien.

Die Feststellungen beruhen jedoch auf der Aussage des Zeugen A■■■, der glaubhaft im Sinne der Feststellungen bekundet hat. Der Zeuge konnte sich zwar an einzelne Vorgänge nicht mehr konkret erinnern, hat aber angegeben, lediglich ein Mal in der Praxis des Angeklagten gewesen zu sein. Er hat insbesondere ausgeschlossen, nach seinem Umzug nach Köln im September 2002 nochmals in der Praxis des Angeklagten gewesen zu sein. Die Kammer hat vor diesem Hintergrund keine Zweifel daran, dass es sich bei den am 18.09. und am 09.12.2002 abgerechneten Gebührenziffern um "Luftbehandlungen" handelt, zumal der Zeuge nachvollziehbar bekundet hat, dass er wegen einer Erkältung nicht von Köln nach Saarbrücken gefahren wäre, um sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Die Aussage des Zeugen wird überdies von den Eintragungen im Krankenblatt gestützt, die an diesen beiden Tagen lediglich Diagnosen und Gebührenziffern aufweisen, jedoch keine weitere Behandlungs- oder Befunddokumentation. So wurde am 18.09.2002 lediglich die am 06.05.2002 getroffene

ne Diagnose "Mangelanämie" fortgeschrieben. Am 09.12.2002 findet sich – wie bei den vorsätzlichen Falschabrechnungen bezüglich der Zeugen A■■■■ und A■■■■ – lediglich die Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege (J06.9)", die der Angeklagte bei Falschabrechnungen jeweils nach Art eines "Textbausteins" verwendet hat.

Da das Krankenblatt des Zeugen am 06.05.2002 keinerlei Befunddokumentation bezüglich einer Ganzkörperuntersuchung enthält, sind auch die Voraussetzungen der Leistungslegende der Gebührenziffer nicht erfüllt. Dass dem Angeklagten die Dokumentationspflicht bekannt war, ergibt sich bereits aus seiner Einlassung. Der Angeklagte wusste daher auch, dass die Leistung ohne entsprechende Dokumentation unvollständig erbracht und damit nicht abrechnungsfähig war. Da der Zeuge keine konkrete Erinnerung mehr an die Behandlung oder Untersuchung hatte, hat die Kammer die Gebührenziffer 60 am 06.05.2002 zugunsten des Angeklagten lediglich mit Blick auf die fehlende Dokumentation als Falschabrechnung beanstandet, auch wenn sich der Zeuge an eine Ganzkörperuntersuchung nicht mehr erinnern konnte und mit Blick auf die zahlreichen Fälle, in denen der Angeklagte diese Gebührenziffer wahllos und ohne Erbringung der Leistung abgerechnet hat, der Verdacht besteht, dass es sich auch insoweit um eine "Luftziffer" handelt.

(21) ■■■■ A■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei dem Zeugen A■■■■ bestritten und sich eingelassen, dass er sich an den Patienten nicht mehr erinnern könne. Im Übrigen sei er jedoch der Ansicht, dass seine Abrechnung auch bezüglich der Leistungsziffer 850 "absolut korrekt" sei.

Die Feststellungen beruhen – da der Zeuge A■■■■ nicht vernommen werden konnte – auf den Eintragungen im Krankenblatt des Zeugen. Daraus ergibt sich, dass es bezüglich der Gebührenziffer 850 an jedweder

Dokumentation fehlt. Vielmehr ist lediglich die Gebührenziffer als solche eingetragen. Da dem Angeklagten die Dokumentationspflicht jedoch hinreichend bekannt war, hat die Kammer die Abrechnung nur aus den vorgenannten (formellen) Gründen beanstandet, eine tatsächliche Erbringung der Leistung jedoch zugunsten des Angeklagten unterstellt. Da der Angeklagte jedoch wusste, dass die Leistung aufgrund der fehlenden Dokumentation unvollständig erbracht und damit nicht abrechnungsfähig war, handelt es sich auch hier um eine vorsätzliche Falschabrechnung.

(22) ■■■■■ A ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei der Zeugin A-■■■■■ bestritten und sich eingelassen, dass die Patientin nach der Art der Eintragungen offensichtlich von seiner ärztlichen Vertreterin, der Zeugin T ■■■■■, behandelt worden sei, zumal er sich am 15.02.2002 in Bad Nauheim befunden habe.

Die Feststellungen beruhen jedoch zunächst auf den glaubhaften Angaben der Zeugin A ■■■■■, die von Beruf Arzthelferin ist, und ausgesagt hat, dass der Angeklagte eigentlich nicht ihr Hausarzt gewesen sei und sie – wenn sie krank sei – entweder zu ihrer Chefin oder zu ihrer früheren Hausärztin gehe. Zu dem Angeklagten, bei dem sie lediglich ein Mal gewesen sei, sei sie nur deshalb gegangen, weil sowohl ihre Chefin als auch ihre frühere Hausärztin keine Vertretung gehabt hätten. Die Zeugin hat zudem glaubhaft ausgesagt, dass sie den Angeklagten selbst nicht kenne. Die Aussage der Zeugin wird dabei auch durch die vorgelegte Teilnahmebescheinigung des Angeklagten, wonach dieser sich am 15.02.2002 auf einer Fortbildung befand, bestätigt. Dass die Eintragung der Gebührenziffer erst nachträglich durch den Angeklagten selbst erfolgt ist, ergibt sich nach Überzeugung der Kammer auch daraus, dass der Angeklagte die Gebührenziffer 60 auch in zahlreichen weiteren Fällen bewusst zu Unrecht abgerechnet hat, und die Zeugin T ■■■■■, die bei Abwesenheit des Angeklagten zumeist dessen Vertretung übernahm, glaubhaft ausgesagt hat,

im Falle einer Ganzkörperuntersuchung auch jeweils eine Befunddokumentation vorgenommen zu haben.

Dass den abgerechneten Gebührenscheinen am 18.02.2002 keine ärztliche Behandlung zugrunde lag, ergibt sich zum einen aus der Aussage der Zeugin A [REDACTED], die glaubhaft bekundet und plausibel begründet hat, nur ein einziges Mal bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein. Es kommt hinzu, dass – wie bei zahlreichen weiteren vorsätzlichen Falschabrechnungen des Angeklagten – sich am 18.02.2002 außer den Gebührenscheinen keinerlei weitere Eintragungen im Krankenblatt finden, obwohl die abgerechnete Gebührennummer 10 ein therapeutisches Gespräch zu komplexen erkrankungsbedingten Patientenproblemen von mindestens zehn Minuten erfordert, so dass auch vor diesem Hintergrund zumindest ein kurzer Eintrag über eine Anamnese zu erwarten gewesen wäre. Gleiches gilt für die abgerechnete Leistungsnummer 801 (Klinisch-neurologische Basisdiagnostik).

**(23) [REDACTED] A [REDACTED]**

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des Zeugen A [REDACTED] bestritten und sich eingelassen, er habe die beanstandeten Gebühren zu Recht abgerechnet. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage des Zeugen A [REDACTED], der ohne Belastungstendenz bekundet und auf Vorhalt seiner polizeilichen Vernehmung bestätigt hat, nur ein Mal bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein und hierbei Blut abgenommen bekommen zu haben. Die Aussage deckt sich auch mit den Eintragungen im Krankenblatt am 03.09.2003, das diesbezüglich (sogar doppelt) die entsprechenden Gebührenscheine bezüglich einer Blutabnahme enthält.

Daneben werden die Feststellungen auch durch die Eintragungen im Krankenblatt des Zeugen getragen, das am 01.09.2003 bei der Diagnose "Müdigkeit (R53)" die Gebührennummer 850 ausweist, ohne allerdings den von der Leistungslegende geforderten schriftlichen Vermerk über die ätio-



logischen Zusammenhänge zu enthalten. Am 08.09.2003 findet sich anlässlich der in Ansatz gebrachten Gebührenziffer 851 die Eintragung "rez. Magenschmerzen und Gewichtsve" sowie der Eintrag über die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die verlängert worden ist. Diese Eintragungen finden jedoch in der Aussage des Zeugen, der jeweils bezeugt hat, nur ein Mal bei dem Angeklagten gewesen zu sein und auch keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu haben, keine Bestätigung. Es kommt hinzu, dass – sofern die Leistung erbracht worden wäre – in diesem Zusammenhang zumindest ein kurzer Eintrag zu erwarten gewesen wäre. Denn die Leistungslegende der Gebührenziffer 851 setzt eine Interaktion zwischen dem Arzt und dem Patienten von mindestens 15 Minuten voraus. Dass es sich um bewusste Falschabrechnungen der Gebührenziffern 850 und 851 handelt, leitet die Kammer darüber hinaus auch daraus ab, dass der Angeklagte in vielen weiteren Fällen, in denen er entsprechende Leistungsziffern vorsätzlich falsch abgerechnet hat, zur Verschleierung weitere Eintragungen vorgenommen hat, die lediglich "Scheindiagnosen" beinhalten, ohne dass jedoch eine Behandlung bzw. Untersuchung tatsächlich stattgefunden hätte.

(24)

A

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei dem Zeugen A bestritten. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage des Zeugen sowie auf den Eintragungen im Krankenblatt. Der Zeuge hat im Sinne der Feststellungen ausgesagt, allenfalls zwei bis drei Mal bei dem Angeklagten gewesen zu sein. Ein weiteres Mal habe er in der Praxis nur etwas abgeholt. Das Krankenblatt weist demgegenüber sechs Arzt-Patienten-Kontakte aus, insbesondere auch am 21.02.2003, wobei sich außer der abgerechneten Gebührenziffer an diesem Tag jedoch kein weiterer Eintrag oder eine Behandlungsdokumentation findet. Die Kammer ist daher mit Blick auf die Aussage des Zeugen und den Umstand, dass am 21.02.2003 lediglich die Gebührenziffer 2 eingetragen wor-

den ist, der Überzeugung, dass der Angeklagte – wie auch in zahlreichen weiteren Fällen vorsätzlicher Falschabrechnungen – die Gebührenziffer lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat. Gleiches gilt für die am 06.01. und 18.01.2005 abgerechneten Gebührenziffern 850 und 851, bei denen es bereits vollständig an einer Dokumentation bzw. an Hinweisen auf eine psychosomatische Krankheitsursache fehlt. Darüber hinaus findet sich im Krankenblatt am 18.01.2005 lediglich folgender Eintrag: "Soeben hat Chef mit Dr. G. vom S., telefoniert, er war dort zur Kokainentgiftung, er ist ein reiner Kokainist gewesen, wichtig ist jetzt, dass er noch mal sich bei ap (Anmerkung der Kammer: "ap" = P.) vorstellt und dann kriegt, er zum Schlafen noch Dominal oder auch Mirtazapin,, zusätzlich soll er sich wegen ambulanter Therapie an, die G. Straße wenden, Entlassbrief, gibt es wegen seinem überstürzten Abbruch und Stress, mit einem Pfleger dort leider (noch) nicht". Die Kammer wertet diese Eintragung dahingehend, dass der Zeuge an diesem Tag nicht in der Praxis des Angeklagten war. Die Kammer ist vor diesem Hintergrund der Überzeugung, dass der Angeklagte – wie in zahlreichen Fällen vorsätzlicher Falschabrechnungen dieser Gebührenziffern – auch bei dem Zeugen A. die Gebührenziffern 850 und 851 ohne medizinische Indikation und ohne Erbringung der ärztlichen Leistungen lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat.

(25) A.

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bei dem A. bestritten und sich eingelassen, er könne sich erinnern, dass der A. ein Mal mit seinem Kind in seiner Praxis gewesen sei und ihm das Kind vorgestellt habe, da es erkältet gewesen sei. Dass es sich hierbei jedoch um eine Schutzbehauptung handelt, steht aufgrund der glaubhaften Aussage des Zeugen A. fest, der im Sinne der Feststellungen bekundet hat. Der Zeuge hat insbesondere ausgesagt,

dass sein Sohn noch nie von dem Angeklagten behandelt worden sei und konnte dies plausibel damit begründen, dass der Angeklagte ein "Drogenarzt" sei und er mit seinem Sohn, der nichts von seiner Drogenvergangenheit wisse, lediglich zu seinem Kinderarzt gegangen sei. Zudem hat der Zeuge ■■■■■ A■■■■■ ausgesagt, dass er die Karte seines Sohnes einmal versehentlich bei dem Angeklagten abgegeben habe, als er seine eigene Versicherungskarte habe abgeben wollen. Die Aussage des Zeugen wird diesbezüglich auch dadurch bestätigt, dass der erste Eintrag in seinem Krankenblatt ebenso wie der erste Eintrag im Krankenblatt seines Sohnes ■■■■■ A■■■■■ jeweils auf den 11.02.2003 datieren, so dass die Aussage des Zeugen, die Versicherungskarte seines Sohnes dem Angeklagten ein Mal versehentlich ausgehändigt zu haben, auch plausibel erscheint. Es kommt hinzu, dass das Krankenblatt des ■■■■■ A■■■■■ am 11.02.2003 lediglich die Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet (J 06.9)" beinhaltet und als "Anamnese" ausführt: "ist Sohn von Herrn ■■■■■ A■■■■■". Denn die Diagnose einer akuten Infektion der oberen Atemwege hat der Angeklagte auch in zahlreichen weiteren Fällen vorsätzlicher Falschabrechnung (vgl. insbesondere die Feststellungen zu den Zeugen A■■■■■) nach Art eines Textbausteines zum Zwecke vorsätzlicher Falschabrechnungen in das Krankenblatt eingetragen. Die Kammer ist daher davon überzeugt, dass es sich bei der am 11.02.2003 abgerechneten Gebührensiffer 1 um eine "Luftziffer" handelt.

(26) ■■■■■ A■■■■■

Der Angeklagte hat auch diesbezüglich eine vorsätzlich falsche Abrechnung bestritten und sich eingelassen, die Zeugin sei ihm noch Erinnerung und er habe bei ihr einen Ganzkörperstatus erhoben.

Diese Einlassung des Angeklagten wertet die Kammer jedoch als Schutzbehauptung. Zum einen fehlt es – wie dem Angeklagten bekannt war und dem Krankenblatt auf den ersten Blick zu entnehmen ist – an der erforderlichen Dokumentation der erhobenen Befunde. Überdies hat die Zeugin

■ A ■ glaubhaft bekundet, lediglich ein Mal bei dem Angeklagten gewesen zu sein, da sie Bauchschmerzen gehabt habe. Damals sei auch ihr Ehemann dabei gewesen. In der Sache habe er nur ihre Beine nach Wasser abgetastet. Weitergehende Untersuchungen habe es nicht gegeben. Vielmehr habe sich der Angeklagte mit ihrem Ehemann, der von Beruf Kraftfahrer sei, über Autos unterhalten. Zu ihr habe er gesagt, das sei alles nur "Stress" und sie würde sich die Schmerzen lediglich einbilden. Sie habe dann von dem Angeklagten noch eine Überweisung zu einem Psychotherapeuten erhalten, wo sie zusammen mit ihrem Mann habe hingehen sollen. Dort sei sie aber nur ein einziges Mal hingegangen, da der Psychotherapeut lediglich Fragen zu ihren sexuellen Vorlieben gestellt habe, was ihnen etwas seltsam vorgekommen sei.

Die Aussage der Zeugin A ■, die spontan und detailreich bekundet hat, wird auch durch die Eintragungen im Krankenblatt gestützt. Dort findet sich am 02.02.2001 neben dem von der Zeugin erwähnten Magenproblem und der Überweisung an den Psychotherapeuten auch die Feststellung, dass die Zeugin "somatisiert". Zudem enthält das Krankenblatt die Eintragung, dass die Zeugin zu dem zweiten Termin bei dem "Pschol. H ■" nicht mehr erschienen sei. Angesichts der vollständig fehlenden Dokumentation über eine durchgeführte Ganzkörperuntersuchung, der glaubhaften Aussage der Zeugin A ■ und des festgestellten Abrechnungsverhaltens, der in zahlreichen weiteren Fällen die Gebührenziffer 60 ohne entsprechende Untersuchung lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat, ist die Kammer der Überzeugung, dass es sich auch vorliegend um eine "Luftbehandlung" handelt.

(27) ■ A ■

Der Angeklagte hat bestritten, die Gebührenziffer 1 bei dem Zeugen A ■ vorsätzlich falsch abgerechnet zu haben und hat sich eingelassen, er kenne den Patienten nicht. Sofern er nicht der Praxis gewesen sei, müsse hier

wohl seine Vertreterin Frau T■■■■ anwesend gewesen sein, da die Eintragungen nicht durch ihn vorgenommen worden seien.

Auch diese Einlassung des Angeklagten wertet die Kammer mit Blick auf die Aussage des Zeugen als Schutzbehauptung. Denn der Zeuge A■■■ hat glaubhaft im Sinne der Feststellungen bekundet. Er hat insbesondere ausgesagt, dass er nur an der "Info" gewesen sei und eine Arzthelferin ihm die Bescheinigung nach Vorlage seiner Versicherungskarte mit der Bemerkung ausgestellt habe, der Angeklagte sei zurzeit nicht in der Praxis. Der Zeuge hat darüber hinaus ausgesagt, dass sein Bekannter namens "P■■■" zusammen mit ihm in der Praxis gewesen sei, da dieser sich ebenfalls eine gleichlautende Bestätigung abgeholt habe. Die Aussage des Zeugen, der spontan und ohne Belastungstendenz bekundet hat und sich an den Vorgang noch gut erinnern konnte, wird durch die Eintragung im Krankenblatt bestätigt, in dem sich folgende Bemerkung findet: "kommt mit P■■■ will Bestätigung über Arztbesuch". Mit Blick auf die Aussage des Zeugen A■■■ und das Abrechnungsverhalten des Angeklagten in den übrigen Einzelfällen ist die Kammer daher davon überzeugt, dass der Angeklagte die Ordinationsgebühr ohne den erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakt bewusst zu Unrecht abgerechnet hat. Die Kammer hält es insbesondere für ausgeschlossen, dass im Tatzeitraum Gebührensätze ohne Wissen bzw. ohne vorherige Weisung des Angeklagten von dessen Mitarbeitern zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen worden sind. Denn zum einen haben sich in der Hauptverhandlung hierfür keine Anhaltspunkte ergeben. Zum anderen findet sich auch im Krankenblatt des Zeugen A■■■ am 08.01.2003 die von dem Angeklagten bei vorsätzlichen Falschabrechnungen häufig nach Art eines Textbausteins benutzte Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege (J06.9)" (vgl. die entsprechenden Feststellungen zu den Zeugen A■■■), ohne dass sich in diesem Zusammenhang im Krankenblatt die Verschreibung eines Medikamentes findet, was angesichts der aufgeführten Diagnose nahe gelegen hätte.

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei dem Zeugen ■■■■■ A■■■■ bestritten und sich eingelassen, der Zeuge sei von ihm und – soweit er sich erinnere – auch von seinem Bruder ■■■■■ P■■■■ behandelt worden. Die abgerechneten Leistungen seien dabei erbracht worden. Die Einlassung des Angeklagten ist mit Blick auf die Aussage des Zeugen ■■■■■ A■■■■ und die Eintragungen im Krankenblatt des Zeugen jedoch als Schutzbehauptung zu werten. Denn der Zeuge hat glaubhaft bekundet, bei dem Angeklagten nur jeweils ein Mal wegen Magenschmerzen und "Bettnäsen" in Behandlung gewesen zu sein. In Übereinstimmung mit dieser Aussage finden sich auch am 01.04. und 29.06.2004 entsprechende Eintragungen mit einer ausführlicheren Anamnese und Befundbeschreibung. Die Eintragungen am 30.03.2004 mit der Diagnose "Bettnässen (R32, G)" und am 01.07.2004 mit der Diagnose "Magenschmerzen (K31.9, G)" weisen demgegenüber außer den Gebührenziffern keinerlei weitere behandlungsorientierte Eintragungen auf. Die Kammer ist daher in diesen Fällen davon überzeugt, dass es sich um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt, zumal der Angeklagte auch in zahlreichen anderen Fällen vorsätzlicher Falschabrechnungen lediglich Diagnosen und Gebührenziffern in das Krankenblatt eingetragen hat und solche Eintragungen nach der Aussage des Zeugen B■■■■, der als zuständiger Ermittlungsbeamter des Landeskriminalamts mit der Auswertung der Abrechnungssoftware des Angeklagten betraut war, jederzeit nachträglich möglich waren.

Ebenso ist die Kammer davon überzeugt, dass es sich auch bei den am 23.06.2003 eingetragenen Gebührenziffern um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt. Denn auch insoweit enthält das Krankenblatt keinerlei behandlungsspezifische oder diagnostische Eintragungen, sondern neben der Rezeptausstellung lediglich die Gebührenziffern. Es kommt hinzu, dass der Zeuge auf Vorhalt seiner polizeilichen Vernehmung bestätigt hat, an diesem Tag lediglich in der Praxis gewesen zu sein, um ein Rezept abzuholen, ohne aber Kontakt zu dem Angeklagten gehabt zu haben. Diese Aussage erscheint nicht zuletzt auch deswegen glaubhaft, weil die in Ansatz gebrachte Gebührenziffer 851 eine Interaktion zwischen dem Arzt und

dem Patienten von mindestens 15 Minuten voraussetzt, so dass – sofern die Leistung tatsächlich erbracht worden wäre – zumindest ein kurzer Eintrag zu erwarten gewesen wäre. Darüber hinaus fehlt es an einer der Leistung vorausgehenden Klärung eines psychosomatischen Krankheitsbildes, wobei für diese Leistung zunächst die Gebührenziffer 850 in Ansatz zu bringen gewesen wäre. Auch dies bestätigt, dass der Angeklagte – wie in zahlreichen anderen Fällen auch – insbesondere gesprächsorientierte Gebührenziffern wahllos zum Zwecke der Falschabrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland in Ansatz gebracht hat.

(29) ■■■■■ A ■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des Zeugen A ■■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend.

Die Einlassung des Angeklagten wird jedoch durch die glaubhafte Aussage des Zeugen A ■■■■ sowie durch die Eintragungen im Krankenblatt widerlegt. Der Zeuge A ■■■■ hat insbesondere glaubhaft bekundet, bei dem Angeklagten lediglich wegen einer Grippe in Behandlung gewesen zu sein. Er habe zwar früher mal ein Problem mit Drogen gehabt, was er dem Angeklagten erzählt habe. Die im Krankenblatt eingetragene Dauerdiagnose "Polytoxikomanie einschließlich Morphintyp (F19.2, G)" sei daher nicht korrekt. Dies sei aber nicht Gegenstand der Behandlung gewesen. Außer dass ihm in den Hals geschaut worden sei, sei daher auch nichts weiter passiert.

Aufgrund dieser Aussage ist die Kammer davon überzeugt, dass der Angeklagte die frühere Drogensucht des Zeugen allein zur Abrechnung nicht erbrachter Leistungen genutzt hat. Dies wird auch durch das Krankenblatt bestätigt, das bezüglich der Gebührenziffern 850 – wie in zahlreichen weiteren Fällen, in denen der Angeklagte diese Gebührenziffer bewusst zu Unrecht abgerechnet hat – keinerlei diagnostische oder behandlungsorientierte Eintragungen enthält. Bezüglich der Abrechnung dieser Gebührenzif-

fer am 14.07.2003 kommt hinzu, dass die dort vermerkte Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 11.07. bis zum 16.07.2003 ebenfalls unrichtig ist. Denn der Zeuge A ■■■ hat diesbezüglich in seiner zweiten Vernehmung glaubhaft ausgesagt, er habe sich sowohl bei dem Arbeitsamt als auch bei seiner Krankenkasse erkundigt, wobei ihm bestätigt worden sei, dass er in dieser Zeit nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben gewesen sei. Dass es zu dieser Zeit auch keinen Grund für eine Krankschreibung gegeben habe, hat der Zeuge zudem plausibel damit begründet, dass er damals arbeitslos gewesen sei.

(30) ■■■ A ■■■

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bestritten und sich eingelassen, die der Gebührenziffer zugrunde liegende Leistung erbracht zu haben.

Die Feststellungen beruhen jedoch auf der Aussage des Zeugen, der im Sinne der Feststellungen glaubhaft bekundet hat, lediglich wegen einer Knieverletzung bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen und auch nur diesbezüglich untersucht worden zu sein. Er sei im Übrigen kerngesund und in der Vergangenheit immer nur wegen seiner Leisten- oder Knieprobleme beim Arzt gewesen. An eine Ganzkörperuntersuchung würde er sich deshalb erinnern. Die Aussage des Zeugen wird durch die Eintragungen im Krankenblatt, in dem als Diagnose eine "Kniegelenkszerrung (S.83.6, B)" aufgeführt ist, bestätigt. Dass in diesem Zusammenhang eine Ganzkörperuntersuchung veranlasst gewesen und durchgeführt worden ist, hält die Kammer überdies für fern liegend, zumal es auch hier – wie in zahlreichen weiteren Fällen vorsätzlicher Falschabrechnungen dieser Gebührenziffer – an jedweder Dokumentation der erhobenen Befunde im Krankenblatt fehlt. Die Kammer ist deshalb der Überzeugung, dass der Angeklagte auch bei dem Zeugen A ■■■ die Gebührenziffer 60 lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat.



(31) ■■■■■ A ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei dem Zeugen ■■■■■ A ■■■■■ bestritten und sich engelasen, der Zeuge sei ihm noch gut in Erinnerung, da es sich nicht um einen alltäglichen Fall gehandelt habe. Die von ihm vorgenommenen Eintragungen in das Krankenblatt seien jedoch alle zutreffend. Die Kammer wertet diese Einlassung aufgrund der Aussage des Zeugen A ■■■■■ und der Eintragungen im Krankenblatt jedoch als Schutzbehauptung. Denn der Zeuge A ■■■■■, der ohne Belastungstendenz bekundet hat, hat glaubhaft ausgesagt, die Behandlung habe – was mit der Ersteintragung im Krankenblatt am 25.06.2004 übereinstimmt – im Juni 2004 begonnen und er habe alle 14 Tage eine Testosteronspritze bekommen, die jeweils von einer Arzthelferin verabreicht worden sei. Den Angeklagten habe er demgegenüber "im Schnitt" nur etwa ein Mal im Monat gesehen oder gesprochen. Die Aussage des Zeugen wird auch durch die Eintragungen im Krankenblatt gestützt, das am 25.06.2004 die erste Eintragung enthält und in der Folge mehrfach die Injektion von Testosteronspritzen ausweist. Aus dem Krankenblatt ergibt sich jedoch auch – wie von dem Zeugen A ■■■■■ bekundet –, dass er nur gelegentlich Kontakt zu dem Angeklagten hatte. Denn am 02.09.2004, 28.10.2004 und 11.11.2004, an denen jeweils die Gebührenziffern 2 und 10 abgerechnet worden sind, befindet sich jeweils nur ein Eintrag der Praxismitarbeiterinnen ■■■■■ L ■■■■■ (am 11.11.2004) und ■■■■■ L ■■■■■ (am 02.09. und 28.10.2004), wonach dem Zeugen eine Testosteronspritze verabreicht worden ist. Eine Dokumentation über therapeutische Gespräche ist dem Krankenblatt demgegenüber jedoch nicht zu entnehmen. Mit Blick auf die Aussage des Zeugen und die vorgenannten Eintragungen ist die Kammer daher davon überzeugt, dass ein Arzt-Patienten-Kontakt bzw. längere therapeutische Gespräche an diesen Tagen nicht stattgefunden haben, sondern der Angeklagte die Gebührenziffern lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat. Gleich-

ches gilt für die am 22.07., 19.08., 21.09. und 29.11.2004 abgerechneten Gebühreuziffern. Denn auch am 22.07.2004 findet sich lediglich die Eintragung über eine Injektion und die Überweisung zur Messung des Testosteronspiegels im Krankenblatt. Zudem hat der Zeuge A■ glaubhaft bekundet, dass er ein "EKG" zu keinem Zeitpunkt erhalten hat. Da am 22.07.2004 jedoch die entsprechende Gebühreuziffer 603 (Elektrokardiographische Untersuchung) sowie die Gebühreuziffern 2 und 851 ohne weitergehende Dokumentation eingetragen sind, ist die Kammer davon überzeugt, dass es sich auch insofern um "Luftziffern" handelt. Dass der Angeklagte den Zeugen nur gelegentlich gesehen und mit diesem gesprochen hat, ergibt sich zudem aus der Eintragung im Krankenblatt am 12.08.2004, wo es heißt: "Weiterhin Betreuung durch ■■■■■ K■■■■■. Sie wird nächste Woche in der Urlaubssubstitutionszeit die nächste Testosteronspritze geben und die weiteren Blutabnahmen zur Spiegelbestimmung überwachen, ap" (Anmerkung der Kammer: "ap" = ■■■■■ P■■■■■). Vor diesem Hintergrund hat die Kammer keine Zweifel, dass auch die am 19.08.2004 abgerechneten Gebühreuziffern 2 und 10 bewusst zu Unrecht abgerechnet worden sind. Dass es sich auch bei den am 21.09. und 29.11.2004 abgerechneten Gebühreuziffern um bloße Luftziffern handelt, ergibt sich ebenfalls aus dem Krankenblatt, das insoweit keine Hinweise auf Arzt-Patienten-Kontakte bzw. längere therapeutische Gespräche enthält. Am 29.11.2004 weist das Krankenblatt zudem lediglich aus, dass ein Laborbefund zur Akte genommen worden ist, wobei diese Eintragung ausweislich des eingetragenen Namenskürzels "sw" von der Arzthelferin ■■■■■ W■■■■■ stammt.

(32) ■■■■■ A■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des Zeugen ■■■■■ A■■■■■ bestritten und sich eingelassen, der Zeuge sei zwischen dem Jahr 2000 und Ende 2001/Anfang 2002 des Öfteren in Begleitung seines Vaters, des Zeugen ■■■■■ A■■■■■ zu ihm gekommen.

Auch bei dieser Einlassung handelt es sich nach Überzeugung der Kammer jedoch um eine Schutzbehauptung. Denn der Zeuge [REDACTED] A[REDACTED] hat glaubhaft bekundet, lediglich ein Mal von dem Angeklagten in dessen Privathaus behandelt worden zu sein, da sein Hausarzt damals nicht erreichbar gewesen sei und sein Vater den Angeklagten persönlich gekannt habe. Die Behandlung sei wegen einer Erkältung erfolgt. Der Angeklagte habe ihm anschließend noch ein Medikament verschrieben. Die Aussage des Zeugen wird durch die erste Eintragung im Krankenblatt am 08.11.2000 bestätigt, wo als Diagnose eine "sonstige chronische Sinusitis (J32.8)" aufgeführt ist und als Medikamente unter anderem Mucosolvan und Umckalloabo verschrieben worden sind. Zudem findet sich die Eintragung "Ist Sohn von M. A[REDACTED] und kommt in Begleitung des Vaters". Dass eine Ganzkörperuntersuchung nicht stattgefunden hat, ergibt sich zum einen bereits aus der Aussage des Zeugen und zum anderen aus dem Umstand, dass das Krankenblatt insoweit – wie auch in zahlreichen anderen Fällen, in denen die Gebühreuziffer 60 zu Unrecht abgerechnet wurde – keinerlei Befunddokumentation enthält.

Dass es sich bei den ab dem 15.11.2000 abgerechneten Gebühreuziffern sämtlich um "Luftleistungen" handelt, ergibt sich neben der glaubhaften Aussage des Zeugen auch aus den weiteren Eintragungen im Krankenblatt, die ganz überwiegend nur noch Gebühreuziffern ohne weitergehende behandlungsorientierte Eintragungen ausweisen. Es kommt hinzu, dass die am 15.11.2000 gestellte Diagnose einer "Akuten Infektion der oberen Atemwege (J06.9)", die der Angeklagte bereits bei den Falschabrechnungen bezüglich der Zeugen A[REDACTED] nach Art eines Textbausteins verwandt hatte, sowie die am 09.01., 10.04. und 17.07.2001 eingetragene Diagnose einer "chronischen Sinusitis (J32.8)" ebenfalls für bloße Scheinbehandlungen sprechen. Zudem hat der Zeuge ausgeschlossen, das angeblich am 15.11.2000 und am 10.04.2001 verschriebene Medikament "Optipect" erhalten zu haben. Die Aussage des Zeugen wird schließlich auch durch die Aussage seines Vaters, des Zeugen [REDACTED] A[REDACTED], gestützt, der ausgesagt hat, dass er mit seinem Sohn, der damals eine Grippe gehabt habe, ein Mal bei dem Angeklagten gewesen sei, da er diesen aufgrund seiner poli-

tischen Tätigkeit bei der Partei "██████████" gekannt habe. Ihm sei jedoch nicht bekannt, dass sein Sohn anschließend noch mehrmals bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen sei.

Die Kammer ist angesichts dessen davon überzeugt, dass sämtliche Gebührenziffern ab dem 15.11.2000 wahllos zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung durch den Angeklagten in das Krankenblatt eingetragen worden sind, nachdem dem Angeklagten ab dem 08.11.2000 die Patientendaten des Zeugen durch Einlesen in ein tragbares Kartenlesegerät zur Verfügung standen.

(33) ██████████ A ██████████

Der Angeklagte hat sich bezüglich der auf diesen Zeugen abgerechneten Gebührenziffern nicht eingelassen. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der Aussage des Zeugen ██████████ A ██████████ sowie auf den Eintragungen im Krankenblatt.

Der Zeuge ██████████ A ██████████ hat ausgesagt, bis zum Jahr 2004 in Homburg gewohnt zu haben und in dieser Zeit bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein, unter anderem wegen eines Gichtleidens. Im April 2001 habe er einen Autounfall gehabt, weswegen er für etwa zwei bis drei Monate bei dem Angeklagten gewesen sei. Auf Vorhalt seiner polizeilichen Vernehmung hat der Zeuge zudem bestätigt, dass er anschließend nicht mehr bei dem Angeklagten gewesen sei. Lediglich im Jahr 2004 sei er nochmals zu dem Angeklagten gegangen, nachdem gegen ihn ein Fahrverbot verhängt worden war und er in diesem Zusammenhang einen Sehtest und eine Urinuntersuchung vorzuweisen hatte.

Die Aussage des Zeugen erscheint glaubhaft, da sie – soweit Behandlungen tatsächlich stattgefunden haben – im Einklang mit den Eintragungen im Krankenblatt steht. Dieses enthält nämlich am 01.04.2001 die Diagnose „HWS-Distorsion“, die sich zwanglos mit dem von dem Zeugen erwähnten Verkehrsunfall vereinbaren lässt. Zudem findet sich am 08.06.2004 die Eintragung „kommt für P-Schein-Untersuchung“.

Soweit jedoch die Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) abgerechnet worden ist, fehlt es bereits an der von der Leistungslegende geforderten Befunddokumentation, da das Krankenblatt insofern keinerlei Eintragungen enthält. Dass es sich auch bei den weiteren beanstandeten Gebührenabrechnungen um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt, ergibt sich neben der Aussage des Zeugen auch daraus, dass sich keinerlei behandlungsorientierte Eintragungen im Krankenblatt befinden, sondern lediglich Gebührenziffern ohne Diagnosen oder Befunde eingetragen sind. Bezüglich der Gebührenziffern 850 und 851 spricht zudem die Reihenfolge der Abrechnungen für bloße Scheinbehandlungen, da systematisch zunächst eine Klärung eines psychosomatischen Krankheitsbildes (Gebührenziffer 850) und erst anschließend eine verbale Intervention (Gebührenziffer 851) hätte erfolgen müssen. Dies bestätigt nach Überzeugung der Kammer, dass der Angeklagte – wie in zahlreichen weiteren Fällen auch – die Gebührenziffern 850 und 851 lediglich wahllos zum Zwecke der betrügerischen Falschabrechnung eingetragen hat. Es kommt hinzu, dass sich auch aus der Aussage des Zeugen keine Anhaltspunkte für entsprechende ärztliche Leistungen ergeben.

Was die Gebührenabrechnungen zwischen dem 28.05.2001 und dem 09.11.2001 betrifft, handelt es sich nach Überzeugung der Kammer ebenfalls sämtlich um "Luftbehandlungen". Denn nach der glaubhaften Aussage des Zeugen war er in dieser Zeit nach seinem Unfall nicht mehr bei dem Angeklagten in Behandlung. Dementsprechend enthält auch das Krankenblatt lediglich die Eintragung von Gebührenziffern. Soweit am 28.05.2001 im Krankenblatt die Bemerkung eingetragen ist: „kam mit Freundin und deren Kindern“, hat der Zeuge dies zwar bestätigt, zugleich aber klargestellt, dass er nur als Begleitung in der Praxis des Angeklagten gewesen sei, ohne jedoch selbst behandelt worden zu sein.

Bezüglich der am 08.06.2004 abgerechneten Gebührenziffer 850 handelt es sich bereits nicht um "Kassenarztleistungen", da der Zeuge die Untersuchungen im Zusammenhang mit der Wiedererteilung seines Führerscheins privat zu bezahlen hatte. Dass der Angeklagte hier bewusst privatärztlich veranlasste Leistungen als vermeintliche Kassenleistungen zu

Unrecht abgerechnet hat, ergibt sich neben der Aussage des Zeugen A nach Überzeugung der Kammer auch daraus, dass der Angeklagte derartige vorsätzliche Falschabrechnungen ebenso im Zusammenhang mit den festgestellten Taten des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse sowie bei dem Zeugen A vorgenommen hat. Dass es ungeachtet dessen bezüglich der Gebühreuziffer 850 auch an einer medizinisch veranlassten und erbrachten ärztlichen Leistung fehlt, ergibt sich überdies aus dem Anlass des Kontaktes sowie aus dem vollständigen Fehlen des von der Leistungslegende geforderten Vermerks über die ätiologischen Zusammenhänge.

(34) A

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bezüglich des Zeugen A bestritten und sich eingelassen, die abgerechneten Gebühreuziffer sei korrekt erbracht worden.

Dass die Gebühreuziffer 60 jedoch aufgrund der fehlenden Befunddokumentation nicht abrechnungsfähig war, ergibt sich bereits aus dem Krankenblatt des Zeugen, das insoweit keinerlei Eintragungen enthält. Obwohl der Zeuge A ausgesagt hat, bei dem Angeklagten lediglich ein Mal in Behandlung gewesen zu sein, weil er Nackenschmerzen gehabt habe, wobei er sich jedoch nicht an eine eingehendere Untersuchung erinnern könne, ist die Kammer zugunsten des Angeklagten davon ausgegangen, dass eine Ganzkörperuntersuchung tatsächlich erfolgt ist, auch wenn die Feststellungen in den übrigen Fällen vorsätzlicher Falschabrechnungen dieser Gebühreuziffer auch hier eher gegen eine solche Untersuchung sprechen. Dass die Gebühreuziffer aber ohne jede Befunddokumentation nicht abrechnungsfähig war, war dem Angeklagten, der sich nach eigenen Angaben im Bereich der Abrechnung kassenärztlicher Leistungen auskennt, nach Überzeugung der Kammer schon aufgrund des vollständigen Fehlens einer Befunddokumentation, die sich auf den ersten Blick aus

dem Krankenblatt ergibt sowie mit Blick auf die Vielzahl entsprechender Falschabrechnungen dieser Gebührenziffer ohne weiteres bewusst.

(35) ■■■■■ A ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des Zeugen ■■■■■ A ■■■■■ bestritten und sich eingelassen, dass nach der Eintragung im Krankenblatt ein Gespräch von mehr als 30 Minuten erfolgt sei. Dass die für die Gebührenziffer 18 erforderliche Gesprächsdauer von 30 Minuten am 28.11.2002 nicht erreicht worden ist, steht aufgrund der glaubhaften Aussage des Zeugen A ■■■■■ fest, der bekundet hat, dass er selbst bei dem Angeklagten nur ein Mal in Behandlung gewesen und dabei unter anderem eine Blutabnahme erfolgt sei. Der Zeuge war sich dabei sicher, dass das Gespräch mit dem Angeklagten allenfalls zehn bis fünfzehn Minuten, jedoch keinesfalls länger als eine halbe Stunde gedauert habe. Beim zweiten Mal habe er bei der Arzthelferin nur noch die Ergebnisse dieser Untersuchung abgeholt, ohne aber nochmals Kontakt zu dem Angeklagten gehabt zu haben.

Die Aussage des Zeugen, die durch die Eintragungen im Krankenblatt bezüglich eines Arztkontaktes am 28.11.2002 bestätigt wird, erscheint glaubhaft, auch soweit der Zeuge zu der konkreten Dauer des Gesprächs bekundet hat. Die Kammer ist sich dabei bewusst, dass gerade bei größeren zeitlichen Abständen die Erinnerungsfähigkeit bezüglich der zeitlichen Dauer von Vorgängen abnehmen kann. Der Zeuge, der einen zeitlich gut orientierten Eindruck vermittelt hat, hatte jedoch schon bei seiner polizeilichen Vernehmung am 17.10.2005 ein Gespräch von mehr 30 Minuten mit dem Angeklagten kategorisch ausgeschlossen und dies in der Hauptverhandlung erneut bestätigt. Die Aussage erscheint auch deswegen glaubhaft, weil der Zeuge angegeben hat, damals erstmals heftigere Beschwerden gehabt zu haben und zuvor nicht beim Arzt gewesen zu sein, wobei er sich auch daran erinnern konnte, dass der Arztbesuch "kurz vor Weihnachten" war und ihm eine Arzthelferin Blut abgenommen hat, was durch

die Eintragungen im Krankenblatt am 28.11.2002 ebenfalls bestätigt wird. Die Kammer hat daher keine Zweifel daran, dass der Angeklagte die Gebührenziffer 18 lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung eingetragen hat.

Gleiches gilt für die am 16.12.2002 eingetragene Gebührenziffer 2. Bereits nach der Aussage des Zeugen hat ein weiterer – auch telefonischer – Kontakt zu dem Angeklagten nicht mehr stattgefunden, nachdem er in der Praxis das Ergebnis der Blutuntersuchung erfahren hatte. Diesbezüglich enthält das Krankenblatt am 05.12.2002 auch eine Eintragung, die auf einen Laborbericht verweist. Am 16.12.2002 findet sich sodann lediglich noch die eingetragene Gebührenziffer ohne weitergehende Befund- oder Behandlungsdokumentation. Die Kammer schließt vor diesem Hintergrund auch aus, dass der Angeklagte – wie von ihm im Anschluss an die Vernehmung des Zeugen behauptet – den Zeugen am 16.12.2002 mit Blick auf die Eintragung vom 05.12.2002 "Hep B Impfung komplett erforderlich!!!!" angerufen und auf die Erforderlichkeit einer Impfung hingewiesen hat. Denn hierzu enthält das Krankenblatt keine weitere Eintragungen, was angesichts der von dem Angeklagten behaupteten Dringlichkeit jedoch nahe gelegen hätte. Es kommt hinzu, dass der Angeklagte auch in zahlreichen weiteren Fällen nach einer Erstbehandlung Gebührenziffern ohne weitere Arzt-Patienten-Kontakte bewusst zu Unrecht abgerechnet hat.

(36) ■■■■■ A■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des ■■■■■ A■■■■■ bestritten. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage der Zeugin ■■■■■ F■■■■■, geschiedene A■■■■■, die zwar zunächst angab, sich nur noch teilweise erinnern zu können, auf entsprechende Vorhalte ihrer polizeilichen Vernehmung jedoch im Sinne der Feststellungen glaubhaft bekundet hat. Die in sich widerspruchsfreie Aussage der Zeugin, die ohne Belastungstendenz bekundet hat, wird auch durch die Eintragung im Krankenblatt vom 19.12.2003 bestätigt, das an diesem Tag



die Verschreibung der „Mykondex-Heilpaste“ ausweist. Es kommt hinzu, dass die Zeugin plausibel dargelegt hat, lediglich einmal in der Praxis des Angeklagten gewesen zu sein, da sie ansonsten mit ihrem Sohn immer zu ihrem Hausarzt Dr. W. [REDACTED] gegangen sei. Den Angeklagten habe sie nur aufgesucht, da ihr Sohn Probleme im Zusammenhang mit dem Windeltragen gehabt habe und die Salbe rezeptpflichtig gewesen sei. Eine Freundin von ihr, die [REDACTED] S. [REDACTED], habe ihr den Angeklagten mit den Worten empfohlen: „Geh dort hin, der gibt dir die Salbe sofort.“ Dass es sich bei den am 24.02.2004 abgerechneten Gebührenziffern um „Luftziffern“ handelt, ergibt sich neben der glaubhaften Aussage der Zeugin F. [REDACTED] ebenfalls aus dem Krankenblatt, das an diesem Tag lediglich die Diagnose „Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet (J06.9, G)“ ausweist, mithin gerade die Diagnose, die der Angeklagte in zahlreichen weiteren Fällen vorsätzlicher Falschabrechnung, insbesondere bei den Zeugen A. [REDACTED], nach Art eines Textbausteins verwendet hat. Aus diesem Grund spricht auch der Umstand, dass das im Krankenblatt aufgeführte und bei der Krankenkasse eingereichte Rezept über die Ausstellung von „Sedotussin“ und „Paracetamol“ nicht dafür, dass eine Behandlung tatsächlich stattgefunden hat, zumal der Angeklagte auch in Fällen vorsätzlicher Falschabrechnung (vgl. die von dem Angeklagten eingeräumten Fälle „A. [REDACTED]“) solche „Luftrezepte“ ausgestellt hat.

(37) [REDACTED] A. [REDACTED]

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei der Zeugin [REDACTED] A. [REDACTED] bestritten. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage der Zeugin A. [REDACTED], die bekundet hat, am Wochenende lediglich das „Subutex“ für ihren drogenabhängigen Sohn bei dem Angeklagten abgeholt zu haben, von dem Angeklagten in diesem Zusammenhang aber nicht behandelt worden zu sein. Dies hat die Zeugin auch plausibel damit begründet, sie habe Angst um ihren Sohn gehabt und insbesondere vermeiden wollen, dass dieser mit anderen Drogenabhängigen in Kontakt

komme. Hierzu habe sie das "Subutex" von einer Arzthelferin erhalten. Die Aussage der Zeugin wird dabei auch durch die Eintragungen im Krankenblatt bestätigt, das am 06.07.2003 (einem Sonntag) und am 11.10.2003 (einem Samstag) lediglich die Gebührenziffer 1 ausweist, ohne dass zugleich eine Behandlung oder ein Befund dokumentiert ist. Vielmehr findet sich am 06.07.2003 lediglich der Eintrag „kommt öfter für Herrn A. Subutex abholen“, was die Aussage der Zeugin ebenfalls bestätigt und darüber hinaus gerade dafür spricht, dass eine ärztliche Behandlung nicht stattgefunden und die Gebührenziffern lediglich zum Zwecke vorsätzlicher Falschabrechnung eingetragen worden sind.

(38) A.

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des Zeugen A. bestritten und sich eingelassen, der Zeuge D. habe ihm weder eine Krankenversicherungskarte gebracht noch gebeten, eine von ihm nicht untersuchte Person "krank zu schreiben". Zudem sei ein Arzt nicht berechtigt, Nachforschungen zur Person des Karteninhabers anzustellen. Nach der Vernehmung des Zeugen A. hat der Angeklagte zudem erklärt, diesen nicht behandelt zu haben, sondern einen anderen Mann, der mindestens 150 kg gewogen habe.

Die Kammer wertet diese Einlassung des Angeklagten jedoch als Schutzbehauptung. Denn aufgrund der glaubhaften Aussage des Zeugen A. der ohne Belastungstendenz im Sinne der Feststellungen und in Übereinstimmung mit seiner polizeilichen Vernehmung bekundet hat, ist die Kammer der Überzeugung, dass der Zeuge D., genannt „C.“, dem Angeklagten die Krankenversicherungskarte des Zeugen A. übergeben und der Angeklagte daraufhin die gewünschte (unberechtigte) Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt hat. Die Kammer ist ebenfalls davon überzeugt, dass der Angeklagte die in diesem Zusammenhang erhaltenen Patientendaten des Zeugen dazu nutzte, weitere Gebührenziffern bewusst zu Unrecht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland abzu-

rechnen. Denn die Aussage des Zeugen A■■■■ wird durch die Eintragungen im Krankenblatt gestützt, das am 03.01.2003 die rückwirkende Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 26.02.2002 bis 03.01.2003 enthält. Es kommt hinzu, dass sich an diesem Tag und am 18.12.2002 – wie auch in zahlreichen anderen Fällen vorsätzlicher Falschabrechnungen – als Diagnose lediglich eine "Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet (J06.9) ", findet, die der Angeklagte in Fällen vorsätzlicher Falschabrechnung jeweils nach Art eines Textbausteins verwendete (siehe insbesondere die von dem Angeklagten eingeräumten Falschabrechnungen bezüglich der Zeugen A■■■■). Am 27.12.2002 und 21.02.2003 finden sich zudem lediglich die Gebührenziffern als Eintragungen im Krankenblatt, ohne dass eine Behandlung oder ein Befund dokumentiert ist, was ebenfalls dafür spricht, dass es sich um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt.

Vor diesem Hintergrund ist die Einlassung des Angeklagten zweifelsfrei widerlegt. Die Kammer schließt insbesondere aus, dass sich der Zeuge D■■■■, genannt "C■■■■", an den Tagen, an denen der Angeklagte die Gebührenziffern abgerechnet hat, jeweils wegen akuter Infektionen der oberen Atemwege oder anderer – im Krankenblatt allerdings nicht dokumentierter – Krankheiten hat behandeln lassen. Hiergegen spricht bereits der Umstand, dass der Zeuge A■■■■ bekundet hat, seine Krankenversicherungskarte bereits nach wenigen Tagen zusammen mit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zurückerhalten zu haben, die im Krankenblatt eingetragenen Gebührenziffern jedoch einen Zeitraum von insgesamt mehr als zwei Monaten umfassen.

Aus diesen Gründen hält die Kammer auch die Aussage des Zeugen D■■■■, für unglaubhaft, der zwar bestätigt hat, früher eine Kneipe gehabt zu haben und "C■■■■" genannt zu werden, die Bekundung des Zeugen A■■■■ aber als "Schwachsinn" bezeichnet hat. Denn dem Zeugen, der mit dem Angeklagten persönlich bekannt ist, war der Vorhalt der Aussage des Zeugen A■■■■ erkennbar unangenehm, so dass er auch auf entsprechende Nachfragen äußerst unwirsch reagierte und erkennbar bemüht war, ein eigenes Fehlverhalten kategorisch auszuschließen. Schließlich ergibt sich

auch aus dem Krankenblatt des Zeugen D. ■■■■, dass auch bei diesem am 03.01.2003, mithin an demselben Tag, an dem die unrichtige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den Zeugen A. ■■■■ ausgestellt wurde, von dem Angeklagten ebenfalls Gebührencyffern abgerechnet worden sind.

(39) ■■■■ A. ■■■■

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bezüglich des Zeugen ■■■■ A. ■■■■ bestritten. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage des Zeugen A. ■■■■, der im Sinne der Feststellungen bekundet hat und dabei insbesondere ausgesagt hat, dass er seinerzeit in das "Substitutionsprogramm" des Angeklagten aufgenommen werden wollte und er zu diesem Zweck die Praxis des Angeklagten aufgesucht habe. Dort habe man ihn, obwohl keine weiteren Patienten anwesend gewesen seien, etwa 1 ½ Stunden warten lassen, bis er zu dem Angeklagten vorgelassen worden sei. Dieser habe ihn dann in „lässigem Ton“ und mit hinter dem Kopf verschränkten Armen lediglich mitgeteilt, dass sein Programm schon "voll" sei. Dies habe insgesamt höchstens 30 Sekunden gedauert, ein weiteres Gespräch habe mit dem Angeklagten nicht stattgefunden. Über diese apodiktische Auskunft sei er aufgrund der langen Wartezeit äußerst "sauer" gewesen. Die Aussage des Zeugen, der spontan und detailreich bekundet hat, wird auch durch die Eintragungen im Krankenblatt vom 02.10.2001 bestätigt, wo sich der Eintrag findet: „Mit Frau S. ■■■■ wurde gestern vorbesprochen, dass er bei uns nicht aufgenommen wird“. Aus der Aussage und aus dem Krankenblatt ergibt sich zudem, dass die abgerechnete Gebührencyffer 850 zu Unrecht in Ansatz gebracht worden ist und der Angeklagte diese Gebührencyffer – wie auch in zahlreichen weiteren Fällen – lediglich zum Zwecke vorsätzlicher Falschabrechnungen in das Krankenblatt eingetragen hat. Es kommt hinzu, dass auch der von der Leistungslegende des EBM geforderte schriftliche Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge der Krankheit nicht

vorliegt, mithin im Krankenblatt des Zeugen keinerlei Dokumentation erfolgt ist.

(40) ■■■■■ A ■■■■■

Der Angeklagte hat sich eingelassen, bei dem Zeugen A ■■■■■ habe es sich um einen Patienten seines Bruders gehandelt, den er selbst nicht kenne. Er könne sich aber nicht vorstellen, dass sein Bruder hier etwas Falsches eingetragen haben sollte. Dass dies eine Schutzbehauptung darstellt und am 10.12.2001 die Gebührenziffern 2 und 10 auf Weisung des Angeklagten ohne den erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakt eingetragen worden sind, beruht zunächst auf der Aussage des Zeugen ■■■■■ A ■■■■■, der sich noch gut an den Ablauf seiner Besuche in der Praxis des Angeklagten erinnern konnte und in Übereinstimmung mit den Angaben im Rahmen seiner polizeilichen Vernehmung bekundet hat, bei Verlängerungen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen generell nicht mehr beim Arzt gewesen zu sein. Die Aussage des Zeugen wird zudem durch die Aussage der Zeugin ■■■■■ K ■■■■■ gestützt, die im Tatzeitraum als Arzthelferin und sogenannte "Erste Kraft" in der Praxis des Angeklagten gearbeitet hat und im Rahmen ihrer polizeilichen Vernehmung – wie von dem Vernehmungsbeamten S ■■■■■ glaubhaft bekundet – bestätigt hat, auf Anweisung des Angeklagten die Ziffern 2 und 10 bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsfolgebescheinigungen auch dann eingetragen zu haben, wenn der Patient nicht mehr beim Arzt gewesen sei. Soweit die Zeugin K ■■■■■ im Rahmen der Hauptverhandlung bestritten hat, bei der Polizei eine entsprechende Aussage getätigt zu haben, hält die Kammer diese Aussage für nicht glaubhaft. Denn die Zeugin hat in der Hauptverhandlung mit erkennbarer Entlastungstendenz bekundet und konnte bereits nicht plausibel darlegen, wieso diese Aussage Eingang in das polizeiliche Vernehmungsprotokoll, das von ihr auch unterschrieben worden ist, aufgenommen worden ist. Es kommt hinzu, dass die Zeugin erkennbar darum bemüht war, ihre damalige Aussage zu relativieren und die Vernehmungs-

situation dergestalt (wahrheitswidrig) darzustellen, dass sie von den Polizeibeamten unter Druck gesetzt worden sei. Hierfür bestehen jedoch keine Anhaltspunkte, zumal der Zeuge S [REDACTED] – in Übereinstimmung mit einem entsprechenden Vermerk in der polizeilichen Vernehmung der Zeugin K [REDACTED] – ausgesagt hat, dass eine Beeinflussung der Zeugin K [REDACTED] durch den Angeklagten und seinen Verteidiger erfolgt sei, die während der Vernehmung der Zeugin angerufen und diese unter Hinweis auf ein nicht bestehendes Zeugnisverweigerungsrecht dazu bewegen wollten, nicht weiter auszusagen. Zudem hat die Zeugin auf Vorhalt des Vertreters der Staatsanwaltschaft bestätigt, dass sie sich am Tage vor ihrer Vernehmung in der Hauptverhandlung zusammen mit dem Angeklagten und seinem Verteidiger am St. Johanner Markt in Saarbrücken getroffen habe. Soweit die Zeugin diesbezüglich behauptet hat, es sei dabei nicht über ihre Vernehmung im Rahmen des vorliegenden Verfahrens gesprochen worden, hält die Kammer diese Aussage mit Blick auf die deutlich erkennbare Entlastungstendenz für unglaubhaft.

(41) und (42) [REDACTED] A [REDACTED] und [REDACTED] A [REDACTED]

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei diesen Zeuginnen bestritten und sich eingelassen, er könne sich an beide Zeuginnen nicht mehr erinnern. Bei der Rezeptausstellung, insbesondere bei neuen Patienten sei es jedoch stets so gewesen, dass zumindest im Rahmen der Unterschriftsleistung ein – wenn auch kurzer – Kontakt gegeben gewesen sei, der sich selbstverständlich auf wenige Worte beschränkt haben könne. Dass diese Einlassung eine Schutzbehauptung darstellt und entgegen der Darstellung des Angeklagten die Rezepte an der Anmeldung durch eine Arzthelferin ausgehändigt worden sind, ergibt sich aus den glaubhaften Aussagen der Zeuginnen A [REDACTED] und A [REDACTED], die im Sinne der Feststellungen bekundet haben. Die Zeugin A [REDACTED] hat zudem ausgesagt, lediglich einmal bei dem Angeklagten in der Praxis gewesen zu sein, da sie die "Pille" gebraucht habe, die sie an diesem Tag habe nehmen müssen. Ihre Frauen-

ärztin, die ihre Praxis in B■■■■■ habe, sei an diesem Tag nicht erreichbar gewesen. Sie sei auch nur fünf Minuten in der Praxis des Angeklagten gewesen und habe an der Anmeldung, ohne dass sie einen Arzt gesehen habe, das Rezept erhalten. Weitere Male sei sie nicht in der Praxis des Angeklagten gewesen, sondern nur noch bei ihrer Frauenärztin in B■■■■■. Aus dieser Aussage ergibt sich bereits, dass es sich bei den am 08.07. und 26.09.2003 auf die Zeugin A■■■■■ abgerechneten Gebühreuziffern um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt. Auch die Zeugin A■■■■■ hat ausgesagt, die "Pille" lediglich an der Anmeldung von einer Arzthelferin erhalten zu haben. Einen Arzt habe sie nicht gesehen. Zudem habe sie die Pille selbst bezahlen müssen. Die Zeugin A■■■■■ hat zudem glaubhaft bekundet, dass sie nur deswegen die Praxis des Angeklagten aufgesucht habe, weil ihr Frauenarzt zu diesem Zeitpunkt in Urlaub gewesen sei.

Die Kammer ist vor diesem Hintergrund und mit Blick auf das festgestellte Abrechnungsverhalten des Angeklagten im Übrigen davon überzeugt, dass der Angeklagte die Zeuginnen A■■■■■ und A■■■■■ weder gesehen noch gesprochen und die Gebühreuziffern daher entweder durch den Angeklagten selbst oder aufgrund einer entsprechenden Weisung des Angeklagten durch einen Mitarbeiter eingetragen worden sind, obwohl der Angeklagte wusste, dass der erforderliche Arzt-Patienten-Kontakt nicht stattgefunden hatte.

(43) ■■■■■ A■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich der Zeugin ■■■■■ A■■■■■ bestritten. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der Aussage der Zeugin A■■■■■ und den Eintragungen im Krankenblatt. Die Zeugin A■■■■■ hat glaubhaft bekundet, vor Jahren ein Mal in der Praxis des Angeklagten gewesen zu sein, da sie damals nicht zu ihrem Hausarzt gehen konnte und der Angeklagte der nächste Arzt gewesen sei. Die – in Übereinstimmung mit ihrer Aussage im Rahmen ihrer polizeilichen Vernehmung – auf Vorhalt bestätigt, dass eine Ganzkörperuntersuchung

nicht erfolgt ist. Hierfür spricht auch, dass die in der Leistungslegende der Gebührenziffer 60 vorgeschriebene Dokumentation der Untersuchung – wie zahlreichen weiteren Fällen vorsätzlicher Falschabrechnungen des Angeklagten – nicht erfolgt ist. Im Krankenblatt findet sich lediglich der ungenügende Eintrag "Druckschmerz i. Oberbauch". Die Kammer hat daher keinen Zweifel daran, dass der Angeklagte, dem bereits nach seiner eigenen Einlassung die Dokumentationspflicht hinreichend bekannt war, die Gebührenziffer zu Unrecht abgerechnet hat.

(44) ■■■■■ A ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich der Zeugin A ■■■■■ bestritten und sich eingelassen, er könne sich an diese Patientin nicht mehr erinnern. Bei Betrachtung des Krankenblattes könne er jedoch definitiv ausschließen, dass er diese Patientin behandelt habe. Diktion sowie Art und Weise der Eintragungen deuteten für ihn eindeutig auf eine Behandlung durch Frau Dr. T ■■■■■ hin, die ihn vertreten habe und der er voll vertraue. Er sehe auch keinen Sinn darin, warum diese Ärztin etwas Falsches in ein Krankenblatt eintragen solle, zumal sie überhaupt keinen finanziellen Vorteil durch eine solche Falscheintragung gehabt hätte.

Dass es sich bei dieser Einlassung jedoch um eine Schutzbehauptung handelt, steht aufgrund der glaubhaften Aussage der Zeugin A ■■■■■ und den Eintragungen im Krankenblatt fest. Die Zeugin hat ausgesagt, lediglich ein oder zwei Mal in der Praxis des Angeklagten gewesen zu sein. Dabei konnte die Zeugin, die ohne Belastungstendenz bekundet hat und stets darum bemüht war, nur das ihr noch in Erinnerung Befindliche zu bekunden, glaubhaft ausgesagt, im September 2001 auf Ibiza in Urlaub gewesen zu sein. Dies wisse sie noch genau, da kurz zuvor die Anschläge vom 11. September gewesen seien. Als sie zurück gekommen sei, habe sie eine Erkältung gehabt, weshalb sie in die Praxis des Angeklagten gegangen und krank geschrieben worden sei. Ihr sei dies damals wegen ihrer Arbeit



unangenehm gewesen. Die Bekundungen der Zeugin stehen im Einklang mit den Eintragungen im Krankenblatt vom 17.09.2001, wonach bei der Zeugin unter anderem eine "Bronchitis", Kopf- und Halsschmerzen sowie Schnupfen diagnostiziert worden sind. Zudem ergibt sich aus dem Krankenblatt die von der Zeugin erwähnte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die vom 17.09. bis 21.09.2001 ausgestellt worden ist.

Dass demgegenüber am 03.10.2001 keine Behandlung der Zeugin erfolgt ist, ergibt sich zunächst aus der Aussage der Zeugin, die glaubhaft bekundet hat, lediglich ein- oder zweimal bei dem Angeklagten gewesen zu sein, die Abrechnung am 03.10.2001 aber bereits der 4. Kontakt zum Angeklagten gewesen wäre. Darüber hinaus ergibt sich auch aus dem Krankenblatt selbst, dass ein Kontakt zu dem Angeklagten an diesem Tag nicht stattgefunden hat. Denn als Eintragung ist am 03.10.2001 lediglich vermerkt "Patientin einbestellen zur Befundbesprechung". Dass auch die Gebühreuziffer 60 am 19.03.2002 vorsätzlich falsch abgerechnet worden ist, ergibt sich ebenfalls aus der Aussage der Zeugin A■■■■■, die glaubhaft angegeben hat, an eine Ganzkörperuntersuchung keine Erinnerung zu haben. Zudem hat die Zeugin die im Krankenblatt vermerkte Eintragung "zur Zeit arbeitslos" bestritten und – nachdem die Zeugin diesbezüglich nochmals nachgeforscht hat – in einem Folgetermin glaubhaft bekundet, zu keiner Zeit arbeitslos gewesen zu sein und am 19.03.2002 am Flughafen gearbeitet zu haben. Es kommt hinzu, dass neben den abgerechneten Gebühreuziffern am 19.03.2002 lediglich eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und eine "Bronchitis" eingetragen sind, was ebenfalls dafür spricht, dass es sich lediglich um eine Fortschreibung früherer Befunde zur Verschleierung der vorsätzlichen Falschabrechnungen handelt. Bezüglich der Ganzkörperuntersuchung fehlt es zudem vollständig an der erforderlichen Dokumentation. Die Kammer ist mit Blick auf die Feststellungen zum (betrügerischen) Abrechnungsverhalten des Angeklagten in den übrigen Fällen zudem der Überzeugung, dass die Eintragungen und Abrechnungen der Gebühreuziffern von dem Angeklagten vorgenommen worden sind.

(45) ■■■ A■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei dem Zeugen A■■■ bestritten. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der polizeilichen Aussage des Zeugen ■■■ A■■■ vom 04.10.2005 sowie auf den Eintragungen im Krankenblatt. Der Zeuge A■■■, der derzeit unbekannten Aufenthalts ist, hat im Wesentlichen ausgesagt, dass er bei dem Angeklagten über eine längere Zeit in Behandlung gewesen sei und unter anderem auch wegen Alkoholproblemen und Asthmaproblemen behandelt worden sei. Die Behandlungen hätten jeweils nur an Wochentagen stattgefunden. Einmal habe er auch eine Hepatitisimpfung erhalten. Bereits mit Blick auf die Aussage des Zeugen liegt eine Behandlung psychosomatischer Krankheitszustände fern. Diesbezüglich finden sich auch keine weiteren Anhaltspunkte im Krankenblatt des Zeugen. Vielmehr sind lediglich die Gebührenziffern in Ansatz gebracht, ohne dass Befunddokumentationen oder längere diesbezügliche therapeutische Gespräche vermerkt sind. Auch die Abrechnungsreihenfolge der Gebührenziffern 850 und 851 spricht vorliegend für vorsätzliche Falschabrechnungen. Denn es erscheint unplausibel, zunächst die Gebührenziffer 851 und erst anschließend die Gebührenziffer 850 abzurechnen, obwohl eine Abklärung psychosomatischer Krankheitszustände einer "verbalen Intervention" systematisch vorausgeht. Es kommt hinzu, dass es bezüglich der Abrechnung der Gebührenziffer am 24.09.2002 auch unverständlich erscheint, inwiefern eine verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen erfolgt sein sollte, da das Krankenblatt an diesem Tag lediglich eine Hepatitis-B-Impfung und die Verlängerung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausweist. Gleiches gilt für die am 25.02.2003 abgerechnete Gebührenziffer 851, zumal sich auch an diesem Tag lediglich die Eintragungen "Gastroenteritis" sowie "Akute Infektion der oberen Atemwege nicht näher bezeichnet (J 06.9)" im Krankenblatt finden. Diesbezüglich kommt hinzu, dass der Angeklagte die zuletzt aufgeführte Diagnose auch in zahlreichen weiteren Fällen vorsätzlicher Falschabrechnungen (vgl. insbesondere die Feststellungen zu den Zeugen A■■■) nach Art eines Textbausteins ver-

wandt hat. Dass es sich auch bei der am 28.09.2002 abgerechneten Gebührenziffer 2 (Konsultationsgebühr) um eine "Luftziffer" handelt, ergibt sich bereits aus der Eintragung im Krankenblatt, in dem an diesem Tag lediglich vermerkt ist: "zu mir, wird nicht weiter krank geschrieben!", was die Kammer dahingehend wertet, dass an diesem Tag kein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat, zumal der Zeuge im Rahmen seiner polizeilichen Vernehmung ausgesagt hat, nur an Wochentagen bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein, es sich bei dem 28.09.2020 jedoch um einen Samstag handelt. Soweit der Angeklagte den Eintrag am 28.09.2002 in der Weise zu erklären versucht hat, dass er seinerzeit in Kontakt mit der für den Patienten zuständigen Krankenkasse gestanden und zwischen ihm und der Krankenkasse vereinbart gewesen sei, dass der Patient nicht weiter krank geschrieben werden solle und er dies dem Patienten telefonisch mitgeteilt habe, so dass die Abrechnung der Gebühreuziffern gerechtfertigt wäre, hält die Kammer dies für eine Schutzbehauptung. Denn zum einen ist der Eintrag im Krankenblatt aus Sicht der Kammer eindeutig und zum anderen hat der Zeuge [REDACTED] A [REDACTED] im Rahmen seiner polizeilichen Vernehmung bestritten, am Wochenende bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein. Dabei hat die Kammer nicht verkannt, dass der Beweiswert der polizeilichen Vernehmung des Zeugen angesichts des Umstandes, dass dieser in der Hauptverhandlung nicht persönlich vernommen werden konnte, in ihrem Beweiswert eingeschränkt ist. Aufgrund der Eintragungen im Krankenblatt und der in zahlreichen weiteren Fällen in vergleichbarer Weise vorgenommenen Abrechnungen vorsätzlichen Falschabrechnungen hat die Kammer jedoch auch im vorliegenden Fall die Überzeugung gewonnen, dass es sich um eine vorsätzliche Falschabrechnung handelt.

Schließlich ist die Kammer auch davon überzeugt, dass die Gebührenziffer 10 (therapeutisches hausärztliches Gespräch von mindestens 10 Minuten) am 11.02.2003 bewusst zu Unrecht abgerechnet worden ist, auch wenn an diesem Tag eine Rezeptaussstellung über das Medikament "Berodual" vermerkt ist und der Zeuge diesbezüglich ausgesagt hat, das Rezept erhalten zu haben. Denn auch insoweit finden sich keinerlei Hinweise oder

Dokumentationen im Krankenblatt, die auf ein längeres therapeutisches Gespräch schließen lassen. Es kommt hinzu, dass der Angeklagte auch in zahlreichen weiteren Fällen diese Gebühreuziffer jeweils ohne den erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet hat. Die Kammer schließt mit Blick auf die Feststellungen zum Abrechnungsverhalten des Angeklagten in den weiteren Fällen sowie angesichts der Aussage der Zeugin K [REDACTED], die im Rahmen ihrer polizeilichen Vernehmung bekundet hat, auf Anweisung des Angeklagten Gebühreuziffern auch dann in das Krankenblatt eingetragen zu haben, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt nicht stattgefunden habe, insbesondere aus, dass bei dem [REDACTED] A [REDACTED] Gebühreuziffern ohne Wissen des Angeklagten eingetragen wurden. Die Kammer hat daher keine Zweifel daran, dass die beanstandeten Gebühreuziffern von dem Angeklagten jeweils bewusst zu Unrecht abgerechnet worden sind.

(46) [REDACTED] A [REDACTED]

Bezüglich der Gebührenabrechnungen bei dem Zeugen A [REDACTED] hat sich der Angeklagte nicht eingelassen.

Dass es sich bei den eingetragenen Gebühreuziffern ab dem 24.09.2000 um "Luftziffern" handelt, ergibt sich aus der glaubhaften Aussage des Zeugen A [REDACTED], der bekundet hat, ein oder zwei Mal bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein. Soweit im Krankenblatt fünf Eintragungen enthalten seien, könne er ausschließen, so oft bei dem Angeklagten gewesen zu sein. Im Jahr 2001 sei er in Saarbrücken gewesen, weil er ein Studienkolleg, das etwa ein Jahr gedauert habe, absolviert habe. Soweit am 24.09.2001 die Gebühreuziffern 10 und 18 abgerechnet worden sind, handelt es sich nach Überzeugung der Kammer um vorsätzliche Falschabrechnungen. Denn der Zeuge hat auf Vorhalt seiner polizeilichen Vernehmung bestätigt, mit dem Angeklagten zu keinem Zeitpunkt längere Gespräche geführt zu haben. Aus diesem Grunde und da im Krankenblatt am 24.09.2001 lediglich eine Überweisung zum Urologen und die Blutsenkungsgeschwindigkeit vermerkt sind, jedoch keine Eintragungen bezüglich

des Inhalts eines längeren therapeutischen Gesprächs, ist die Kammer davon überzeugt, dass es sich um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt. Gleiches gilt für die Eintragung am 04.10.2001 bezüglich der Gebührensnummern 10, 60 und 18, da auch hier keine Eintragungen bezüglich eines längeren Gesprächs oder einer eingehenderen Untersuchung dokumentiert sind. Bezüglich der Gebührennummer 60 fehlt es zudem an der von der Leistungslegende vorausgesetzten Dokumentation. Soweit als Diagnose eine depressive Entwicklung vermerkt ist, hat der Zeuge glaubhaft bekundet, noch nie in seinem Leben "depressiv" gewesen zu sein, so dass er sich die Eintragung nicht erklären könne. Dass es sich auch bei am 20.08.2002 eingetragenen Gebührennummer 10 um eine "Luftbehandlung" handelt, beruht ebenfalls auf der Aussage des Zeugen, der sich an die diagnostizierte "Bauchdeckenspannung" nicht erinnern konnte und darüber hinaus bekundet hat, lediglich bis März 2002 in Saarbrücken gewesen zu sein, so dass er eine Behandlung am 20.08.2002 ausschließen könne.

(47) [REDACTED] A [REDACTED]

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bezüglich des Zeugen A [REDACTED] bestritten und sich eingelassen, nach einer differenzialdiagnostischen Abklärung des polytoxikomanen Krankheitsbildes habe er seinerzeit dem Patienten gegenüber die Aufnahme in das Substitutionsprogramm verweigert. Für die diagnostische Abklärung habe er die Gebührennummer 850 in Ansatz gebracht, wobei er anmerken wolle, dass die Gebührennummern 10 bzw. 11, die er stattdessen ebenfalls hätte in Ansatz bringen können, höher bewertet gewesen wären.

Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage des Zeugen A [REDACTED], der im Sinne der Feststellung bekundet hat. Die Aussage des Zeugen wird zudem durch die Eintragung im Krankenblatt gestützt, das am 10.03.2003 neben den Gebührennummern 1 und 850 lediglich die Eintragung enthält: "Subutex abgelehnt – zur Gospodinov geschickt, Polytoxikomanie einschließlich Morphintyp (F 19.2, G)". Darüber hinaus fehlt es auch an

dem von der Leistungslegende geforderten Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge. Die Kammer ist daher der Überzeugung, dass der Angeklagte – wie in zahlreichen weiteren Fällen – die Gebührenziffer 850 lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat. Denn eine separate Abrechnung der Gebührenziffer 850 ohne eine weitergehende Behandlung, für die die Gebührenziffer 851 in Ansatz zu bringen gewesen wäre, erscheint auch mit Blick auf den Anlass des mit dem Zeugen geführten Gespräches, in dem es lediglich um die Frage ging, ob der Zeuge in das Substitutionsprogramm des Angeklagten aufgenommen werden kann, nicht plausibel.

(48) ■■■ A ■■■

Der Angeklagte hat sich eingelassen, es sei richtig, dass der Zeuge ■■■ A ■■■ zur Vorbereitung einer medizinisch-psychologischen Prüfung als Privatpatient in seiner Praxis behandelt worden sei. Allerdings sei mit dem Patienten vereinbart gewesen, dass die Leistungen, die aufgrund entsprechender Diagnosen gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse abrechnungsfähig gewesen seien auch dort abgerechnet werden sollten. Darüber hinausgehende nicht abrechnungsfähige Leistungen sollte der Patient selbst tragen.

Dass es sich hierbei um eine Schutzbehauptung handelt, ergibt sich jedoch aus der glaubhaften Aussage des Zeugen A ■■■, der eine solche Vereinbarung nicht bestätigt hat, sondern vielmehr bekundet hat, es sei von vorneherein klar gewesen, dass er alle Leistungen des Angeklagten als Privatpatient selbst bezahlen müsse. Diesbezüglich habe er von dem Angeklagten auch eine Gesamtrechnung in Höhe von ca. 1.500 DM erhalten. Gleichwohl habe er ein Mal seine Krankenversicherungskarte in der Praxis des Angeklagten abgegeben. Dass es sich sämtlich um Behandlungen im Zusammenhang mit der anstehenden medizinisch-psychologischen Prüfung des Zeugen gehandelt hat, ergibt sich zudem aus der ersten Eintragung im Krankenblatt am 13.08.2001, wo sich folgen-

de Eintragung findet: "Vorbereitung einer medizinisch-psychologischen Prüfung zur Fahreignungsfeststellung". Dass in der Folge keine darüber hinausgehenden vertragsärztlichen Leistungen erbracht worden sind, ergibt sich ebenfalls aus der Aussage des Zeugen A[REDACTED]. Auch die Feststellungen zum Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse, wonach der Angeklagte im Zusammenhang mit der Vorbereitung auf eine Medizinisch-Psychologische Untersuchung vertragsärztliche Leistungen bei Privatpatienten abgerechnet hat, spricht nach Überzeugung der Kammer dafür, dass es sich auch vorliegend nicht um ein bloßes Versehen des Angeklagten gehandelt hat. Es kommt hinzu, dass sich das Krankenblatt weitgehend als bloße "Leistungsziffernstatistik" liest, mithin neben den eingetragenen Gebühreuziffern keinerlei Anhaltspunkte für durchgeführte Behandlungen, insbesondere bezüglich der abgerechneten Gebühreuziffern 851 vorliegen. So enthält das Krankenblatt am 09.10., 16.10., 06.11., 29.11., 05.12., 07.12., 18.12., 23.12.2001, am 21.02., 22.03., 13.05., 25.09.2002 sowie am 18.03.2003 als Eintragungen lediglich Gebühreuziffern. Am 05.12.2001, 07.12.2001 sowie am 13.05.2001 befand sich der Angeklagte zudem auf einer externen Fortbildung, wie sich aus der von ihm selbst eingereichten Urkunde der "Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen" sowie aus der Bescheinigung über den Einführungslehrgang zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen in der Zeit vom 13.05.2002 bis 17.05.2002 in Mainz ergibt. Dass bezüglich des Zeugen A[REDACTED] an diesen Tagen dennoch Gebühreuziffern abgerechnet worden sind, bestätigt nach Überzeugung der Kammer ebenfalls, dass der Angeklagte auch bei diesem Zeugen wahllos Gebühreuziffern als vermeintliche "Kassenleistungen" bewusst zu Unrecht abgerechnet hat.

(49) [REDACTED] A[REDACTED]

Der Angeklagte hat sich bezüglich der Abrechnungen bei der Zeugin [REDACTED] A[REDACTED] eingelassen, er könne sich an die Patientin nicht mehr erin-

nern, da die Vorgänge aus dem Jahre 2003 stammten. Er könne aber nicht ausschließen, dass die Patientin nicht von ihm, sondern von seinem Bruder behandelt worden sei. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage der Zeugin, die im Sinne der Feststellungen bekundet hat. Die Zeugin hat insbesondere glaubhaft bekundet, zu dem Angeklagten keinen Kontakt gehabt und diesen in der Verhandlung zum ersten Mal gesehen zu haben. Die Aussage der Zeugin wird zudem durch die Eintragungen im Krankenblatt vom 17.06.2003 bestätigt, in dem die Rezeptausstellung über das Medikament "Vioxx" sowie der Eintrag "kommt von K [REDACTED]" vorhanden ist. Bei der eingetragenen Gebührenziffer 1 handelt es sich daher um eine bewusste Falscheintragung. Die Zeugin hat darüber hinaus ausgeschlossen, am 21.08.2003 bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein. Soweit im Krankenblatt die Verordnung von Massagen und Heißluft (jeweils 8-mal) eingetragen ist, hat die Zeugin glaubhaft ausgesagt, zu diesem Zeitpunkt keine Massagen verschrieben bekommen zu haben und schon gar nicht von dem Angeklagten. Sie sei nur ein Mal in der Praxis gewesen, um ihr Medikament "Vioxx" abzuholen. Dabei sei auch ihre Krankenversicherungskarte eingelesen worden. Dass es sich bei den am 21.08.2003 eingetragenen Gebührenziffern um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt, steht zur Überzeugung der Kammer auch deswegen fest, weil sich im Krankenblatt am 30.06.2003 eine Eintragung "Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus" findet, die Zeugin jedoch ausgesagt hat, solche Beschwerden zu keinem Zeitpunkt gehabt zu haben und zu diesem Zeitpunkt auch am Gardasee in Urlaub gewesen zu sein.

(50) [REDACTED] A [REDACTED]

Der Angeklagte hat sich eingelassen, die Zeugin als Patientin nicht wiedererkannt zu haben, zumal es sich um einen Vorfall aus dem Jahre 2001 handele. Darüber hinaus könne er aufgrund des Zeitablaufes und der Viel-



zahl der Patienten keine weitergehende Erklärung abgeben. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage der Zeugin A■■■■, die im Sinne der Feststellungen bekundet hat. Die Zeugin, die von Beruf Arzthelferin ist, hat insbesondere bekundet, vor allem deswegen zu dem Angeklagten gegangen zu sein, um eine Hepatitiserkrankung auszuschließen. Bei der Blutabnahme habe sie lediglich eine Arzthelferin gesehen, den Angeklagten jedoch nicht. Bei der Besprechung der Ergebnisse sei sie demgegenüber im Sprechzimmer des Angeklagten gewesen und habe noch Eisentabletten mitbekommen. Anschließend sei sie jedoch nicht mehr in der Praxis gewesen und habe auch ansonsten keinerlei Kontakt mehr zu dem Angeklagten gehabt. Sie habe den Angeklagten auch nur deswegen aufgesucht, weil sie nicht zu einem normalen Hausarzt habe gehen wollen. Die Aussage der Zeugin, die spontan und ohne Belastungstendenz bekundet hat, wird durch die Eintragung im Krankenblatt bestätigt, in dem sich am 01.03.2001 der Eintrag findet: "möchte gerne BE (Beratung wegen Hepatitis)" und am 02.03.2001 Gebührencyffern bezüglich einer Blutabnahme dokumentiert sind. Ab dem 13.03.2001 finden sich allein die Diagnose "Eisenmangelanämie" bzw. "in 4 bis 6 Wochen Hepatitis-C-Kontrolle" als Eintragungen, ansonsten jedoch lediglich Gebührencyffern. Angesichts der Aussage der Zeugin und der fehlenden Dokumentation bezüglich der vermeintlich erfolgten therapeutischen Gespräche ist die Kammer der Überzeugung, dass es sich bei den ab dem 13.03.2001 abgerechneten Gebührencyffern um bloße "Luftziffern" handelt. Es kommt hinzu, dass es auch nicht plausibel erscheint, warum ohne eine nochmalige Blutuntersuchung oder eine Medikation die Diagnose "Eisenmangelanämie" über den Zeitraum von mehr als einem Jahr fortgeschrieben worden ist.

(51) Dr. ■■■■ A■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des Zeugen Dr. ■■■■ A■■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen in

dem Krankenblatt des Patienten trafen in vollem Umfang zu. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage des Zeugen Dr. A, der ohne Belastungstendenz bekundet und insbesondere ausgesagt hat, dass der Angeklagte, soweit er von diesem behandelt worden sei, ihn jeweils in seiner Apotheke aufgesucht habe. Dabei sei jedoch zu keinem Zeitpunkt eine Ganzkörperuntersuchung durchgeführt worden. Womöglich sei er mal abgehört worden. Darüber hinaus habe es jedoch keine größeren Untersuchungen, insbesondere keine Testung von Reflexen oder eine Untersuchung "von oben bis unten" gegeben. Die Aussage des Zeugen wird durch die Eintragungen im Krankenblatt des Zeugen bestätigt, das bezüglich der abgerechneten Gebührenziffer 60 keinerlei Dokumentation über die erhobenen Befunde enthält. Bezüglich der vorsätzlichen Falschabrechnung der Gebührenziffer 60 am 15.07.2000 kommt hinzu, dass sich an diesem Tag lediglich Gebührenziffern als Eintrag im Krankenblatt des Zeugen finden. Auch aus diesem Grunde ist die Kammer der Überzeugung, dass die an diesem Tage abgerechnete Gebührenziffer 10 ebenfalls eine "Luftziffer" darstellt. Insoweit fügen sich die Falschabrechnungen auch in die Feststellungen bezüglich der übrigen vorsätzlichen Falschabrechnungen ein, in denen der Angeklagte insbesondere die Gebührenziffer 60, aber auch die Gebührenziffer 10, in zahlreichen Fällen zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung Saarland wahllos in Ansatz gebracht hat.

(52) A

Der Angeklagte hat sich bezüglich des Zeugen A eingelassen, der Zeuge sei ihm als Patient bekannt und er gehe davon aus, dass die überwiegenden Einträge im Krankenblatt richtig seien. Soweit am 30.07.2004 die Gebührenziffer 1 in Ansatz gebracht worden sei, sich aus dem Krankenblatt jedoch der Eintrag ergebe "Karte nur eingelesen", könne er dies nur so deuten, dass die Praxisangestellte hier durch Eintragung der

Gebührenziffer 1 eine Leistung in Ansatz gebracht hat, die so nicht entstanden sei, wofür er die Verantwortung übernehme.

Dass der Angeklagte jedoch an den im Einzelnen festgestellten Daten vorsätzliche Falschabrechnungen vorgenommen hat, beruht zunächst auf der glaubhaften Aussage des Zeugen A [REDACTED], der im Sinne der Feststellungen bekundet hat. Der Zeuge hat insbesondere auf Vorhalt seiner polizeilichen Vernehmung bestätigt, dass er weder am 13.04. noch am 30.10.2001 von dem Angeklagten behandelt oder sonst wie mit dem Angeklagten Kontakt gehabt habe. Die Aussage wird auch durch die Eintragungen im Krankenblatt bestätigt, das an diesen Tagen lediglich Gebührenziffern ausweist und bzw. 30.10.2001 die Diagnose "Depressive Episode nicht näher bezeichnet", ohne dass sich der Inhalt der mit dem Zeugen geführten ärztlichen Gespräche aus dem Krankenblatt ergibt. Dass es sich am 14.05.2004 sowie am 30.07.2004 um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt, ergibt sich ebenfalls unmittelbar aus den Eintragungen im Krankenblatt, in dem am 14.05.2004 neben der Gebührenziffer eingetragen ist: "hat angerufen und wollte wissen, ob Schreiben schon unterwegs ist, ak" (Anmerkung der Kammer: "ak" = [REDACTED] K [REDACTED], ein Praxismitarbeiter des Angeklagten). Am 30.07.2004 findet sich neben der Gebührenziffer lediglich der Eintrag "Karte nur eingesehen al" (Anmerkung der Kammer "al" = [REDACTED] L [REDACTED], eine Praxismitarbeiterin des Angeklagten). Die Kammer schließt angesichts der im Übrigen getroffenen Feststellungen aus, dass die Gebührenziffern von den Praxismitarbeitern des Angeklagten selbständig und ohne Weisung des Angeklagten eingetragen worden sind. Bezüglich der Ausstellung des Gefälligkeitsattestes und der diesbezüglichen Vorsprache des Zeugen A [REDACTED] am 20.04.2004 wird die Aussage des Zeugen ebenfalls durch die Eintragung im Krankenblatt bestätigt, wo sich an diesem Tag folgende Eintragung findet: "muss weg fliegen vom 14. bis 28.06., hat jetzt schon der Rücktrittsversicherung mitgeteilt, dass er nicht kann, ruft beim Chef an wegen einer Flugrückbuchung". Dass der Kontakt zu dem Angeklagten an diesem Tag daher nicht zur Abrechnung von vertragsärztlichen Gebührenziffern berechtigte, ergibt sich somit bereits aus dem Krankenblatt. Es kommt hinzu, dass bezüglich

der abgerechneten Gebührenziffer 850 auch jedwede Dokumentation der von der Leistungslegende geforderten ätiologischen Zusammenhänge fehlt und angesichts des Hintergrund des ausgestellten "Gefälligkeitsattestes" ein psychosomatisches Krankheitsbild auch ausgeschlossen werden kann.

(53) ■■■■■ A ■■■■■

Der Angeklagte hat sich bezüglich der Abrechnungen bei der Zeugin A ■■■■■ eingelassen, ihm sei die Zeugin als Patientin bekannt. Sie sei Alkoholikerin gewesen und eine sehr schwierige Patientin. Zudem sei sie – was die Einhaltung von Terminen anbelange – völlig unzuverlässig und darüber hinaus äußerst depressiv veranlagt gewesen. Die von ihm im Krankenblatt gemachten Einträge seien jedoch zutreffend. Bezüglich der am 25.02.2004 abgerechneten Gebührenziffern hätten die entsprechenden Gespräche in entsprechender Länge auch stattgefunden. Einer weiteren Dokumentation seinerseits habe es seines Erachtens nicht bedurft. Am 18.06.2004 seien demgegenüber offensichtlich Gebühren fehlerhaft abgerechnet worden, da lediglich ein Telefonat mit einer Büroangestellten stattgefunden habe. Der Eintrag sei ihm jedoch nicht aufgefallen und er übernehme hierfür die volle Verantwortung. Dass es sich jedoch jeweils um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt und die Einlassung des Angeklagten als Schutzbehauptung zu werten ist, ergibt sich zum einen aus der Aussage der Zeugin ■■■■■ A ■■■■■ sowie zum anderen auch aus den Eintragungen im Krankenblatt sowie dem festgestellten Abrechnungsverhalten des Angeklagten in den übrigen Fällen. Die Zeugin A ■■■■■ hat glaubhaft ausgesagt, dass sie allenfalls 2 Mal bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen sei. Die im Krankenblatt vermerkten 10 Behandlungstage hat die Zeugin vehement bestritten. Die Aussage der Zeugin wird auch insoweit bestätigt, als sie ausgesagt hat, erstmals kurz nach ihrem 50. Geburtstag (die Zeugin ist am ■■■■■ 1953 geboren) in der Praxis des Angeklagten gewesen zu sein. Dies korrespondiert mit der Ersteintragung am 22.12.2003, aus der sich auch

ergibt, dass die Zeugin, wie von ihr bestätigt, nach einem Aufenthalt in der [REDACTED] klinik in Saarbrücken wegen einer Alkoholkrankheit behandelt worden ist. Dass sich die Zeugin lediglich 2 Mal bei dem Angeklagten in Behandlung befunden hat, hat die Zeugin darüber hinaus plausibel damit begründen können, dass der Angeklagte nicht ihr Hausarzt gewesen sei. Dies sei vielmehr Herr Dr. S. [REDACTED] in F. [REDACTED] gewesen, mit dem sie auch im Übrigen wegen ihrer Alkoholkrankheit Gespräche geführt hatte. Bereits aus diesem Grunde erscheinen die am 12.01. und 13.02.2004 abgerechneten Gebührenziffern 850 und 851 nach Überzeugung der Kammer als vorsätzliche Falschabrechnungen, zumal an diesen Tagen lediglich Gebührenziffern eingetragen sind, ohne dass eine Behandlung bezüglich einer psychosomatischen Erkrankung dokumentiert worden wäre. Gleiches gilt für die am 25.02.2004 abgerechneten Gebührenziffern 17 und 18, da auch an diesem Tag lediglich Gebührenziffern eingetragen sind. Dass die am 18.06.2004 abgerechneten Gebührenziffern 1 und 11, wie von dem Angeklagten eingeräumt, zu Unrecht abgerechnet worden sind, ergibt sich ebenfalls aus der Eintragung im Krankenblatt, wo es diesbezüglich heißt: "hat mir eine halbe Stunde am Telefon ihre Sorgen geschildert, will nächstes Mal vorbei kommen, kann aber leider zur Zeit nicht, da sie nicht richtig laufen kann, sk" (Anmerkung der Kammer: "sk" = [REDACTED] K. [REDACTED], eine Praxismitarbeiterin des Angeklagten). Die Kammer schließt in diesem Zusammenhang aus, dass die am 18.06.2004 in Ansatz gebrachten Gebührenziffern von der Zeugin K. [REDACTED] selbständig und ohne Weisung des Angeklagten eingetragen worden sind. Sofern der Angeklagte die Ziffern nicht selbst nachgetragen hat, ist die Kammer davon überzeugt, dass die Eintragungen jedenfalls auf seine Veranlassung erfolgt sind, zumal die Zeugin K. [REDACTED] in ihrer polizeilichen Vernehmung bereits ausgesagt hatte, Gebührenziffern auf Weisung des Angeklagten auch dann eingetragen werden, wenn der Patient den Arzt nicht gesehen habe.

(54) ■■■■■ A■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des Zeugen ■■■■■ A■■■■■ bestritten und sich eingelassen, am 20.05.2003 habe bei dem Zeugen eine differenzialdiagnostische Abklärung seiner Fingerkontraktur stattgefunden. Anlass sei gewesen, dass ein Finger der Hand des Patienten steif gewesen sei. Die Folgeeintragungen beträfen lediglich kurze ärztliche Kontakte mit dem Zeugen anlässlich von Vorsprachen von dessen Sohn, im Rahmen derer dann auch über den Gesundheitszustand des Zeugen ■■■■■ A■■■■■ gesprochen worden sei, da die damalige Situation seines Sohnes auch den Zeugen ■■■■■ A■■■■■ stark belastet habe. Dass es sich bei dieser Einlassung des Angeklagten jedoch um eine Schutzbehauptung handelt, ergibt sich bereits aus der glaubhaften Aussage des Zeugen ■■■■■ A■■■■■, der spontan und ohne Belastungstendenz im Sinne der Feststellungen bekundet hat. Es kommt hinzu, dass auch das Krankenblatt des Zeugen weitgehend lediglich Gebühreuziffern ausweist, ohne dass der Inhalt einer Behandlung aus dem Krankenblatt ersichtlich ist. Darüber hinaus erscheint die Einlassung des Angeklagten bezüglich der am 20.05.2003 abgerechneten Gebühreuziffer 850 bereits für sich gesehen unglaublich, da im Falle einer Fingerkontraktur eine psychosomatische Krankheitsursache fern liegt. Darüber hinaus hat der Zeuge ■■■■■ A■■■■■ glaubhaft bekundet, dass er eine solche Fingerkontraktur bereits seit seiner Bundeswehrzeit habe und er dies möglicherweise beiläufig gegenüber dem Angeklagten erwähnt haben könnte. Auch aus der Eintragung am 06.02.2004: "Heute langes Ehegespräch mit seiner Frau" ergibt sich kein Hinweis auf eine tatsächliche Behandlung des Zeugen, die dieser zudem glaubhaft verneint hat. Die Kammer hat daher keinen Zweifel daran, dass sich der Angeklagte die Krankenversicherungskarte des Zeugen A■■■■■ mit der von dem Zeugen geschilderten "fadenscheinigen" Begründung lediglich zum Zwecke vorsätzlicher Falschabrechnungen gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung Saarland verschafft hat.

(55) A

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich der Zeugin A bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien vollumfänglich zutreffend. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der Aussage der Zeugin A sowie den Eintragungen im Krankenblatt der Zeugin. Die Zeugin A hat bestätigt, in den Jahren 2003 und 2004 bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein, da es ihr in dieser Zeit nicht gut gegangen und sie nicht in der Lage gewesen sei zu arbeiten. Zu dem Angeklagten sei sie gekommen, da ihr Hausarzt damals in Urlaub gewesen sei. Irgendwann habe der Angeklagte sie jedoch an einen Facharzt für Psychiatrie überwiesen, da er ihr gesagt habe, nun werde es für ihn zu schwierig. Diese Aussage der Zeugin steht mit der Ersteintragung im Krankenblatt am 22.09.2003 "ihr Hausarzt ist in Urlaub" sowie mit der am 30.09.2004 aufgeführten Überweisung an einen Psychiater im Einklang. Die Kammer hat daher bezüglich der am 22.09.2003 abgerechneten Gebührenziffer 850 eine differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände in der Sache zugunsten des Angeklagten nicht ausgeschlossen, die Abrechnung jedoch beanstandet, da die von der Leistungslegende, die dem Angeklagten hinreichend bekannt war, geforderte Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge nicht erfolgt ist. Dass es sich im Übrigen bei den Gebührenziffern 850 und 851, die der Angeklagte abgerechnet hat, jeweils um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt, ergibt sich zum einen aus der Aussage der Zeugin, die auch auf mehrfache Nachfrage nicht in der Lage war darzulegen, welcher Art die Gespräche mit dem Angeklagten gewesen sind. Auch die Abrechnungsstruktur spricht für vorsätzliche Falschabrechnungen, zumal es unplausibel erscheint, die Gebührenziffer 850 am 28.05.2004 abzurechnen, nachdem bereits zuvor zwei Mal die Gebührenziffer 851 in Ansatz gebracht worden ist. Denn die Klärung psychosomatischer Krankheitszustände geht einer verbalen Intervention systematisch voraus, wie auch der Prüfarzt der kassenärztlichen Vereinigung Saarland, der Zeuge B, plausibel dargelegt hat. Es kommt hinzu, dass

am 21.11.2003, 07.06.2004 lediglich Gebührensiffern eingetragen sind, ohne dass sich eine Behandlungsstruktur oder der Inhalt längerer therapeutischer Gespräche erkennen ließe. An den übrigen Tagen sind zusätzlich lediglich Arbeitsunfähigkeitsfolgebesccheinigungen eingetragen, ohne dass aber eine Dokumentation der erfolgten verbalen Intervention dokumentiert ist. Die Kammer ist auch deswegen davon überzeugt, dass die in Ansatz gebrachten Gebührensiffern 851, denen nach dem EBM 450 Punkte zugewiesen sind, auch aufgrund ihrer Höherwertigkeit gegenüber der von dem Angeklagten beispielsweise am 25.09.2003 abgerechneten – und nicht beanstandeten – Gebührensiffer 11 (Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit durch hausärztliches Gespräch, Dauer mindestens 10 Minuten), die lediglich mit 300 Punkten bewertet ist, erfolgt ist. Dass der Angeklagte die Gebührensiffern wahllos zum Zwecke der Falschabrechnung eingetragen hat, ergibt sich überdies aus der Eintragung am 25.03.2004, wo zusätzlich zur Gebührensiffer 850 auch die Ordinationsgebühr (Gebührensiffer 1) abgerechnet worden ist, obwohl sich aus dem Eintrag an diesem Tag ergibt, dass die Zeugin nicht in der Praxis des Angeklagten gewesen ist. Der entsprechende Eintrag im Krankenblatt lautet dabei wie folgt: "Will ein Attest, das so weitgehend ist, dass ich Chef anrufen muss. Kommt morgen deshalb wieder. Psychisch angespannt, aber gut schwingungsfähig, sicher nicht suizidgefährdet, wie sie es haben will". Die Kammer schließt in diesem Zusammenhang aufgrund des festgestellten (betrügerischen) Abrechnungsverhaltens des Angeklagten in zahlreichen weiteren Fällen auch aus, dass die Gebührensiffern 1 und 850 ohne Anweisung des Angeklagten eingetragen worden sind.

(56) ■■■■■ A ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei der Zeugin ■■■■■ ■■■■■ A ■■■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt der ihm persönlich bekannten Zeugin seien zutreffend. Dass es sich



jedoch um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt, ergibt sich zum einen aus der glaubhaften Aussage der Zeugin [REDACTED] A [REDACTED] sowie aus den entsprechenden Eintragungen im Krankenblatt. Die Zeugin A [REDACTED] hat glaubhaft bekundet, bei dem Angeklagten wegen einer Erkältung in Behandlung gewesen zu sein. Diesbezüglich sei sie auch ein paar Mal in der Praxis des Angeklagten gewesen. Die Aussage wird dabei auch durch die Ersteintragung im Krankenblatt der Zeugin am 18.06.2002 bestätigt, wo unter anderem eine "Bronchitis" und "Sommergrippe" diagnostiziert worden sind. Soweit der Angeklagte jedoch in drei Fällen die Gebührenziffer 850 und in weiteren drei Fällen die Gebührenziffer 1 abgerechnet hat, ist die Kammer davon überzeugt, dass es sich um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt. Denn die Zeugin, die sich nicht wegen einer psychischen Erkrankung in der Behandlung des Angeklagten begeben hatte, hat bekundet, im Jahr 2003 nach Neunkirchen umgezogen zu sein und ab diesem Zeitpunkt nicht mehr bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein. Auch die Eintragungen im Krankenblatt, das am 11.12.2002, 22.01.2003 sowie am 08.04.2003 lediglich Gebührenziffern enthält, ohne dass eine Behandlung oder ein Befund dokumentiert worden ist, spricht für eine vorsätzliche Falschabrechnung. Es kommt hinzu, dass der Angeklagte gerade die Gebührenziffern 850 in zahlreichen weiteren Fällen lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat. Es fehlt vorliegend zudem an Anhaltspunkten dafür, dass innerhalb eines Zeitraumes von etwa einem Vierteljahr drei Mal in Folge eine Klärung psychosomatischer Krankheitszustände erforderlich gewesen sein könnte. Bezüglich der am 25.07.2003 in Ansatz gebrachten Gebührenziffer 1 fehlt es auch an einer Dokumentation einer Behandlung. Vielmehr weist das Krankenblatt lediglich die Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege nicht näher bezeichnet (J 06.9)" aus, die der Angeklagte in zahlreichen weiteren Fällen (vgl. etwa die Falschabrechnungen bezüglich der Zeugen A [REDACTED]) nach Art eines Textbausteines bei vorsätzlichen Falschabrechnungen verwendet hat.

(57) ■■■■■ A■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen auch bezüglich des Zeugen ■■■■■ A■■■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend. Dass es sich um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt, steht jedoch aufgrund der Aussage des Zeugen ■■■■■ A■■■■■ fest, der zwar bestätigt hat, bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein, jedoch ausgeschlossen hat, wegen psychischer Probleme von dem Angeklagten behandelt worden zu sein. Es kommt hinzu, dass es bereits unplausibel erscheint, wieso in einem Zeitraum von etwa einem Vierteljahr drei Mal eine Klärung psychosomatischer Krankheitszustände erfolgen sollte. Darüber hinaus weist auch das Krankenblatt am 08.04.2003 lediglich Gebührenziffern aus, ohne dass eine Behandlung dokumentiert wäre; am 11.12.2002 und 22.01.2003 findet sich lediglich die Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet (J 06.9)", die der Angeklagte in zahlreichen weiteren Fällen vorsätzlicher Falschabrechnung nach Art eines Textbausteines verwendet hat. Des Weiteren ist nicht ersichtlich, inwieweit bei einer solchen Diagnose eine psychosomatische Krankheitsursache, für die es zudem keine Anhaltspunkte im Krankenblatt gibt, verantwortlich sein sollte. Die Kammer hat daher keine Zweifel, dass es sich bei den abgerechneten Gebührenziffern 850 jeweils um bewusste Falschabrechnungen gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung Saarland handelt.

(58) ■■■■■ A■■■■■

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bezüglich des Zeugen A■■■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien vollkommen zutreffend und er habe die Gebührenziffer 10 nur dann eingetragen, wenn sie auch entstanden sei. Er habe sich insbesondere 10 bis 15 Minuten mit dem Zeugen unterhalten. Dass es sich hierbei um eine Schutzbehauptung handelt, steht aufgrund der glaubhaf-

ten Aussage des Zeugen A■■ fest, der ohne Belastungstendenz im Sinne der Feststellungen bekundet hat. Die Aussage des Zeugen A■■ steht überdies im Einklang mit der Eintragung im Krankenblatt, wo ebenfalls vermerkt ist, dass sich der Hausarzt "B■■" in Urlaub befinde und eine Bescheinigung ausgestellt worden sei. Die Kammer sieht im Übrigen keinen Anlass, an der Aussage des Zeugen zu zweifeln, da sie zudem mit dem (betrügerischen) Abrechnungsverhalten des Angeklagten in zahlreichen weiteren Fällen in Einklang steht.

(59) ■■■ A■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des Zeugen ■■■ A■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage des Zeugen A■■, der bekundet hat, nach einer Entgiftung die Praxis des Angeklagten aufgesucht zu haben und etwa vier oder fünf, höchstens sechs Mal in der Praxis gewesen zu sein. Er habe dabei jeweils eine Einweisung für eine Drogenentgiftung benötigt. Körperlich untersucht worden sei er dabei jedoch nicht. Auch sei er nicht im "Substitutionsprogramm" des Angeklagten gewesen. Des öfteren habe er auch Krankenscheine für die Schule gebraucht. Sofern Gespräche stattgefunden hätten, seien diese unterschiedlich lang gewesen. Telefonische Kontakte zu dem Angeklagten habe es nie gegeben. In die Praxis des Angeklagten sei er gegangen, da bekannt gewesen sei, dass man bei dem Angeklagten leicht "Krankenscheine bekomme". Dies habe sich rumgesprochen. Mit Blick auf die Aussage des Zeugen ist die Kammer der Überzeugung, dass die abgerechneten Ziffern 850 (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 851 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) von dem Angeklagten vorsätzlich falsch abgerechnet worden sind. Es kommt hinzu, dass auch die Abrechnungsreihenfolge der Gebührenziffern 850 und 851 eine strukturierte Behandlung nicht erkennen lässt. So ist es insbesondere un-

plausibel, die Gebührenziffern jeweils abwechselnd in Ansatz zu bringen, obwohl die Gebührenziffer 850 als Abklärung des Krankheitszustandes systematisch am Anfang einer Behandlung stehen müsste. Darüber hinaus ergibt sich aus dem Krankenblatt auch keinerlei Dokumentation hinsichtlich eines psychosomatischen Krankheitsbildes und am 28.01.2003 sowie am 04.07.2003 sind im Krankenblatt lediglich Gebührenziffern eingetragen. Dies belegt nach Überzeugung der Kammer, dass es sich insoweit um "Luftbehandlungen" handelt. Gleiches gilt für die übrigen Eintragungen, auch soweit dort eine "Krankenhauspflege" verordnet worden ist. Auch am 20.11.2002 finden sich lediglich Gebührenziffern ohne Dokumentation einer Behandlung oder eines Befundes. Der Zeuge hat zudem ausgeschlossen, mit dem Angeklagten ein Gespräch von über einer halben Stunde geführt zu haben, so dass die Kammer keine Zweifel hat, dass auch die am 20.11.2002 in Ansatz gebrachte Gebührenziffer 18 bewusst zu Unrecht abgerechnet worden ist. Lediglich am 06.05.2003 ist die Kammer zugunsten des Angeklagten davon ausgegangen, dass eine Ganzkörperuntersuchung in der Sache stattgefunden hat, auch wenn der Zeuge sich hieran nicht mehr zu erinnern vermochte. Da es diesbezüglich jedoch an der von der Leistungslegende des EBM geforderten Dokumentation fehlt und dem Angeklagten die Dokumentationspflicht bekannt war, ist auch diese Leistungsziffer durch den Angeklagten bewusst zu Unrecht abgerechnet worden.

(60) ■■■■■ A■■■■■

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung der Gebührenziffer 60 bei der Zeugin A■■■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend. Da sich die Zeugin zwar noch an den Anlass ihrer Behandlung, jedoch nicht mehr an die durchgeführten Untersuchungen erinnern konnte, ist die Kammer zugunsten des Angeklagten davon ausgegangen, dass eine Ganzkörperuntersuchung tatsächlich stattgefunden hat. Da es jedoch an der von der Leistungslegende ge-

forderten und dem Angeklagten bekannten Befunddokumentation fehlt, wie sich aus dem Krankenblatt der Zeugin ergibt, und die Kammer zudem davon überzeugt ist, dass der Angeklagte auch hier – wie in zahlreichen anderen Fällen vorsätzlicher Falschabrechnung der Gebührenziffer 60 – die Unvollständigkeit der Leistungserbringung erkannt hat, hat die Kammer keine Zweifel daran, dass der Angeklagte auch bei der Zeugin A■■■ die Gebührenziffer 60 bewusst zu Unrecht gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung Saarland abgerechnet hat.

(61) ■■■ A■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich der Zeugin A■■■ bestritten. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage der Zeugin, die im Sinne der Feststellungen bekundet hat, dass sie lediglich ein Mal wegen einer Erkältung von dem Angeklagten behandelt worden sei und darüber hinaus zumindest nicht ausschließen könne, dass sie auch wegen einer Wunde an der Stirn in Behandlung gewesen sei. Möglicherweise habe sie auch ein Mal Korrektureinlagen erhalten. Im Übrigen sei sie jedoch lediglich als Begleitperson für ihren früheren Ehemann in der Praxis des Angeklagten gewesen, der Asthmatiker gewesen sei und jeweils sein "Spray" benötigt habe. Teilweise sei sie auch im Behandlungszimmer dabei gewesen, ohne dass sie jedoch selbst behandelt worden sei, da es jeweils lediglich um ihren Mann gegangen sei. Soweit der Angeklagte am 29.12.2000 die Gebührenziffern 2 und 10 abgerechnet hat, hat die Zeugin ausgesagt, dass die in diesem Zusammenhang diagnostizierte Handgelenksfraktur von dem Angeklagten nicht behandelt worden sei, sondern bereits aus ihrer Schulzeit stamme. Soweit die Gebührenziffer 1 am 06.04.2001 abgerechnet worden ist, ist die Kammer ebenfalls davon überzeugt, dass es sich insoweit um eine "Luftbehandlung" handelt. Zwar findet sich am 02.03.2001 die Verordnung von Korrektureinlagen im Krankenblatt, die die Zeugin nicht ausgeschlossen hat. Am 06.04.2001 findet sich jedoch lediglich die Gebührenziffer 1 und als Dau-

erdiagnose eine "Sonstige angeborene Valgusdeformitäten der Füße" und ein "Epilepsie-Symptom". Die Zeugin hat jedoch glaubhaft ausgeschlossen, dass sie bezüglich der Korrekturereinlagen im Anschluss nochmals mit dem Angeklagten gesprochen habe. Auch der eingetragene Befund einer Epilepsie wurde von der Zeugin bestritten. Dass es sich am 19.04.2001, 22.03.2002, 12.04.2002, 19.04.2002, 05.08.2002, 06.09.2002, 04.10.2002 sowie am 25.10.2002 lediglich um "Luftbehandlungen" handelt, ergibt sich neben der Aussage der Zeugin A [REDACTED] insbesondere daraus, dass an diesen Tagen lediglich Gebührensiffern eingetragen sind, ohne dass eine Behandlung oder ein Befund dokumentiert worden ist. Gleiches gilt, soweit am 29.04.2002 die Gebührensiffer 801 abgerechnet worden ist. Insoweit fehlt es bereits an der nach der Leistungslegende erforderlichen Dokumentation. Zudem finden sich keinerlei Eintragungen, die auf eine klinisch-neurologische Basisdiagnostik des vollständigen neurologischen Status hindeuten. Die Zeugin hat zudem ausgeschlossen, wegen psychischer Probleme von dem Angeklagten behandelt worden zu sein und dies plausibel damit begründet, dass sie bei psychischen Problemen "zum Psychologen" gehe. Die Abrechnungen zwischen dem 15.05.2001 und dem 17.08.2001, bei denen größtenteils auch die Gebührensiffer 851 mitabgerechnet worden ist, stellen infolgedessen ebenfalls "Luftbehandlungen" dar. Hierfür sprechen auch die Eintragungen im Krankenblatt, die jeweils sprachlich identisch sind und offenkundig lediglich nach Art eines fortlaufenden Textbausteins zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung verwendet worden sind. Insoweit heißt es im Krankenblatt durchgehend "letzte Periode 27.03.2001, Entbindung 01.01.2002, letzter Arbeitstag 19.11.2001". Soweit am 13.07.2001 eine Schwangerschaftsdepression vermerkt ist, hat die Zeugin auch dies ausgeschlossen, wobei sie bestätigt hat, dass sie seinerzeit schwanger gewesen sei und auch Beschwerden gehabt habe, diesbezüglich aber nicht von dem Angeklagten behandelt worden sei. Insoweit stimme zwar der Eintrag am 15.05.2001, soweit Schwangerschaftsbeschwerden aufgeführt worden seien. Wegen dieser Beschwerden sei sie aber nicht von dem Angeklagten behandelt worden. Die am 15.05.2001 aufgeführten Eisentabletten habe sie auch nicht be-

kommen. Auch dies spricht nach Überzeugung der Kammer dafür, dass es sich um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt. Auch am 29.01.2001 und am 22.03.2002 finden sich lediglich die Abrechnung der Gebührenziffer 2, ohne dass eine Behandlung oder eine Befunddokumentation ersichtlich ist, so dass die Kammer auch insoweit keine Zweifel hat, dass es sich um eine bloße "Luftbehandlung" handelt. Bezüglich der abgerechneten Gebührenziffern 850 und 851 kommt schließlich hinzu, dass auch die Reihenfolge der Abrechnungen für eine vorsätzliche Falschabrechnung spricht. So wurde, ohne dass eine differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände durchgeführt worden ist, unmittelbar die Gebührenziffer 851 abgerechnet. Am 19.04.2002 findet sich demgegenüber – wieder ohne Dokumentation einer Krankheitsabklärung – die Gebührenziffer 850 und in der Folge am 02.05.2002 erneut die Gebührenziffer 851. Dieses aleatorische Abrechnungsbild bestätigt nach Überzeugung der Kammer, dass der Angeklagte – wie in zahlreichen weiteren Fällen auch – auch vorliegend die Gebührenziffern 850 und 851 wahllos zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in die Krankenblätter eingetragen hat.

Auch die am 18.09.2001 und 04.01.2002 abgerechneten Gebührenziffer 60 (Ganzkörperstatus) stellen mit Blick auf die glaubhafte Aussage der Zeugin, die eine solche Untersuchung bestritten hat, vorsätzliche Falschabrechnungen dar. Dabei ist die Kammer davon überzeugt, dass der am 04.01.2002 im Krankenblatt aufgeführte Befund "Nieren vergrößert", der zudem die Anforderungen der Leistungslegende nicht erfüllt, lediglich als Scheinbefund und zur Verschleierung der vorgenommenen Falschabrechnungen von dem Angeklagten vorgenommen worden ist, zumal die fehlende weitergehende Dokumentation – wie in zahlreichen weiteren Fällen, in denen der Angeklagte diese Gebührenziffer abgerechnet hat – ebenfalls für eine bewusste Falschabrechnung spricht.

(62) ■■■■■ M ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei dem Zeugen ■■■■■ M ■■■■■ (früher A ■■■■■) bestritten. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage des Zeugen M ■■■■■, der bekundet hat, insbesondere wegen seiner asthmatischen Erkrankung bei dem Angeklagten, der in der Folge auch sein Hausarzt geworden sei, in Behandlung gewesen zu sein. Diesbezüglich habe er das Präparat "Aarane" verschrieben bekommen. Der Zeuge hat jedoch glaubhaft bekundet, dass er die Rezepte für dieses Arzneimittel in der Folge in der Arztpraxis lediglich an der Anmeldung von einer Arzthelferin erhalten habe, ohne den Angeklagten gesehen oder mit diesem gesprochen zu haben. Soweit der Angeklagte daher im Zusammenhang mit der Rezeptausstellung weitere Gebührenziffern, die einen ärztlichen Kontakt voraussetzen, abgerechnet hat, handelt es sich daher um vorsätzliche Falschabrechnungen. Dies betrifft insbesondere die Abrechnung von Gebührenziffern am 28.12.2000, 18.01.2001, 15.03.2001, 06.04.2001, 03.01.2002, 25.02.2002, 04.06.2002, 07.01.2003, 28.03.2003, 23.12.2003, 30.09.2004, 11.11.2004. Dass der Angeklagte auch bei dem Zeugen M ■■■■■ wahllos die Gebührenziffern 850 und 851 abgerechnet hat, ergibt sich ebenfalls aus der Aussage des Zeugen M ■■■■■, der glaubhaft bekundet hat, wegen psychischer Probleme nicht bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen zu sein. Dies hat er auch auf Nachfrage der Verteidigung bestätigt und insbesondere ausgeführt, weder wegen "Stress" noch wegen Alkoholproblemen in Behandlung gewesen zu sein. Diese Aussage wird auch durch die fehlenden Eintragungen und Befunde zu einem psychosomatischen Krankheitsbild in dem Krankenblatt des Zeugen bestätigt, dass diesbezüglich keinerlei Befunddokumentation enthält. Es kommt hinzu, dass auch das Abrechnungsbild und die Abrechnungsstruktur der Gebührenziffern willkürlich erscheinen. So ist es bereits unplausibel, die Gebührenziffern 851 und 850 im Wechsel abzurechnen. Bezüglich der Abrechnung der Gebührenziffer 850 fehlt es zudem an jeglicher Dokumentation, die von der Leistungslegende jedoch gefordert wird. Auch in der Sache ist es nicht nachvollziehbar, warum im



Zusammenhang mit der (standardmäßigen) Rezeptausstellung eines Asthmasprays – beispielsweise am 23.12.2003 – auch eine verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (Gebührenziffer 851) erfolgt sein soll. Gleiches gilt für die Abrechnung der Gebührenziffer 851 am 23.04.2004, wo lediglich eine "Haarwachstumsstörung" diagnostiziert worden ist, sowie am 15.06.2004, wo ebenfalls die Gebührenziffer 851 abgerechnet wurde und ein "Sturz auf Hand" diagnostiziert wurde. Ebenso wenig erschließt sich eine psychosomatische Krankheitsursache bei den am 09.07.2004 diagnostizierten "Knieschmerzen". Darüber hinaus sind beispielsweise am 31.05.2001, 17.08.2001, 19.04.2002, 02.05.2002, 28.04.2003, 07.05.2003, 21.05.2003, 20.06.2003, 01.08.2003, 16.10.2003, 27.11.2003, 15.12.2003, 10.03.2004 und 06.10.2004 lediglich Gebührenziffern eingetragen. Bezüglich der abgerechneten Gebührenziffer 60 fehlt es jeweils an der dem Angeklagten hinlänglich bekannten Dokumentation der erhobenen Befunde, so dass diese Gebührenziffer, auch wenn sich der Zeuge an Ganzkörperuntersuchungen nicht mehr erinnern konnte, jedenfalls deswegen vorsätzlich zu Unrecht abgerechnet worden sind, da die Leistung – wie der Angeklagte wusste – ohne die Dokumentation nicht vollständig erbracht worden ist. Die Kammer ist Darüber hinaus davon überzeugt, dass auch die am 16.09.2004 abgerechnete Gebührenziffer 11 (Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit durch hausärztliches Gespräch, Dauer von mindestens 10 Minuten) vorsätzlich zu Unrecht abgerechnet worden ist, da sich an diesem Tag lediglich eine Rezeptausstellung im Krankenblatt findet, ohne dass eine Behandlung oder ein längeres Gespräch dokumentiert ist. Gleiches gilt für die am 02.11.2004 abgerechnete Gebührenziffer 801 (neurologische Basisdiagnostik), bei der es ebenfalls bereits an der erforderlichen Dokumentation fehlt. Es kommt hinzu, dass der an diesem Tag vorhandene Eintrag "Patient ist zusammengeschlagen worden" von dem Zeugen M. in Abrede gestellt worden ist, da er bislang noch nie zusammengeschlagen worden sei.

(63) ■■■■■ A ■■■■

Der Angeklagte hat zwar eingeräumt, dass eine Abrechnung der Gebührenziffern am 19.09. und 28.11.2003 nicht hätte erfolgen dürfen. Er hat eine vorsätzliche Falschabrechnung jedoch gleichwohl bestritten und sich eingelassen, es habe sich wohl um ein Versehen gehandelt. Dass es sich hierbei jedoch um eine Schutzbehauptung handelt, ergibt sich bereits aus der glaubhaften Aussage des Zeugen A ■■■■, der im Sinne der Feststellungen bekundet und insbesondere ausgesagt hat, es sei bereits zu Beginn mit dem Angeklagten besprochen worden, dass er die Tests privat bezahlen müsse. Die Aussage des Zeugen A ■■■■ wird diesbezüglich auch von der Eintragung im Krankenblatt am 12.06.2003 bestätigt, wo vermerkt ist: „Ist wegen seinen Führerschein da will insgesamt 3x Urintest machen“. Die Kammer schließt aus diesem Grunde und mit Blick auf die im Zusammenhang mit dem Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse getroffenen Feststellungen, wonach der Angeklagte bei privat zu bezahlenden Leistungen ebenfalls Gebührenziffern gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung bewusst zu Unrecht abgerechnet hat, ein Versehen des Angeklagten aus. Der Fall des Zeugen A ■■■■ zeigt darüber hinaus, dass der Angeklagte auch in diesem Fall die Gebührenziffern 850 und 851 ohne medizinische Veranlassung lediglich wahllos zum Zwecke vorsätzlicher Falschabrechnung abgerechnet hat. Denn bei dem Zeugen A ■■■■, der als Privatpatient die Praxis aufsuchte und lediglich Urintests nachweisen musste, bestand keine Veranlassung, auch eine Behandlung wegen psychosomatischer Krankheitszustände durchzuführen. Auch insoweit fehlt es – wie in den übrigen Fällen vorsätzlicher Falschabrechnung dieser Gebührenziffer – auch an jeglicher Behandlungsdokumentation. Soweit der Angeklagte am 15.12.2003 die Gebührenziffer 1 abgerechnet hat, handelt es sich mit Blick auf die Aussage des Zeugen A ■■■■ ebenfalls um eine vorsätzliche Falschabrechnung. Im Krankenblatt findet sich diesbezüglich auch kein Hinweis auf eine an diesem Tag vertragsärztlich veranlasste Behandlung. Soweit am 31.03.2003 im Krankenblatt die Diagnose "Chronische Harnwegsinfektion" aufgeführt ist, hat der Zeuge bestritten, jemals eine Harn-

wegsinfektion gehabt zu haben, so dass die Kammer der Überzeugung ist, dass der Angeklagte diese Diagnose lediglich zur Verschleierung einer Falschabrechnung eingetragen hat. Dass der Angeklagte die von dem Zeugen benötigte Bescheinigung bereits am 12.06.2003 ausgestellt hat, wie sich aus dem Krankenblatt ergibt, mithin zu einem Zeitpunkt, als die Urintests noch nicht vollständig durchgeführt waren, zeigt im Übrigen, dass der Angeklagte auch in diesem Fall seine ärztlichen Pflichten grob verletzt hat.

(64) ■ A ■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des Zeugen ■ A ■ bestritten und sich eingelassen, der Patient sei ihm nicht mehr bekannt. Er könne sich lediglich noch an dessen Freundin ■ D ■ erinnern. Im Übrigen bestehe seines Erachtens jedoch kein Grund, an der Richtigkeit der Eintragungen im Krankenblatt zu zweifeln. Dass es sich insoweit um eine Schutzbehauptung handelt, ergibt sich bereits aus der glaubhaften Aussage des Zeugen A ■, der im Sinne der Feststellungen glaubhaft bekundet hat, er habe nach der Trennung von seiner Freundin eine Blutuntersuchung machen wollen, da ihm seine Freundin nicht "geheuer" gewesen sei, weil diese "mit allen rumgemacht habe". Die Aussage des Zeugen A ■ steht insoweit auch in Einklang mit der Eintragung im Krankenblatt, in dem sich der Eintrag findet, dass er der Freund der Frau D ■ sei. Dass es sich bei den am 26.03. und 06.04.2002 abgerechneten Gebührenziffern 1 jeweils um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt, ergibt sich dabei bereits aus dem Krankenblatt, das diesbezüglich lediglich die Gebührenziffern ohne eine Behandlungs- oder Befunddokumentation enthält und am 26.03.2002 die von dem Zeugen in Abrede gestellte Verdachtsdiagnose "Polytoxikomanie" enthält. Im Übrigen steht die Aussage des Zeugen A ■ im Einklang mit der Eintragung am 07.04.2002 im Krankenblatt: "kommt wegen Verdacht auf meldepflichtige Erkrankung - weil er mit D ■ schläft - Blutabnahme". Am 19.04.2002 ist darüber hin-

aus vermerkt, dass ein Laborbefund eingegangen ist; am 13.05.2002 ist vermerkt, dass das Labor besprochen wurde. Soweit am 15.04.2002 die Gebühreuziffer 850 gebracht wurde, fehlt es – wie in zahlreichen weiteren Fällen, in denen diese Gebühreuziffer bewusst zu Unrecht abgerechnet wurde – an einer Dokumentation der Abklärung psychosomatischer Krankheitszustände, für die nach der Aussage des Zeugen zudem keine medizinische Veranlassung bestand, so dass die Kammer überzeugt ist, dass es sich insoweit ebenfalls um eine vorsätzliche Falschabrechnung handelt. Gleiches gilt für die am 13.05.2002 abgerechnete Gebühreuziffer 60 (Ganzkörperuntersuchung), da eine solche Untersuchung nach der Aussage des Zeugen nicht stattgefunden hat und es im Übrigen auch an der erforderlichen und von der Leistungslegende vorausgesetzten Dokumentation der Befunde mangelt. Die Kammer ist daher insgesamt davon überzeugt, dass der Angeklagte diese Gebühreuziffern einzig zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat.

(65) ■■■■■ A ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich der Zeugin A ■■■■■ bestritten und sich eingelassen, sämtliche Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend. Dies wertet die Kammer jedoch als Schutzbehauptung. Denn die Zeugin A ■■■■■, die ausgesagt hat, von dem Angeklagten drei oder vier Mal behandelt worden zu sein, nachdem sie im März 2001 nach Saarbrücken umgezogen sei, hat bestätigt, dass sie – wie im Krankenblatt am 15.05.2001 vermerkt – wegen einer Menstruationsstörung bei dem Angeklagten in Behandlung gewesen sei. Dieser habe sie auch abgetastet. Die gesamte Untersuchung einschließlich Gespräch habe jedoch nicht lange, insbesondere keinesfalls länger als eine halbe Stunde gedauert. Die Kammer hält diese Aussage der Zeugin angesichts der von dem Angeklagten inflationär vergebenen Gesprächsziffern auch deswegen für glaubhaft, da die Zeugin im Rahmen der Hauptverhandlung ein überaus gutes Zeitgefühl zeigte und die Dauer ihrer Vernehmung gut

einzuschätzen vermochte. Soweit am 21.05. und 31.05.2001 jeweils die Gebühreuziffern 851 abgerechnet worden sind, handelt es sich nach Überzeugung der Kammer ebenfalls um vorsätzliche Falschabrechnungen. Zum einen hat die Zeugin glaubhaft ausgesagt, wegen psychischer Probleme nicht in der Behandlung des Angeklagten gewesen zu sein. Zudem hätte in systematischer Hinsicht zuvor eine Abklärung des psychosomatischen Krankheitsbildes nahe gelegen; die hierfür vorgesehene Gebühreuziffer 850 taucht im Krankenblatt jedoch nicht auf. Es kommt hinzu, dass sich an diesen Tagen auch keinerlei Hinweise auf ein psychosomatisches Krankheitsbild ergeben und insbesondere am 31.05.2001 lediglich Gebühreuziffern eingetragen worden sind, was – wie in zahlreichen weiteren Fällen ebenfalls – eine vorsätzliche Falschabrechnung untermauert.

(66) ■■■■■ ■■■■■ A ■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich des Zeugen A ■■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt dieses Zeugen seien zutreffend. Dass die Leistungen jedoch nicht abrechnungsfähig waren, ergibt sich bereits aus den Eintragungen im Krankenblatt, wonach die nach der Leistungslegende erforderliche Dokumentation bezüglich der Gebühreuziffern 60 und 850 nicht erfolgt ist, so dass – wie dem Angeklagten bewusst war – die Leistung nicht vollständig erbracht worden war. Bezüglich der am 19.03.2002 abgerechneten Gebühreuziffer 850 kommt hinzu, dass der Zeuge ausgeschlossen hat, wegen psychischer Probleme von einem Arzt behandelt worden zu sein. Auch die am 19.03.2002 im Krankenblatt erwähnten Medikamente "Ciprodura" und "Capval" waren dem Zeugen unbekannt, so dass die Kammer keine Zweifel daran hat, dass der Angeklagte auch in diesem Fall die Gebühreuziffer 850 lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat.

(67) ■■■ A ■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich der Zeugin A ■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend. Dass es sich hierbei jedoch um eine Schutzbehauptung handelt, ergibt sich aus der Aussage der Zeugin A ■■■ sowie aus den Eintragungen im Krankenblatt. Soweit die Gebührensätze 60 und 850 abgerechnet worden sind, ergibt sich aus dem Krankenblatt, dass die nach der Leistungslegende erforderliche Dokumentation nicht erfolgt ist und es sich daher um eine nicht abrechnungsfähige Leistung handelt. Bezüglich der Gebührensatz 60 ist die Kammer – auch wenn sich die Zeugin an eine längere Untersuchung durch den Angeklagten nicht erinnern konnte – zugunsten des Angeklagten davon ausgegangen, dass eine Ganzkörperuntersuchung trotz mangelnder Dokumentation in der Sache erfolgt ist. Demgegenüber ist auszuschließen, dass eine Behandlung psychosomatischer Krankheitszustände, die von der Zeugin im Übrigen in Abrede gestellt worden ist, tatsächlich erfolgt ist. Denn aus dem Krankenblatt ergeben sich diesbezüglich keinerlei Anhaltspunkte. Es kommt hinzu, dass der Angeklagte auch in zahlreichen weiteren Fällen die Gebührensätze 850 und 851 lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in die Krankenblätter eingetragen hat und eine Befunddokumentation bzw. eine Behandlungsstruktur nicht erkennbar ist. Des Weiteren erscheint bezüglich der am 07.04.2003 abgerechneten Gebührensatz 851 auch nicht nachvollziehbar, inwieweit hinsichtlich der an diesem Tage diagnostizierten "chronischen Blasen- bzw. Nierenentzündung" eine verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen erforderlich gewesen sein sollte. Auch bezüglich der am 31.01.2002 abgerechneten Gebührensätzen 801 ist die Kammer davon überzeugt, dass es sich um eine vorsätzliche Falschabrechnung handelt, da es an der von der Leistungslegende geforderten Dokumentation fehlt und an diesem Tag lediglich Gebührensätzen eingetragen worden sind. Darüber hinaus hat auch die Zeugin glaubhaft bekundet, dass sie von dem Angeklagten immer nur kurz behandelt worden sei, da dieser "nie viel Zeit gehabt habe". Auch aus diesem Grunde

schließt die Kammer aus, dass die neurologische Basisdiagnostik durchgeführt worden ist. Schließlich hat die Zeugin bekundet, in der Praxis insgesamt zwei bis drei Mal von dem Angeklagten sowie ein Mal von einer Ärztin behandelt worden zu sein. Im Krankenblatt sind demgegenüber 11 Arztkontakte aufgeführt, was nach Aussage der Zeugin ausgeschlossen erscheint.

(68) ■■■ B■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei dem Zeugen ■■■ B■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der Aussage des Zeugen B■■■ sowie auf den Eintragungen im Krankenblatt des Zeugen. Der Zeuge ■■■ B■■■ hat im Sinne der Feststellungen bekundet und ausgesagt, dass er seit Februar 1997 im staatlichen Methadonprogramm sei und lediglich deshalb in die Praxis des Angeklagten gegangen sei, um sich jeweils zu Beginn des Quartals eine Überweisung ausstellen zu lassen. Mit dem Angeklagten habe er aber insgesamt allenfalls zwei oder drei Mal gesprochen, da dieser ihn überzeugen wollte, wegen seiner Hepatitis-Erkrankung eine Interferontherapie zu machen. Dies habe er aber abgelehnt, da er von anderen gehört habe, dass "einem dabei die Haare ausfallen". Ansonsten sei ihm die Überweisung in das staatliche Methadonprogramm jeweils an der Anmeldung durch eine Arzthelferin ausgehändigt worden. Die Aussage des Zeugen steht im Einklang mit den Eintragungen im Krankenblatt, in dem jeweils die Überweisungen zur "psychiatrischen Institutsambulanz" aufgeführt sind. Aus dem Krankenblatt ergibt sich in diesem Zusammenhang jedoch kein Hinweis auf ärztliche Kontakte, da es an einer entsprechenden Dokumentation jeweils fehlt.

Es kommt hinzu, dass es auch an Hinweisen für ein psychosomatisches Krankheitsbild bei dem Zeugen fehlt und die Gebührensätze 850 und 851 – wie in zahlreichen anderen Fällen vorsätzlicher Falschabrechnung – auch bei dem Zeugen ■■■ B■■■ willkürlich und ohne erkennbare Struktur

und Systematik in das Krankenblatt eingetragen worden sind. Dies gilt auch, soweit der Zeuge bestätigt hat, einmal von dem Angeklagten Krankengymnastik verordnet bekommen zu haben, was mit der Eintragung am 05.09.2003 übereinstimmt. Auch diesbezüglich fehlt es jedoch an einer Dokumentation bezüglich der abgerechneten Gebührenziffer 850. Darüber hinaus ist auch im Übrigen nicht erkennbar, inwieweit die abgerechneten Gebührenziffern erbracht worden sein sollten. So heißt es beispielsweise am 29.09.2003 im Krankenblatt lediglich: "Handgelenk ist versteift und soll repariert werden". Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht nachvollziehbar, inwieweit in diesem Zusammenhang eine verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen erfolgt sein sollte. Zudem finden sich am 21.10.2003 sowie am 01.10.2004 lediglich Gebührenziffern als Eintragungen, was ebenfalls mit Blick auf die Feststellungen zu den Falschabrechnungen bei zahlreichen weiteren Patienten vorliegend für eine vorsätzliche Falschabrechnung spricht. Dass der Angeklagte selbst bzw. auf dessen Weisung Gebührenziffern auch ohne ärztliche Kontakte wahllos eingetragen wurden, bestätigt schließlich auch die Eintragung am 26.10.2004, wonach die Gebührenziffer 2 (Konsultationsgebühr) abgerechnet worden ist, es im Krankenblatt jedoch lediglich heißt: "wollte Bescheinigung für Befreiung a1" (Anmerkung der Kammer: "a1" = [REDACTED] L [REDACTED], eine Praxismitarbeiterin des Angeklagten). Diesen Eintrag wertet die Kammer dahingehend, dass der Zeuge den Angeklagten an diesem Tag nicht gesprochen oder gesehen hat. Die Feststellungen werden auch nicht dadurch in Frage gestellt, dass der Zeuge auf mehrfaches Nachfragen der Verteidigung gegen Ende seiner Vernehmung seine vorherigen Bekundungen in der Weise relativiert hat, dass der Angeklagte bei der Ausstellung der Überweisungen für das staatliche Methadonprogramm "manchmal doch aus seinem Arztzimmer raus gekommen sei". Denn bei dieser Aussage war deutlich erkennbar, dass dem Zeugen aufgrund der insistierenden Befragung mittlerweile bewusst geworden war, dass er eine Antwort im bekundeten Sinne erwartet wird, um dem Angeklagten nicht zu "schaden". Soweit der Angeklagte am 24.11.2003 die Gebührenziffer 801 abgerechnet hat, fehlt es bereits an der dem Angeklagten bekannten Do-



kumentationspflicht. Darüber hinaus erscheint es ausgeschlossen, dass die zugrunde liegende ärztliche Leistung (neurologische Basisdiagnostik) von dem Angeklagten erbracht worden ist. Denn die an diesem Tag nach dem Krankenblatt ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsfolgebescheinigung hat der Zeuge ■■■ B■■■ nicht erhalten, was der Zeuge plausibel damit begründen konnte, dass er ja nicht "schaffe" und demzufolge auch keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötige.

(69) ■■■ B■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei dem Zeugen ■■■ B■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt des Zeugen seien korrekt. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage des Zeugen ■■■ B■■■, der – teilweise auf Vorhalt seiner polizeilichen Vernehmung – im Sinne der Feststellungen bekundet hat. Die Feststellungen werden darüber hinaus auch durch die Eintragungen im Krankenblatt gestützt, das an den Tagen, an denen der Angeklagte neben anderen Gebührenziffern auch die Gebührenziffer 10 abgerechnet hat, keinerlei Hinweise auf ein therapeutisches Gespräch enthält. Vielmehr liest sich das Krankenblatt wie eine bloße "Leistungsziffernstatistik", so dass die Kammer der Überzeugung ist, dass der Angeklagte die Gebührenziffer 10 – wie in zahlreichen anderen Fällen auch – allein zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat. Gleiches gilt auch für die am 20.01.2005 in Ansatz gebrachte Gebührenziffer 850. Denn zum einen hat der Zeuge ■■■ B■■■ ausgeschlossen, auch wegen psychischer Probleme von dem Angeklagten behandelt worden zu sein und zum anderen fehlt es – wie in zahlreichen weiteren Fällen, in denen der Angeklagte diese Gebührenziffer vorsätzlich falsch abrechnete – auch an der von der Leistungslegende vorausgesetzten Dokumentation, so dass die Leistung auch aus diesem Grunde, was der Angeklagte wusste, nicht abrechnungsfähig war. Vor diesem Hintergrund hält die Kammer auch die von dem Angeklagten im Anschluss an die Vernehmung des

Zeugen B ■■■ abgegebene Erklärung, er habe im Rahmen der Eingangsuntersuchung eine psychosomatische Krankheitsursache, die quasi bei jedem Krankheitsbild in Betracht kommen könne, ausschließen wollen, für eine Schutzbehauptung, um die von ihm ohne medizinische Indikation vorgenommene "inflationäre" Abrechnung dieser Gebührenziffer zu rechtfertigen.

(70) ■■■ B ■■■

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bei der Zeugin ■■■ B ■■■ bestritten und sich eingelassen, die Zeugin sei von seiner Praxisvertretung, der Zeugin T ■■■, behandelt worden. Er selbst kenne diese Patientin nicht und habe auch die Eintragungen in das Krankenblatt nicht vorgenommen. Die Kammer ist gleichwohl davon überzeugt, dass der Angeklagte vorliegend die Gebührenziffer 60 – wie in zahlreichen weiteren Fällen auch – zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen hat. Denn die Zeugin, die im Sinne der Feststellungen glaubhaft bekundet hat, hat eine längere Untersuchung ausgeschlossen. Auch im Krankenblatt findet sich – wie in zahlreichen weiteren Fällen, in denen der Angeklagte die Gebührenziffer 60 bewusst zu Unrecht abgerechnet hat – keinerlei Dokumentation über eine Ganzkörperuntersuchung. Auch die Zeugin T ■■■ hat glaubhaft bekundet, dass sie, sofern sie eine Ganzkörperuntersuchung durchgeführt habe, die jeweiligen Befunde auch dokumentiert habe. Da es technisch möglich ist, Gebührenziffern auch nachträglich in das Computerprogramm einzutragen, wie der Zeuge B ■■■ vom LKA bekundet hat, hat die Kammer daher keinen Zweifel daran, dass der Angeklagte die Gebührenziffer selbst zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung Saarland in das Krankenblatt eingetragen hat.

(71) ■■■■■ B ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei der Zeugin ■■■■■ B ■■■■■ bestritten und sich eingelassen, dass die Zeugin Patientin in seiner Praxis gewesen und dort auch ärztlich behandelt worden sei. Sofern die Zeugin Rezepte ohne Arztkontakt erhalten haben sollte und in diesem Zusammenhang Leistungsziffern eingetragen worden sein sollten, handele es sich hier um einen Sonderfall, der begründbar sei mit der Nähe der Zeugin zur Praxis. Das Praxispersonal und die Zeugin hätten sich gekannt. Sollten insoweit zu Unrecht Leistungsziffern vergeben worden sein, sei dies ohne sein Wissen geschehen. Die Kammer wertet diese Einlassung mit Blick auf das in den übrigen Fällen festgestellte (betrügerische) Abrechnungsverhalten des Angeklagten und aufgrund der Aussage der Zeugin ■■■■■ B ■■■■■ als Schutzbehauptung. Denn die Zeugin ■■■■■ B ■■■■■ hat ohne Belastungstendenz im Sinne der Feststellungen bekundet. Die Feststellungen werden darüber hinaus auch durch die Eintragungen im Krankenblatt gestützt, das jeweils im Zusammenhang mit Impfungen und Rezeptausstellungen die abgerechneten Gebührenziffern ausweist, jedoch keine Behandlungsdokumentationen enthält. Dies gilt insbesondere auch für die am 09.08.2002 abgerechnete Gebührenziffer 60. Diesbezüglich hat die Zeugin zudem glaubhaft ausgesagt, eine Ganzkörperuntersuchung sei bei ihr zu keinem Zeitpunkt durchgeführt worden. Dass die Gebührenziffern auch nicht ohne Wissen des Angeklagten von seinen Praxismitarbeitern eingetragen worden sind, ergibt sich im Übrigen auch aus der polizeilichen Aussage der Zeugin K ■■■■■, die bestätigt hat, auf Weisung des Angeklagten Gebührenziffern auch dann eingetragen zu haben, wenn Patienten nicht beim Arzt gewesen seien. Darüber hinaus ist auch die am 07.04.2003 eingetragene Gebührenziffer 851 nach Überzeugung der Kammer lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen worden. Denn bereits nach der Aussage der Zeugin haben Untersuchungen oder längere Gespräche mit dem Angeklagten nicht stattgefunden. Die Zeugin hat hierzu insbesondere ausgesagt, das längste Gespräch, das sie mit dem Angeklagten geführt habe,

sei erfolgt, nachdem sie für die Frau des Angeklagten einmal "Tupperware" bestellt habe. Im Übrigen ergeben sich sowohl nach der Aussage der Zeugin als auch nach den Eintragungen im Krankenblatt keinerlei Anhaltspunkte für ein psychosomatisches Krankheitsbild und dementsprechend auch keine medizinische Indikation für eine Abrechnung der Gebührenziffer 851, zumal eine Abklärung eines entsprechenden Krankheitsbildes, für das zunächst die Gebührenziffer 850 in Ansatz hätte gebracht werden müssen, nicht erfolgt ist. Aus diesem Grunde hat die Kammer keine Zweifel, dass der Angeklagte auch im vorliegenden Fall – wie in zahlreichen weiteren Fällen – die Gebührenziffer 851 lediglich wahllos zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung in Ansatz gebracht hat. Dass es keine therapeutischen Gespräche mit der Zeugin gegeben hat, hat die Zeugin zudem plausibel damit begründet, dass sie als Apothekerin wisse, was sie benötige und der Angeklagte ihr dies auch geglaubt habe. Sie sei zudem lediglich in den Pausen kurz in die Apotheke hoch gegangen bzw. habe teilweise auch Mitarbeiter von ihr beauftragt, die Rezepte für sie abzuholen.

(72) ■■■ B ■■■

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bei der Zeugin ■■■ B ■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend. Die Feststellungen beruhen jedoch auf der glaubhaften Aussage der Zeugin B ■■■, die im Zusammenhang mit der Rezeptausstellung am 14.12.2004 glaubhaft im Sinne der Feststellungen bekundet und ausgesagt hat, dass sie das Arzneimittel "Dociton", ein Blutdruckmittel, von dem Angeklagten verschrieben bekommen habe. Bevor sie das Rezept abgeholt habe, habe sie in der Praxis des Angeklagten angerufen. Das Rezept habe sie sodann von einer Arzthelferin an der Anmeldung ausgehändigt bekommen. Zum Arzt sei sie nicht mehr "rein" gegangen. Dies sei auch so üblich, da man zum Arzt nur noch "rein" gehe, wenn "etwas sei". Angesichts zahlreicher vorsätzlicher Falschabrechnun-

gen des Angeklagten in vergleichbaren Fällen und aufgrund des Umstandes, dass sich im Krankenblatt am 14.12.2004 keinerlei Dokumentation über einen Arzt-Patienten-Kontakt findet, hat die Kammer keine Zweifel, dass der Angeklagte auch im vorliegenden Fall die Gebührenziffer 2 lediglich zum Zwecke vorsätzlicher Falschabrechnung in das Krankenblatt eingetragen bzw. diese Ziffer auf seine Weisung eingetragen worden ist.

(73) ■■■■■ B ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei dem Zeugen ■■■■■ B ■■■■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend. Dass es sich hierbei jedoch um eine Schutzbehauptung handelt, ergibt sich zum einen aus der glaubhaften Aussage der Zeugin ■■■■■ B ■■■■■ sowie aus den Eintragungen im Krankenblatt. Die Zeugin ■■■■■ B ■■■■■ hat glaubhaft und ohne Belastungstendenz im Sinne der Feststellungen bekundet. Sie hat insbesondere ausgesagt, bei Folge-rezepten lediglich in der ■■■■■-Apotheke gewesen zu sein, die sich im selben Haus befunden habe und dort das Arzneimittel "Staloral", das für ihren Sohn bestimmt gewesen sei, abgeholt zu haben. Ihr Sohn sei jeweils nicht dabei gewesen. Die Zeugin konnte dies plausibel damit begründen, dass sie damals beim Arbeitsamt gearbeitet habe und lediglich in der Mittagspause in die Apotheke "rüber gelaufen" sei, um möglichst schnell wieder bei der Arbeit sein zu können. Die Aussage der Zeugin wird auch durch die Eintragungen im Krankenblatt bestätigt, das am 13.07., 01.10. und 17.12.2004 jeweils eine Rezeptaussstellung über das Arzneimittel "Staloral" ausweist. Aus dem Krankenblatt ergeben sich außer den eingetragenen Gebührenziffern jedoch keine Anhaltspunkte für therapeutische Gespräche oder Arzt-Patienten-Kontakte. Es kommt hinzu, dass sich am 01.10.2004 im Krankenblatt folgende Notiz findet: „Habe angerufen, mit Frau K ■■■■■ gesprochen, Mutter bringt VK (Anmerkung der Kammer: "VK" = Versicherungskarte) die Woche vorbei". Bereits hieraus ergibt sich, dass ein Arzt-Patienten-Kontakt an diesem Tag nicht stattgefunden hat. Gle-

ches gilt für die am 06.01.2005 abgerechnete Gebührenziffer 1. Denn auch an diesem Tag findet sich im Krankenblatt lediglich die Notiz: "habe angerufen und mitgeteilt, dass Allergiemedis in der Apotheke sind ak" (Anmerkung der Kammer "ak" = [REDACTED] K[REDACTED], ein Praxismitarbeiter des Angeklagten). Vor diesem Hintergrund und angesichts der Abrechnungspraxis des Angeklagten, der in zahlreichen weiteren Fällen ohne entsprechende Kontakte Gebührenziffern zu Unrecht abgerechnet hat, ist die Kammer der Überzeugung, dass es sich auch vorliegend um vorsätzliche Falschabrechnungen handelt. Bezüglich der am 29.06.2004 abgerechneten Gebührenziffer 850 fehlt es – wie aus dem Krankenblatt ersichtlich – an der dem Angeklagten bekannten und von der Leistungslegende vorausgesetzten Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitsbildes, so dass diese Leistung – wie der Angeklagte wusste – bereits aus diesem Grunde nicht abrechnungsfähig war. Die Kammer ist insoweit zugunsten des Angeklagten davon ausgegangen, dass die Leistung jedoch in der Sache erbracht worden ist, da ein psychosomatisches Krankheitsbild über eine Allergie, die an diesem Tage diagnostiziert worden ist, nicht völlig auszuschließen ist, obwohl auch insoweit der Verdacht besteht, dass der Angeklagte die Gebührenziffer – wie in zahlreichen weiteren Fällen – lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung willkürlich in das Krankenblatt eingetragen hat.

(74) [REDACTED] B [REDACTED]

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bei dem Zeugen [REDACTED] B [REDACTED] bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend. Die Kammer wertet diese Einlassung jedoch als Schutzbehauptung. Denn der Zeuge [REDACTED] B [REDACTED] hat glaubhaft im Sinne der Feststellungen bekundet. Er hat insbesondere ausgesagt, dass er lediglich ein Mal in der Praxis des Angeklagten gewesen sei. Hintergrund sei gewesen, dass er zu diesem Zeitpunkt in Saarbrücken gearbeitet habe, jedoch erkältet gewesen sei. Da sein Hausarzt entweder in Urlaub oder

nicht "greifbar" gewesen sei, habe er im Internet nach einem Arzt gesucht, wo er habe hin gehen können. Die Aussage des Zeugen wird durch die Eintragung im Krankenblatt am 22.06.2001, in dem als Diagnose eine "grippale Luftwegsinfektion" ausgewiesen ist, bestätigt. Aus der Aussage des Zeugen ergibt sich darüber hinaus, dass die zweite Eintragung im Krankenblatt vom 11.07.2001 und die dabei abgerechnete Gebührenziffer 1 eine vorsätzliche Falschabrechnung darstellt. Denn eine zweite Behandlung hat nach der Aussage des Zeugen nicht stattgefunden. Es kommt hinzu, dass auch die am 11.07.2001 im Krankenblatt vermerkte Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege nicht näher bezeichnet (J 06.9)" nach Überzeugung der Kammer – wie in zahlreichen weiteren Fällen (vgl. etwa die Falschabrechnungen bezüglich der Zeugen A■■) – nach Art eines Textbausteins und als Scheindiagnose durch den Angeklagten zum Zwecke vorsätzlicher Falschabrechnung verwendet worden ist. Zudem hätte es bei einer solchen Diagnose nahe gelegen, auch ein Rezept auszustellen, um die Erkrankung mithilfe eines Medikaments zu behandeln, was ebenfalls nicht erfolgt ist.

(75) ■■■ B■■

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bezüglich der Zeugin ■■■ B■■ bestritten und sich eingelassen, die Eintragungen im Krankenblatt seien zutreffend. Dass eine Ganzkörperuntersuchung jedoch nicht erfolgt ist und es sich bei der in Ansatz gebrachten Gebührenziffer 60 daher um eine vorsätzliche Falschabrechnung handelt, ergibt sich bereits aus der Aussage der Zeugin, die glaubhaft bekundet hat, der Angeklagte habe lediglich mit seinen Händen ihren Hals und den Rücken abgetastet, "mehr sei nicht passiert". Sie habe dann eine Massage verschrieben bekommen. Die Aussage der Zeugin, die im Einklang mit ihren Angaben im Rahmen der polizeilichen Vernehmung steht, wird auch durch die Eintragungen im Krankenblatt bestätigt. Dort ist als Befund ausgeführt: "Muskelverhärtungen am Halsbereich" und als Diagnose

"Wirbelsäulensyndrom". Bezüglich einer Ganzkörperuntersuchung fehlt es jedoch vollständig an einer Befunddokumentation. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die zahlreichen weiteren Fälle, in denen der Angeklagte diese Gebührenziffer vorsätzlich falsch abgerechnet hat, hat die Kammer keine Zweifel, dass der Angeklagte auch vorliegend diese Ziffer lediglich zum Zwecke der vorsätzlichen Falschabrechnung gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung Saarland in das Krankenblatt eingetragen hat.

(76) ■■■ B■■■

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bestritten und sich eingelassen, er habe die Gebührenziffer 850 zu Recht abgerechnet. Nach der Vernehmung des Zeugen B■■■ hat er insbesondere erklärt, der Zeuge sei zu ihm gekommen und habe ihm seine Beschwerden, insbesondere seine familiär bedingten Kopfschmerzen, geschildert. Differenzialdiagnostisch sei dementsprechend abzuklären gewesen, was der Auslöser der von dem Zeugen geschilderten Krankheitssymptome gewesen sei. Bei dem Zeugen habe es sich um eine Exsikkose gehandelt, mithin um einen Wassermangel. Dieser sei durch den "Ramadan" bedingt gewesen, da der Zeuge von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang keine Flüssigkeit zu sich genommen habe. Dies habe er auch im Krankenblatt vermerkt, so dass der geforderte schriftliche Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge vorliege. Dass es sich bei dieser Einlassung jedoch um eine Schutzbehauptung handelt und der Angeklagte selbst nicht davon ausgegangen ist, dass die am 21.11.2003 diagnostizierte Exsikkose und der Befund "ramadangeschädigt" zur Erfüllung der formellen Voraussetzungen der Leistungslegende genügen, ergibt sich – auch wenn sich der Zeuge B■■■ an den Anlass und die Einzelheiten seiner Behandlung nicht mehr erinnern konnte – bereits unmittelbar aus den Eintragungen im Krankenblatt, das diesbezüglich keine weitergehenden Eintragungen enthält. Es kommt hinzu, dass auch die Einlassung des Angeklagten für eine somatische und gegen eine psychosomatische Krankheitsursache spricht, zumal die kurze



Bemerkung "ramadangeschädigt" keine psychosomatischen Krankheitszusammenhänge erkennen lässt. Soweit der Angeklagte vorgetragen hat, die Ziffer 850 aufgrund einer "Ausschlussdiagnose" abgerechnet zu haben, belegt dies nach Auffassung der Kammer, dass der Angeklagte eine differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände gerade nicht durchgeführt, sondern die Gebührenziffer lediglich zum Zwecke vorsätzlicher Falschabrechnungen in das Krankenblatt eingetragen hat. Denn legt man die Einlassung des Angeklagten zugrunde, wäre die Gebührenziffer 850 im Rahmen jeder Behandlung, auch wenn eine psychosomatische Krankheitsursache von vorneherein nicht in Betracht kommt, im Wege einer Ausschlussdiagnose auch ohne entsprechende medizinische Anhaltspunkte stets abrechnungsfähig. Dies widerspricht jedoch nicht nur dem eindeutigen Wortlaut der Leistungslegende, die dem Angeklagten hinreichend bekannt war, sondern bestätigt die in zahlreichen weiteren Fällen getroffenen Feststellungen, wonach der Angeklagte die Gebührenziffern 850 und 851 inflationär und willkürlich abgerechnet hat.

(77) ■■■■■ B ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei der Patientin ■■■■■ B ■■■■■ bestritten und sich eingelassen, er habe die Patientin so behandelt, wie es im Krankenblatt niedergeschrieben sei. Die Kammer wertet diese Einlassung mit Blick auf die Aussage der Patientin bei der Polizei, den Eintragungen im Krankenblatt und aufgrund des festgestellten Abrechnungsverhaltens des Angeklagten in zahlreichen weiteren Fällen als unglaublich. Da die Patientin B ■■■■■ zum Zeitpunkt der Hauptverhandlung bereits verstorben war, hat die Kammer den Polizeibeamten L ■■■■ zum Inhalt der Aussage der Patientin anlässlich ihrer polizeilichen Vernehmung am 27.01.2006 vernommen. Dabei hat der Zeuge L ■■■■ auf Vorhalt der polizeilichen Vernehmung der Zeugin B ■■■■■ bestätigt, dass die Zeugin insbesondere ausgesagt hat, sie sei bei dem Angeklagten bereits seit über drei Jahren in Behandlung und gehe im Schnitt etwa drei Mal im Monat in die

Praxis, um sich Rezepte für ihre Medikamente oder Verbandsmaterial zu holen. Etwa alle zwei Monate bekomme sie dabei Blut abgenommen, was jeweils eine Arzthelferin mache. Zum Arzt in das Behandlungszimmer gehe sie relativ selten und zwar nur dann, wenn sie es mal gerne habe, dass ein Blick auf ihre Beine geworfen werde oder sie hingefallen sei, was schon einmal vorkomme. In einem solchen Fall könne es auch mal vorkommen, dass eine Arzthelferin sage, sie solle zum Arzt gehen. Durchschnittlich sei sie daher so etwa ein Mal im Monat im Behandlungszimmer, öfters nicht. Dann spreche sie auch immer nur kurz mit dem Arzt, der sich kurz ihre Beine oder den "Hintern" ansehe, der ja auch "auf" sei. Eine Arzthelferin messe dann noch ihren Blutdruck. Mit Blick auf die Bekundungen der Zeugin ist die Kammer davon überzeugt, dass an den Tagen, an denen im Krankenblatt jeweils das Medikament "Furosemit" verschrieben und gleichzeitig Gebührenziffern (1, 2 und 10) eingetragen worden sind, ein Arzt-Patienten-Kontakt nicht stattgefunden hat. Die Zeugin hat im Rahmen ihrer polizeilichen Vernehmung auch bestätigt, das Medikament Furosemit verschrieben bekommen zu haben, ebenso des öfteren Verbandsmaterial, das sie benötigt habe. Dabei ist sich die Kammer bewusst, dass der Beweiswert der Aussage angesichts des Umstandes, dass die Zeugin in der Hauptverhandlung nicht persönlich vernommen werden konnte, eingeschränkt ist, da der Zeuge L. ■ lediglich als "Zeuge vom Hörensagen" bekunden konnte. Die polizeiliche Aussage der Patientin B. ■ wird jedoch sowohl durch die Eintragungen im Krankenblatt als auch durch das Abrechnungsverhalten des Angeklagten im Übrigen gestützt. Der Zeuge L. ■ hat zudem bekundet, dass er den Eindruck gehabt habe, dass die Zeugin trotz ihrer Krankheit vernehmungsfähig gewesen sei und man mir ihr "normal" habe reden können. Hinweise auf Defizite hinsichtlich der Vernehmungsfähigkeit der Zeugin hätten nicht vorgelegen. Andernfalls hätte er die Zeugin auch nicht vernommen. Die Kammer hat daher keine Zweifel daran, dass die Bekundungen der Zeugin den Tatsachen entsprechen. Denn soweit das Arzneimittel "Furosemit" bzw. Verbandsmaterial verschrieben worden ist, finden sich zwar die Gebührenziffern im Krankenblatt, jedoch keinerlei Anhaltspunkte für Arzt-Patienten-Kontakte oder

Gespräche bzw. dokumentierte Befunde, wie dies vereinzelt im Krankenblatt, etwa am 14.11.2003, wo ein ausführliches Gespräch dokumentiert ist, oder am 26.02.2004, wo sich eine ausführliche Befunddokumentation findet, der Fall ist. Es kommt hinzu, dass der Angeklagte auch in zahlreichen weiteren Fällen bei Rezeptausstellungen wahllos die Gebührensnummern 1, 2 und 10 abgerechnet hat, ohne dass Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben. Ebenso wurden am 11.05.2004 lediglich die Gebührensnummern 10 und 18 eingetragen, ohne dass sich ein Hinweis auf ein Gespräch von über 30 Minuten ergibt. Zudem hat auch die Zeugin [REDACTED] K[REDACTED] als Arzthelferin und so genannte "Erste Kraft" ausgesagt, dass sie auf Anweisung des Angeklagten in zahlreichen Fällen Gebührensnummern eingetragen habe, ohne dass ein Kontakt mit dem Angeklagten stattgefunden hat. Hierfür spricht im Falle der Zeugin [REDACTED] B[REDACTED] auch der Eintrag des Praxisangestellten [REDACTED] K[REDACTED] im Krankenblatt am 22.04.2004. Dort heißt es: „hat angerufen. Am Unterschenkel hat sich ein dickes Ei gebildet. Will ins Krankenhaus. Habe ihr die Nummer von F[REDACTED] gegeben. Sie soll ausrichten, dass wir einen Transportschein ausstellen“. Obwohl bereits nach der Eintragung im Krankenblatt offenkundig kein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat, wurde durch den Angeklagten die Gebührensnummer 2 (Konsultationsgebühr) abgerechnet. Auch bei der Zeugin B[REDACTED] findet sich – wie in zahlreichen weiteren Fällen auch – eine wahllose Abrechnung der Gebührensnummern 850 und 851, ohne dass ein Behandlungskonzept erkennbar oder ein psychosomatisches Krankheitsbild dokumentiert worden wäre. Aus diesem Grunde und mit Blick auf die Aussage der Zeugin hält die Kammer daher auch in diesem Fall die abgerechneten Gebührensnummern für vorsätzliche Falschabrechnungen. Dies auch deswegen, weil beispielsweise am 26.07.2004 die Gebührensnummer 851 abgerechnet wurde, obwohl sich im Krankenblatt an diesem Tag lediglich der Eintrag findet "heute gucken wir die Unterschenkelwunde an, weil der Pflegedienst das will", so dass bereits nach der Eintragung im Krankenblatt eine verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen fern liegt und durch die Eintragung im Krankenblatt die Aussage der Zeugin bestätigt wird, lediglich selten mit dem Angeklagten Kontakt gehabt zu haben.

(78) ■■■■■ B ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bezüglich der Zeugin ■■■■■ B ■■■■■ bestritten und sich eingelassen, die Zeugin habe die Behandlungen erhalten, die im Krankenblatt vermerkt seien. Dass es sich hierbei um eine Schutzbehauptung handelt, ergibt sich jedoch aus der glaubhaften Aussage der Zeugin B ■■■■■ sowie aus den Eintragungen im Krankenblatt, die die Aussage der Zeugin bestätigen. Die Zeugin ■■■■■ K ■■■■■, die ohne Belastungstendenz bekundet hat, hat glaubhaft ausgesagt, dass sie in der ■■■■■-Apotheke im gleichen Haus gearbeitet habe, in dem auch der Angeklagte seine Praxis gehabt habe. In die Praxis des Angeklagten sei sie vor allem gegangen, um sich Massagen aufschreiben zu lassen. Ansonsten sei sie eigentlich nicht krank gewesen. Die Rezepte und ihre Medikamente habe sie jeweils von einer Arzthelferin an der Anmeldung verschrieben bekommen. Sie habe auch gewusst, was sie brauche. Die Zeugin hat zudem glaubhaft ausgesagt, teilweise Medikamente verschrieben bekommen zu haben, ohne diese benötigt zu haben. Die ausgestellten Rezepte habe sie benutzt, um für den Gegenwert andere Artikel in der Apotheke zu erhalten. Ein entsprechendes strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen sie sei gemäß § 153a StPO gegen eine Auflage von 500 € eingestellt worden. Im Arztzimmer sei sie höchsten drei oder vier Mal gewesen. Soweit sie beim Arzt gewesen sei, seien die Gespräche auch nicht lang gewesen. Die Rezepte für "Massagen" und "Fango" habe sie jeweils an der Anmeldung erhalten, ohne den Angeklagten gesehen oder gesprochen zu haben. Krankengymnastik und Wärmebehandlung habe sie demgegenüber nicht verschrieben bekommen. Die Aussage der Zeugin wird durch die Eintragungen im Krankenblatt bestätigt, dass an zahlreichen Tagen die Verschreibung von Wärmepackungen und Massagen sowie jeweils die Abrechnung der Gebühreuziffern 1, 2 und 10 enthält, ohne dass jedoch Eintragungen bezüglich einer Befunddokumentation oder längerer ärztlicher Gespräche dokumentiert wären. Angesichts dessen ist die Kammer der Überzeugung, dass es sich insoweit – sofern zugleich Gebühreuziffern abgerechnet worden sind - jeweils um vorsätzliche

Falschabrechnungen des Angeklagten handelt. Dies gilt auch für die am 06.10. und 07.05.2001 abgerechneten Gebührensätze 60 (Ganzkörperstatus), da solche Untersuchungen nach der Aussage der Zeugin nicht stattgefunden haben und es zudem an der von der Leistungslegende geforderten Befunddokumentation fehlt, so dass sich aus dem Krankenblatt – wie in zahlreichen weiteren Fällen, in denen diese Gebührensätze vorsätzlich falsch abgerechnet worden ist – keine Anhaltspunkte für eine entsprechende Untersuchung ergeben. Die Zeugin hat darüber hinaus ausgeschlossen, wegen psychischer Probleme von dem Angeklagten behandelt worden zu sein. Aus diesem Grunde ist die Kammer davon überzeugt, dass auch die am 24.10.2000 eingetragene Gebührensatz 11 bewusst zu Unrecht abgerechnet worden ist, zumal sich an diesem Tag im Krankenblatt lediglich eine Verschreibung von Massagen und als Diagnose ein "HWS-BWS-Syndrom mit Blockierungen (M54.1)" findet. Am 01.04.2002 und 03.12.2002 findet sich zudem lediglich die von dem Angeklagten in zahlreichen weiteren Fällen vorsätzlicher Falschabrechnungen nach Art eines Textbausteins verwendete Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege (J 06.9)", was ebenfalls für eine vorsätzliche Falschabrechnung spricht. Da sich das Krankenblatt der Zeugin auch im Übrigen durchgängig als bloße "Leistungssatzstatistik" liest, hat die Kammer keine Zweifel daran, dass es sich bei den beanstandeten Gebührensätzen um bewusste Falschabrechnungen handelt. Mit Blick auf das festgestellte Abrechnungsverhalten des Angeklagten in den übrigen Fällen ist die Kammer auch davon überzeugt, dass die Gebührensätze entweder durch den Angeklagten selbst oder auf dessen Weisung von den Arzthelferinnen in das Krankenblatt eingetragen worden sind, obwohl es an den entsprechenden Arzt-Patienten-Kontakten fehlte.

(79) ■■■■■ B ■■■■■

Der Angeklagte hat vorsätzliche Falschabrechnungen bei der Zeugin ■■■■■  
■■■■■ B ■■■■■ bestritten und sich eingelassen, dass es hier offensichtlich so

gewesen sei, dass die Zeugin ■■■■■ B■■■■■ mit Angestellten aus seiner Praxis befreundet gewesen sei und hier Dinge "hinter seinem Rücken" gelaufen seien, die er nicht mitbekommen habe. Dass es sich hierbei um eine Schutzbehauptung des Angeklagten handelt, ergibt sich zum einen aus der glaubhaften Aussage der Zeugin B■■■■■, die im Sinne der Feststellungen bekundet hat sowie aus den Eintragungen im Krankenblatt und darüber hinaus auch aus den Feststellungen zum (betrügerischen) Abrechnungsverhalten des Angeklagten in den übrigen Fällen. Denn aus dem Krankenblatt ergibt sich, dass am 06.09.2001 ein Rezept für die Zeugin ■■■■■ B■■■■■ über "Vivi Plus" sowie über "Johanniskrautkapseln" ausgestellt worden ist, was die Aussage der Zeugin bestätigt. Die dabei eingetragene Diagnose depressive Verstimmung (Ebenfalls 32.9) ist demgegenüber lediglich eine "Scheindiagnose", die von dem Angeklagten in Anlehnung an das ausgestellte Rezept eingetragen worden ist. Denn die Zeugin B■■■■■ hat glaubhaft bekundet, in ihrem Leben noch nie depressiv gewesen zu sein. Hierfür spricht auch die von der Zeugin ebenfalls in Abrede gestellte und im Krankenblatt völlig unplausibel begründete Diagnose am 14.03.2002 "Depressive Episode, nicht näher bezeichnet (F32.9, G), da Tochter überdurchschnittl. viel Massagerezepte hat!". Die Kammer ist daher davon überzeugt, dass der Angeklagte diese Scheindiagnosen lediglich zum Zwecke der Verschleierung der vorgenommenen vorsätzlichen Falschabrechnungen – ähnlich wie in den von ihm eingestandenen Fällen der Zeugen A■■■■■- eingetragen hat. Es kommt hinzu, dass die letzten drei Eintragungen am 03.05.2002, 17.07.2002 sowie am 30.10.2002 lediglich die Gebührenziffern 1 ausweisen, jedoch keine weiteren Eintragungen, insbesondere hinsichtlich einer etwaigen Behandlung oder Befunddokumentation enthalten. Auch dies spricht, vergleicht man den vorliegenden Fall mit den übrigen Fällen, in denen der Angeklagte vorsätzlich falsche Abrechnungen vorgenommen hat, dafür, dass der Angeklagte auch vorliegend die Gebührenziffern bewusst zu Unrecht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland abgerechnet hat.

(80) ■■■■■ B ■■■■■

Der Angeklagte hat eine vorsätzliche Falschabrechnung bei der Zeugin B ■■■■■ bestritten und sich eingelassen, er könne sich an diese Zeugin und deren Behandlung angesichts der mittlerweile vergangenen Zeit nicht mehr erinnern. Allerdings könne er sich nicht vorstellen, dass in einem solchen Fall die Patientin nicht vollständig untersucht worden ist, zumal jeder Arzt eine solche Untersuchung zu einem solchen Zeitpunkt vorgenommen hätte. Dies zu unterlassen, wäre ein ärztlicher Kunstfehler gewesen. Dass eine Ganzkörperuntersuchung jedoch nicht stattgefunden hat und der Angeklagte – wie in zahlreichen weiteren Fällen auch – die Gebührenziffer 60 bewusst zu Unrecht abgerechnet hat, steht aufgrund der glaubhaften Aussage der Zeugin, die sich noch gut an den Vorfall erinnern konnte und im Sinne der Feststellung bekundet hat, fest. Die Aussage der Zeugin wird zudem durch die Eintragung im Krankenblatt vom 06.10.2000 bestätigt, wo als Diagnose eine "Herzkrankheit nicht näher bezeichnet (I 51.9)" diagnostiziert ist, sich bezüglich einer durchgeführten Ganzkörperuntersuchung jedoch außer der eingetragenen Gebührenziffer keinerlei Befunddokumentation findet.

**g) Die – patientenbezogene – Berechnung des (konkreten) Schadens in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005**

Die Berechnung des bei den 80 von 100 gesetzlich Versicherten durch die vorsätzlichen Falschabrechnungen verursachten (konkreten) Schadens in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 erfolgte durch die seit 1997 als Sachverständige für Abrechnungen im Gesundheitswesen tätige Sachverständige S ■■■■■.

In der Sache hat die Sachverständige diejenigen Gebührenziffern bei der Schadensberechnung berücksichtigt, die ihr gemäß den getroffenen Feststellungen der Kammer als vorsätzliche Falschabrechnungen "vorgegeben" worden sind.

Soweit in den Tabellen, in denen der durch vorsätzliche Falschabrechnungen verursachte Schaden ausgewiesen ist, teilweise die Gebührenziffern +3450+, +3452 und +8066+ aufgeführt sind, handelt es sich um Ziffern, die am Ende eines Quartals von der Kassenärztlichen Vereinigung automatisch vergeben werden, ohne dass es einer expliziten Abrechnung durch den Vertragsarzt bedarf. Die Gebührenziffer 3450 (Laborgrundgebühr je Behandlungsfall), die Gebührenziffer 3452 (Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels O, je Behandlungsfall) und 8066 (Hausärztliche Grundvergütung, je Behandlungsfall) wurden nur dann beanstandet, wenn feststand, dass ein Behandlungsschein für einen gesetzlich Versicherten zu Unrecht angelegt worden ist (Luftbehandlung) und dadurch in einem Quartal keine abrechnungsfähige Leistung erbracht worden war. Da diese Gebührenziffern automatisch je Behandlungsfall vergeben werden, hat die Kammer die diesbezüglich honorierten Beträge ebenfalls bei der Schadensberechnung berücksichtigt, da dem Angeklagten zugleich auch diese Beträge mit der Abrechnung von Gebührenziffern vergütet worden sind und sich sein Vorsatz daher auch auf deren unrechtmäßige Erlangung bezog.

Soweit teilweise die Gebührenziffern +1R+ bzw. +1M+ in den Tabellen zur Schadensberechnung ausgewiesen sind, handelt es sich hierbei nicht um zusätzliche Gebührenziffern, sondern im Grundsatz um die Gebührenziffer 1 (Ordinationsgebühr), die bei der Honorarberechnung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung in der Weise automatisch "unterteilt" wird, dass "M" bei einem Familienmitglied des gesetzlich Versicherten hinzugefügt wird, während "R" als Abkürzung für Rentner steht. Zudem sind an die Zusätze jeweils unterschiedliche Punkte und damit unterschiedliche Vergütungen geknüpft, die durch den Vertragsarzt jedoch nicht beeinflusst werden können.

Ausgehend von den (rechtlichen) Vorgaben der Kammer hat die Sachverständige für jede beanstandete Gebührenziffer die entsprechende, im EBM zugewiesene Punktzahl mit dem quartalsweise von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland vergebenen Punktwert (in Cent) multipliziert. Aus der Multiplikation der vom EBM festgelegten Punktzahl mit dem von der Kassenärztlichen



Vereinigung Saarland festgesetzten Punktwert ergibt sich für jede Gebührenziffer ein bestimmter Geldbetrag.

Die Höhe des Punktwertes, der bei der Honorarberechnung für das jeweilige Quartal zugrunde gelegt worden ist, wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland in Abhängigkeit von der zur Verfügung gestellten Geldmenge aller gesetzlichen Krankenkassen in einer Region und der Zahl der von den Vertragsärzten abgerechneten Gebührenziffern errechnet. Der in dem jeweiligen Quartal vergebene Punktwert wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland mitgeteilt und von der Sachverständigen S. in die Berechnung übernommen.

Da von der Kassenärztlichen Vereinigung für die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen quartalsbezogen jeweils unterschiedlich hohe Punktwerte bei der Honorarberechnung zugrunde gelegt worden sind und Feststellungen zur Kassenzugehörigkeit (aller) Patienten des Angeklagten nicht getroffen werden konnten, hat die Sachverständige S. – den Vorgaben der Kammer entsprechend – zugunsten des Angeklagten sowohl im "budgetierten" Bereich als auch im "extrabudgetären" Bereich, in dem keine Kürzungen erfolgt sind, jeweils den niedrigsten Kassenpunktwert angesetzt.

Die Berechnung berücksichtigt auch die in den einzelnen Quartalen festgelegten Budgetobergrenzen. Denn von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland wurden im Tatzeitraum für einige Gebührenziffern jeweils Budgetobergrenzen festgesetzt, so dass teilweise nicht alle abgerechneten Gebührenziffern mit ihrem vollem Geldwert honoriert worden sind, sondern durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland pauschale Kürzungen auf einen bestimmten Prozentsatz erfolgten. Demnach ergeben sich in den einzelnen Quartalen mitunter unterschiedliche Anerkennungsquoten für die Gebührenziffern. Sofern daher pauschale Kürzungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland erfolgt sind, wurde der sich aus der Multiplikation der vom EBM festgelegten Punktzahl und dem (quartalsbezogenen) Punktwert ergebende Geldbetrag entsprechend dieser Anerkennungsquote auch durch die Sachverständige S. prozentual

gekürzt. Lediglich dieser gekürzte Geldbetrag wurde sodann von der Kammer als (konkreter) Schaden zugrunde gelegt.

Die festgestellten (konkreten) Schadensbeträge in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005, deren Berechnung die Kammer nachvollzogen hat, ergeben sich demnach aus der Addition der nach der oben dargestellten Methode errechneten Schadensbeträge, die zuvor patientenbezogen ermittelt worden sind.

#### **h) Die Hochrechnung des Schadens**

##### **(1) Allgemeines**

Ausgehend von den getroffenen Feststellungen zu den vorsätzlichen Falschabrechnungen bei 80 von 100 gesetzlich Versicherten und dem ermittelten konkreten Schaden hat die Kammer eine mathematisch-statistische Schadenshochrechnung durch den Sachverständigen Prof. Dr. ■■■■■ F■■■■■, Inhaber des Lehrstuhls für Angewandte Mathematische Statistik an der Technischen Universität K■■■■■■■, vornehmen lassen. Die nachfolgenden Erläuterungen zur Schadenshochrechnung beruhen daher maßgeblich auf den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. F■■■■■.

Der Sachverständige hat dabei auf der Grundlage des ihm von der Sachverständigen S■■■■ zur Verfügung gestellten Datenmaterials für die Quartale 2/2000 bis einschließlich 2/2004 für jede beanstandete Gebührenziffer eine quartalsbezogene Schadenshochrechnung vorgenommen.

Für die Quartale 3/2004 bis 1/2005 konnte demgegenüber eine mathematisch-statistische Hochrechnung nicht erfolgen, da der Angeklagte zusammen mit seinem Bruder ■■■■■ P■■■■■ mit Beginn des 3. Quartals 2004 eine Gemeinschaftspraxis führte und nach Auskunft des Zeugen W■■■■■ von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ab diesem Zeitpunkt eine Trennung der von dem Angeklagten einerseits und seinem Bruder andererseits abgerechneten Patienten und Leistungsziffern nicht möglich war. Durch die Beschränkung des

für die Hochrechnung zur Verfügung stehenden Zeitraums verringerte sich der Stichprobenumfang der ursprünglich ausgewählten gesetzlich Versicherten von 100 auf 92, was bei der Berechnung des Garantieschadens durch den Sachverständigen berücksichtigt wurde. Der etwas kleinere Stichprobenumfang hat dabei jedoch keinen Einfluss auf das Garantieniveau des errechneten Gesamtschadens von 99,5 %.

Da der Bruder des Angeklagten die Genehmigung zur Substitutionsbehandlung von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland erst am 06.10.2004, mithin erst zu Beginn des 4. Quartals 2004 erhielt und daher im 3. Quartal 2004 zur Abrechnung der Gebührenziffern 202 bis 204 (noch) nicht berechtigt war, konnte jedoch eine separate Schadenshochrechnung bezüglich der Gebührenziffern 202 bis 204 im 3. Quartal 2004 erfolgen.

Die Kammer hat mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft zudem diejenigen Gebührenziffern gemäß § 154 a Abs. 2 StPO als "abtrennbare Teile" der Tat von der Schadensberechnung ausgenommen, bei denen der hochgerechnete Garantieschaden im Tatzeitraum unter einem Betrag von 2.500 € lag.

## **(2) Auswahl und Umfang der Stichprobe (Größe und Repräsentativität)**

Bei den zur Ermittlung des Umfangs der vorgenommenen vorsätzlichen Falschabrechnungen und des Abrechnungsverhaltens des Angeklagten im Tatzeitraum herangezogenen 100 gesetzlich Versicherten, deren Zahl sich durch die Beschränkung der Hochrechnung auf die Quartale 2/2000 bis 2/2004 auf 92 verringert hat, handelt es sich um eine für eine mathematisch-statistische Schadenshochrechnung geeignete "Zufallsstichprobe".

Die Größe der Stichprobe ist für eine statistische Hochrechnung ausreichend bemessen. Dies hat der Sachverständige Prof. Dr. F. [REDACTED] bestätigt, wobei er darauf hingewiesen hat, dass statistische Analysen generell auch bei sehr viel kleineren Stichproben zulässig seien.

Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen handelt es sich auch um eine repräsentative und damit für eine Hochrechnung geeignete "Zufallsstichprobe". Dies gilt nach den Bekundungen des Sachverständigen insbesondere auch mit Blick auf die vorgenommene Auswahl der gesetzlich Versicherten anhand der Anfangsbuchstaben "A" und "B", da dieses Auswahlverfahren – ebenso wie die Auswahl mittels eines Zufallsgenerators – in dem Sinne objektiv ist, dass die Auswahl der individuellen Patienten nicht von den Personen beeinflusst werden kann, die die Daten später auswerten.

Es bestehen insbesondere keine Anhaltspunkte dafür, dass der Angeklagte bei gesetzlich Versicherten mit den Anfangsbuchstaben "A" und "B" oder bei Versicherten mit "Migrationshintergrund" überdurchschnittlich viele vorsätzliche Falschabrechnungen vorgenommen haben könnte, so dass auch insoweit die Repräsentativität der Stichprobe nicht in Frage gestellt wird. Denn nach den getroffenen Feststellungen hat der Angeklagte, der eine entsprechende Behauptung auf Nachfrage nicht aufstellen wollte, vorsätzliche Falschabrechnungen willkürlich und unabhängig von der Person des gesetzlich Versicherten vorgenommen. Hierfür spricht zudem, dass der Angeklagte auch in den Fällen des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse zahlreiche Gebühreuziffern vorsätzlich falsch abgerechnet hat, was darauf schließen lässt, dass er bewusste Falschabrechnungen über den gesamten Tatzeitraum wahllos vorgenommen hat.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen, denen sich die Kammer anschließt, ist auch die (vergleichsweise hohe) Zahl an gesetzlich Versicherten mit "Migrationshintergrund" kein Umstand, der den Charakter der Patientenauswahl als Zufallsstichprobe in Frage stellen könnte. Um einen Einfluss auf die mathematisch-statistische Hochrechnung auszuschließen, hat der Sachverständige diesbezüglich sowohl eine testweise Berechnung anhand der gesamten Stichprobe als auch eine Vergleichsrechnung mit einer kleineren Teilstichprobe durchgeführt, die nur aus denjenigen Personen besteht, deren Namen keinen "Migrationshintergrund" vermuten lässt. Da der Sachverständige bei beiden Berechnungen zu nahezu identischen Ergebnissen gelangt ist, hat er einen Ein-

fluss der Stichprobenauswahl auf den errechneten Schaden – für die Kammer nachvollziehbar – ausgeschlossen.

Es kommt hinzu, dass auch Art und Umfang der bei den einzelnen "Zufallspatienten" konkret festgestellten vorsätzlichen Falschabrechnungen keinen Hinweis auf eine Korrelation zwischen der Herkunft des gesetzlich Versicherten und dem Umfang der vorgenommenen Falschabrechnungen ergeben haben, zumal das vertragsärztliche Abrechnungssystem insoweit gleichermaßen missbrauchsanfällig ist, da – unabhängig von seiner Herkunft – kein "Kassenpatient" Kenntnis von den durch den Vertragsarzt abgerechneten Gebührenziffern erhält.

Bei der Schadenshochrechnung wurde allerdings dem Umstand Rechnung getragen, dass bei der Auswahl der letztlich in die Stichprobe übernommenen gesetzlich Versicherten im Ermittlungsverfahren nur solche Personen herangezogen worden sind, die für die ermittelnden Polizeibeamten (kurzfristig) erreichbar waren. Aus diesem Grunde waren in dem Stichprobenumfang insgesamt 20 gesetzlich Versicherte mit den Anfangsbuchstaben "A" und "B" nicht enthalten, da – wie der Zeuge D. [REDACTED] bekundet hat – diese zur polizeilichen Vernehmung nicht erschienen waren oder keine Aussage bei der Polizei tätigen wollten.

Der Sachverständige hat hierzu ausgeführt, dass solche "Antwortausfälle" grundsätzlich nichts an der Gültigkeit der anschließenden statistischen Auswertung ändern, sofern man von der durchaus plausiblen Annahme ausgehe, dass die Anzahl der Beanstandungen bei diesen Personen keine wesentlichen Unterschiede zu den in die Stichprobe übernommenen gesetzlich Versicherten aufwiesen. Gleiches gelte, wenn man die – ebenfalls plausible – Annahme zugrunde lege, dass diese 20 Personen bei der Polizei keine Aussage machen wollten, weil sie sich über die Existenz zu beanstandender Abrechnungen bewusst waren und entweder sich selbst oder den behandelnden Arzt nicht belasten wollten. Denn in diesem Fall wäre zu vermuten, dass eher mehr Beanstandungen vorliegen als bei den übrigen gesetzlich Versicherten der Stichprobe. Da eine Abhängigkeit zwischen "Antwortausfall" und Beanstandungsumfang jedoch nicht von vornherein ausgeschlossen werden konnte und Feststellungen

zum Umfang vorsätzlicher Falschabrechnungen des Angeklagten bei diesen 20 Personen ohne eine umfangreichere Beweisaufnahme nicht getroffen werden konnte, ist die Kammer – einem entsprechenden Vorschlag des Sachverständigen folgend – zugunsten des Angeklagten davon ausgegangen, dass bei diesen 20 Personen keine vorsätzlichen Falschabrechnungen erfolgt und die in Ansatz gebrachten Gebührensätze dementsprechend sämtlich "beanstandungsfrei" sind, auch wenn dies sowohl nach der Einschätzung des Sachverständigen als auch nach Auffassung der Kammer mit Blick auf das Abrechnungsverhalten des Angeklagten und den Umfang der festgestellten vorsätzlichen Falschabrechnungen im Tatzeitraum eher fern liegend erscheint. Die Kammer hat diese für den Angeklagten günstigste Annahme jedoch aus verfahrensökonomischen Gründen bei der Schadensberechnung zugrunde gelegt.

In mathematisch-statistischer Hinsicht hat der Sachverständige diesen Umstand ("20 Antwortausfälle") in der Weise berücksichtigt, dass er auf den errechneten Garantieschaden einen entsprechenden Abschlag vorgenommen hat. Da in den Quartalen 2/2000 bis 2/2004 bei 92 von insgesamt 100 gesetzlich Versicherten Gebührensätze durch den Angeklagten abgerechnet worden sind, hat der Sachverständige den errechneten Schaden mit dem Faktor  $92/112$  multipliziert, so dass sich die errechneten Schadensbeträge entsprechend verringert haben.

### **(3) Gleichförmigkeit des (betrügerischen) Abrechnungsverhaltens des Angeklagten im Tatzeitraum**

Das Abrechnungsverhalten des Angeklagten, insbesondere Art und Umfang der vorgenommenen vorsätzlichen Falschabrechnungen, sind im Tatzeitraum auch jeweils hinreichend "gleichförmig", so dass die durchgeführte Schadenshochrechnung auch in dieser Hinsicht den Vorgaben der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs entspricht (vgl. BGH, 4 StR 419/89, Abs.-Nr. 22 [Juris]).

Der Sachverständige Prof. Dr. F. [REDACTED] hat die Gleichförmigkeit des (betrügerischen) Abrechnungsverhaltens des Angeklagten anhand des von ihm ange-

wandten Superpopulationsmodells bestätigt und dies – für die Kammer nachvollziehbar – mit der zeitlichen Homogenität des Abrechnungsverhaltens begründet. Denn der Sachverständige hat überzeugend dargelegt, dass sich die von ihm beobachteten Verläufe der Abrechnungszahlen so verhalten, wie man es von einer Zufallsstichprobe erwarte. Dass die abgerechneten Leistungsziffern im Tatzeitraum (deutlich) angewachsen seien, spreche dabei nicht gegen die zeitliche Homogenität und damit auch nicht gegen eine hinreichende Gleichförmigkeit des Abrechnungsverhaltens. Denn die jeweiligen Beanstandungsquoten seien für alle Leistungsziffern über den gesamten Tatzeitraum hinweg zeitlich homogen, d.h. dass das Verhältnis zwischen Beanstandungen und eingereichten Abrechnungen zu den einzelnen Leistungsziffern in der Gesamtpopulation aller Patienten bleibe über die Quartale hinweg konstant.

Auch der Umstand, dass einzelne (vorsätzlich falsch abgerechnete) Gebührenziffern erst ab einem bestimmten Zeitpunkt auftreten, lässt die zeitliche Homogenität und damit die hinreichende Gleichförmigkeit des (betrügerischen) Abrechnungsverhaltens des Angeklagten unberührt. Dies hat der Sachverständige überzeugend damit begründet, dass die mathematisch-statistischen Schadensberechnungen für jede einzelne Leistungsziffer separat durchgeführt worden seien, so dass "de facto" für jede einzelne Leistungsziffer nur ein kürzerer Untersuchungszeitraum angesetzt worden sei, was zu einem jeweils eigenen Garantieschaden für jede Leistungsziffer führe. Erst diese einzeln berechneten Garantieschäden hat der Sachverständige anschließend zusammengerechnet.

Anders als in dem der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 14.12.1989 zugrunde liegenden tatrichterlichen Urteil (vgl. BGH, 4 StR 419/89, Abs-Nrn. 11 ff. [Juris]) mussten daher keine Beanstandungsquoten auf Tatzeiträume erstreckt werden, zu denen keine unmittelbaren Feststellungen hinsichtlich des Abrechnungsverhaltens des Angeklagten getroffen worden sind. Vielmehr decken die getroffenen (konkreten) Feststellungen zu den vorgenommenen Falschabrechnungen den gesamten Tatzeitraum ab und bilden somit eine unmittelbare Feststellungsgrundlage für die Gleichförmigkeit des Fehlverhaltens des Angeklagten und die vorgenommene Schadenshochrechnung.

Die Gleichförmigkeit des (betrügerischen) Abrechnungsverhaltens des Angeklagten ergibt sich – neben der von dem Sachverständigen festgestellten zeitlichen Homogenität – zudem aus den Feststellungen, die die Kammer zu den Einzelfällen getroffen hat. Danach hat der Angeklagte über den gesamten Tatzeitraum insbesondere die Gebührenziffern 202 bis 204, 850 und 851 jeweils nach demselben "Tatmuster" falsch abgerechnet. Gleiches gilt auch für die beanstandeten Gesprächsleistungen (insbesondere für die Gebührenziffern 1, 2 und 10), zumal der Angeklagte gegenüber dem Praxispersonal die Anweisung erteilt hatte, Gebührenziffern auch ohne den erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakt in das Krankenblatt einzutragen, etwa bei der Ausstellung von Folge-Rezepten, die die Patienten jeweils an der Anmeldung von den nichtärztlichen Mitarbeitern ausgehändigt bekamen. Darüber hinaus sprechen der Umfang der Falschabrechnungen sowie auch der Umstand, dass der Angeklagte über den gesamten Tatzeitraum bei zahlreichen Patienten wahllos Gebührenziffern zu Unrecht abgerechnet hat, dafür, dass der Angeklagte durchgängig seine vertragsärztliche Stellung zum Zwecke des Abrechnungsbetruges missbraucht und es sich daher gerade nicht um ein zeitlich beschränktes bzw. vorübergehendes Fehlverhalten bei einzelnen ausgesuchten Patienten gehandelt hat.

Auch die von dem Landgericht Saarbrücken in dem rechtskräftigen Urteil vom 08.07.2010 getroffenen Feststellungen, die der Verurteilung des jugoslawischen Staatsangehörigen [REDACTED] O [REDACTED] wegen Beihilfe zum Betrug des Angeklagten zugrunde liegen, belegen nach Überzeugung der Kammer, dass der Angeklagte im Tatzeitraum willkürlich und wahllos Gebührenziffern des EBM bewusst zu Unrecht abgerechnet hat und dass es sich bei den manipulierten Abrechnungen des Angeklagten – entsprechend den auch im vorliegenden Verfahren getroffenen Feststellungen – im Tatzeitraum um ein übliches und durchgängiges Verhalten handelte. In dem Urteil hat das Landgericht sind folgende Feststellungen getroffen:



„Der Angeklagte war [...] mit Dr. P. [...] bekannt.

[...]

Der Angeklagte besuchte Dr. P. auch mehrfach zu Hause. Sie waren zur damaligen Zeit in derselben politischen Partei.

Auch war der Angeklagte Gast bei der Feier zum 40. Geburtstag der Lebensgefährtin des Dr. P.

[...]

In der Zeit vom 09.1.2001 bis zum 23.10.2002 beschaffte der Angeklagte dem gesondert verfolgten Dr. med. P. der in Saarbrücken als niedergelassener Arzt eine Praxis betrieb, als sogenannter „Kartensammler“ die Krankenversicherungskarten seiner Verwandten O. geb. 1955, A. geb. 1956, K. geb. 1987, K. geb. 1985, M. da, geb. 1984 und M., geb. 1995. Die Krankenversicherungskarten wurden sodann in der Praxis des Dr. P. in den dortigen PC [...] eingelesen. Absprachegemäß rechnete sodann Dr. P. mit Hilfe der Patientenstammdaten angeblich durchgeführte Behandlungen der genannten Personen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ab, obwohl die Versicherten mit Ausnahme einer einmaligen Behandlung des Versicherten U. nie in der Praxis des Dr. P. gewesen waren und auch Behandlungen im Sinne der in Ansatz gebrachten Gebührensätze nie stattgefunden hatten.

Hierdurch entstand der durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland vertretenen Ärzteschaft ein Schaden in Höhe von 696,29 Euro [...].“

#### (4) Mathematisch-statistische Berechnungsmethode

Die Schadenshochrechnung des Sachverständigen Prof. Dr. F. für die Quartale 2/2000 bis 2/2004 beruht im Grundsatz auf einem Superpopulationsmodell, das auf der (vorliegend zutreffenden) Annahme beruht, dass die Falschabrechnungen nach einem einheitlichen, homogenen Muster entstanden sind. Wesentliche Grundlage der Berechnung bilden dabei die Beanstandungsquoten zu den einzelnen Leistungsziffern in der Grundgesamtheit aller Patienten, die durch das Verhältnis der beanstandeten Leistungen zu allen Leistungen in der Stichprobe der ausgewählten Patienten „geschätzt“ werden. Zusammen mit der Gesamtzahl der gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland insgesamt abgerechneten Gebührensätzen und deren Geldwert je Quartal lässt sich daraus der Gesamtschaden je Quartal berechnen. Der durch den Sachverständigen Prof. Dr. F. errechnete Schaden erreicht dabei jeweils ein mathematisch-statistisches Garantieniveau von 99,5 %. Der berechnete Garantie-

schaden liegt demnach in höchstens 0,5 % der Fälle, d.h. in einem von 200 Fällen, über dem tatsächlich entstandenen Gesamtschaden.

Damit ist nach der Einschätzung des Sachverständigen, die von der Kammer geteilt wird, ein statistisches Niveau erreicht, dass mit hinreichend großer Sicherheit eine untere Schranke für den Anteil der zu beanstandenden Leistungen aller Patienten im Tatzeitraum liefert.

Lediglich bei der Berechnung des Garantieschadens bezüglich der abgerechneten Gebührenziffern 202 bis 204 ("Substitutionsziffern") und 801 (Klinisch-neurologische Basisdiagnostik) hat sich der Sachverständige eines so genannten "Bootstrap-Verfahrens" bedient. Dieses Verfahren wurde durch den Sachverständigen der Berechnung deshalb zugrunde gelegt, weil aufgrund der von der Kammer getroffenen Feststellungen zu den vorsätzlichen Falschabrechnungen des Angeklagten bei diesen Gebührenziffern der Beanstandungsquotient nahe der Zahl "1" lag, mithin fast alle abgerechneten Gebührenziffern als vorsätzliche Falschabrechnungen beanstandet worden sind. In einem solchen Fall lässt sich nach den Ausführungen des Sachverständigen mithilfe eines Bootstrap-Verfahrens jedoch ebenfalls eine statistische Hochrechnung durchführen, die zu einem errechneten Schadensbetrag mit einem Garantieniveau von 99,5 % führt.

Da bei den Gebührenziffern 203 und 801 in den Quartalen II/2002 bis II/2004 ausnahmslos alle Gebührenziffern (konkret) beanstandet worden sind, war nach den Ausführungen des Sachverständigen insoweit das Bootstrapverfahren nicht anwendbar, so dass die Berechnung des Garantieschadens diesbezüglich anhand der exakten Binominalverteilung erfolgt ist. Auch insoweit wird jedoch – ungeachtet des abweichenden mathematisch-statistischen Berechnungsmodells – ein Garantieniveau von 99,5 % erreicht.

Auch der Sachverständige Prof. Dr. F. [REDACTED] hat – ebenso wie die Sachverständige S. [REDACTED] – bei seiner Berechnung jeweils den niedrigsten Quartalspunktwert zugrunde gelegt und die Anerkennungsquoten der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland in den verschiedenen Quartalen berücksichtigt, so dass den aufgrund von Budgetierungen vorgenommenen pauschalen Kürzungen bei be-

stimmten Gebührenszißern im Rahmen der Schadenshochrechnung Rechnung getragen worden ist.

Dass es sich bei dem hochgerechneten Schadensbetrag von insgesamt **394.496,80 €** – zugunsten des Angeklagten – lediglich um einen "Mindestschaden" handelt und der tatsächlich verursachte Schaden deutlich höher liegen dürfte, ergibt sich nicht nur aus dem Umstand, dass der hochgerechnete Schadensumfang ein mathematisch-statistisches Sicherheitsniveau von 99,5 % erreicht, sondern auch daraus, dass der Sachverständige bei seiner Schadensberechnung jeweils von den niedrigsten quartalsweise angesetzten Punktwerten ausgegangen ist und bei den 20 nicht in die Stichprobe übernommenen gesetzlich Versicherten (20 "Antwortausfälle") die für den Angeklagten günstigste Annahme zugrunde gelegt hat, dass diesbezüglich keine Falschabrechnungen vorgenommen worden sind. Es kommt hinzu, dass für die Quartale 3/2004 bis 1/2005 aufgrund der ab dem 3. Quartal 2004 geführten Gemeinschaftspraxis keine Schadenshochrechnung erfolgen konnte, sondern lediglich für die Gebührenszißern 202 bis 204 im Quartal 3/2004 ein (separater) Garantieschaden errechnet worden ist, obwohl die konkret festgestellten Falschabrechnungen auch in den letzten beiden (umsatzstarken) Quartalen die Annahme eines gleichförmig fortdauernden Fehlverhaltens des Angeklagten auch in diesem Tatzeitraum nahe legen. Schließlich kommt hinzu, dass gemäß § 154 a Abs. 2 StPO diejenigen Gebührenszißern von der Schadensberechnung ausgenommen worden sind, deren Garantieanteil am Gesamtschaden unter einem Betrag von 2500 € lag.

**i) Regressforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland gegen den Angeklagten**

Die Höhe der von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland gegen den Angeklagten geltend gemachten Regressansprüche ergibt sich aus den entsprechenden Festsetzungsbescheiden. Die Höhe der erfolgten Aufrechnungen, die von dem Angeklagten nicht in Abrede gestellt worden sind und zu einem nach-

träglichen (teilweisen) Schadensausgleich geführt haben, beruht auf einer entsprechenden Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland.

Der Stand der sozialgerichtlichen Verfahren ergibt sich aus den im Verfahren L 3 KA 24/07 (= S 2 KA 177/06) ergangenen Entscheidungen, insbesondere aus dem Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 26.04.2007, mit dem die Klage des Angeklagten gegen den Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland vom 03.04.2006 abgewiesen worden ist sowie aus dem Beschluss vom 19.09.2008, mit dem das Landessozialgericht für das Saarland das Verfahren bis zum rechtskräftigen Abschluss des vorliegenden Strafverfahrens ausgesetzt hat.

**j) Bisherige und zu erwartende berufsrechtliche Folgen für den Angeklagten**

Die Feststellungen zur Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung ergeben sich aus dem Urteil des Sozialgerichts für das Saarland vom 14.03.2007. Zudem hat der Angeklagte den rechtskräftigen Entzug seiner vertragsärztlichen Zulassung bestätigt und – in Übereinstimmung mit dem Akteninhalt – erklärt, die zunächst eingelegte Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts wieder zurückgenommen zu haben.

Die Feststellungen zum Stand des Approbationsentziehungsverfahrens beruhen auf der entsprechenden Auskunft des Landesamtes für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz – Zentralstelle für Gesundheitsberufe – vom 21.10.2010.

#### **IV. Rechtliche Würdigung**

##### **1. Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB)**

###### **a) Schuldspruch in drei Fällen (Fälle "S", "G" und "R")**

Aufgrund der unter II. 1. getroffenen Feststellungen hat sich der Angeklagte wegen Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB) in drei Fällen strafbar gemacht. Die jeweiligen Einzeltaten stehen zueinander im Verhältnis der Tatmehrheit (§ 53 Abs. 1 StGB).

In allen Einzelfällen hat der Angeklagte unter der für ihn maßgeblichen Berufsbezeichnung als Arzt (vgl. Erb, in: Münchener Kommentar zum StGB, 2006, § 278, Rn. 2) Zeugnisse über den Gesundheitszustand eines Menschen ausgestellt.

Unter den Begriff des Gesundheitszeugnisses im Sinne des § 278 StGB fallen alle körperlich fixierten Aussagen (Bescheinigungen) über die körperliche oder psychische Gesundheit oder Krankheit eines (lebenden) Menschen, wobei die Zeugnisse sowohl den gegenwärtigen Befund als auch frühere Krankheiten und deren Folgen betreffen können (Fischer, StGB, 58. Aufl. 2011, § 277, Rn. 3). Gesundheitszeugnisse im Sinne des § 278 StGB sind daher insbesondere auch die durch den Angeklagten verfassten ärztlichen Bescheinigungen mit Darstellung der Krankengeschichte, Befunden und Empfehlungen (vgl. Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl. 2008, § 9, Rn. 388 sowie Ulsenheimer, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 146, Rn. 7).

Die einzelnen Gesundheitszeugnisse waren auch jeweils inhaltlich unrichtig. Unrichtig ist ein Gesundheitszeugnis, wenn wesentliche Feststellungen, z.B. die Vornahme einer Untersuchung oder die tatsächlichen Grundlagen des Gutachtens nicht im Einklang mit den Tatsachen oder anerkannten Lehren der medizinischen Wissenschaft stehen, mag auch die Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustandes im Ergebnis letztlich zutreffend sein (Ulsenheimer, in:

Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 146, Rn. 9). Unrichtig ist ein Gutachten daher auch dann, wenn bei richtigem Gesamtbefund falsche Einzelbefunde (z.B. Labor- oder sonstige Messwerte) angegeben werden, selbst wenn die falschen Einzelbefunde das Gesamtergebnis des Gesundheitszeugnis nicht berühren (BGHSt 10, 157, 158; Fischer, § 278, Rn. 4). Unrichtig ist ein Gesundheitszeugnis auch dann, wenn der Befund ohne Vornahme einer ärztlichen Untersuchung bescheinigt wird (RGSt 74, 229, 231; BGHSt 6, 90, 92; BGH, NStZ-RR 2007, 343, 344).

Alle Gesundheitszeugnisse waren von dem Angeklagten auch "zum Gebrauch bei einer Behörde" bestimmt. Denn bei den Adressaten, die in den Gesundheitszeugnissen von dem Angeklagten explizit benannt worden sind, handelt es sich sämtlich um Behörden im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 7 StGB. Dies gilt für das Suchtmedizinische Kurzgutachten über den Zeugen [REDACTED] S. [REDACTED], das der Angeklagte "zur Verwendung in einem Gerichtsprozess" anlässlich eines Hauptverhandlungstermins bei dem Amtsgericht Aachen ausgestellt hatte, für das Gutachten "zur Vorlage bei der Straßenverkehrsbehörde" im Fall "[REDACTED] G. [REDACTED]" sowie für das Schreiben an die Kreisverwaltung Kusel im Fall "[REDACTED] R. [REDACTED]".

Sofern die Zweckbestimmung nicht von dem Angeklagten, sondern von dem jeweiligen Patienten als Auftraggeber vorgegeben worden ist, lässt dies die Strafbarkeit unberührt (LK-Zieschang, 12. Auflage 2009, § 278, Rn. 9).

Da der Angeklagte jeweils wusste, dass die von ihm ausgestellten Gesundheitszeugnisse inhaltlich unrichtig waren, handelte er vorsätzlich und zugleich wider besseres Wissen. Der subjektive Tatbestand erfordert demgegenüber nicht, dass der Arzt das Gesundheitszeugnis in der Absicht unrichtig ausstellt, die Behörde zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Maßnahme zu veranlassen, die sie sonst nicht treffen würde (BGHSt 10, 157, 160), auch wenn hiervon bei dem Angeklagten ebenfalls ausgegangen werden könnte.

**b) Einstellung infolge (absoluter) Verjährung in zwei Fällen (Fälle "S" und "H")**

Den Strafatbestand des § 278 StGB hat der Angeklagte darüber hinaus auch in den Fällen „S“ und „H“ (Tatvorwürfe zu den Ziffern 4 und 7 der Anklageschrift vom 26.07.2007 [04 Js 1998/05]) erfüllt.

Bezüglich dieser Tatvorwürfe ist jedoch bereits Verjährung (§ 78 StGB) eingetreten, so dass insoweit ein endgültiges Verfahrenshindernis besteht und im Urteil die Einstellung des Verfahrens auszusprechen war (§ 260 Abs. 3 StPO).

Denn die Tatvorwürfe des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB) verjähren gemäß § 78 Abs. 3 Nr. 4 StGB grundsätzlich in fünf Jahren. Die absolute Verjährungsfrist gemäß § 78 c Abs. 3 Satz 2 StGB beträgt demnach zehn Jahre. Ein Ruhen der Verjährung durch die Eröffnung des Hauptverfahrens (§ 78 c Abs. 3 Satz 3 i.V.m. § 78 b Abs. 4 StGB) kommt bei § 278 StGB, der keine besonders schweren Fälle normiert, nicht in Betracht. Der Ablauf der absoluten Verjährungsfrist wäre daher gemäß § 78 c Abs. 3 Satz 3 i.V.m. § 78 b Abs. 3 StGB erst mit der Verkündung des erstinstanzlichen Urteils gehemmt worden.

Da der Tatbestand des § 278 StGB mit dem Ausstellen des unrichtigen Gesundheitszeugnisses sowohl vollendet (Cramer/Heine, in: Schönke/Schröder, StGB, 28. Aufl. 2010, § 278, Rn. 5; LK-Zieschang, 12. Aufl. 2009, § 278, Rn. 13) als auch beendet ist (A. Koch, in: Dölling/Duttge/Rössner, Gesamtes Strafrecht, 2. Aufl. 2011, § 278 StGB, Rn. 2), begann gemäß § 78 a StGB zu diesem Zeitpunkt auch die Verjährungsfrist zu laufen. Demgemäß waren die Tatvorwürfe, in denen die unrichtigen Gesundheitszeugnisse am 22.01.2001 (Fall "H") bzw. am 29.01.2001 (Fall "S") ausgestellt worden sind, zum Zeitpunkt der Urteilsverkündung am 19.05.2011 bereits (absolut) verjährt.

**2. Beihilfe zum Abrechnungsbetrug des Orthopäden ■■■■■ E■■■■ (§§ 263 Abs. 1, 27 StGB)**

Dadurch, dass der Angeklagte dem Orthopäden ■■■■■ E■■■■ zum Zwecke fortlaufender Falschabrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland die Stammdaten von 112 gesetzlich Versicherten zur Verfügung gestellt hat, hat sich der Angeklagte der Beihilfe zum (zwanzigfachen) Betrug strafbar gemacht (§§ 263 Abs. 1, 27 StGB).

Der Angeklagte hatte auch den erforderlichen Gehilfenvorsatz. Denn er wollte durch seinen Tatbeitrag die Haupttat des mit ihm befreundeten Orthopäden E■■■■ fördern und damit zur Tatbestandsverwirklichung beitragen. Dass der Angeklagte den genauen Umfang der vorgenommenen Falschabrechnungen nicht kannte, lässt den Gehilfenvorsatz unberührt. Denn es genügt, dass der Angeklagte die wesentlichen Merkmale (Unrechts- und Angriffsrichtung) der Haupttat erkennt (Fischer, § 27, Rn. 22). Der Gehilfenvorsatz ist daher bereits dann hinreichend konkretisiert, wenn der Gehilfe dem Täter ein entscheidendes Tatmittel (vorliegend die Patientenstammdaten der gesetzlich Versicherten) willentlich an die Hand gibt, und damit bewusst das Risiko erhöht, dass eine durch dessen Einsatz geförderte Haupttat verübt wird. Tatzeit oder nähere Details der konkreten Begehungsweise müssen dem Gehilfen demgegenüber nicht bekannt sein (BGHSt 42, 135, 137).

Da der Angeklagte durch eine Beihilfehandlung mehrere Betrugstaten des Orthopäden E■■■■ gefördert hat, liegt lediglich eine Beihilfe im Rechtssinne vor (BGH, NStZ 2000, 83; BGH, NStZ-RR 2008, 168, 169; vgl. auch Fischer, StGB, 58. Aufl. 2011, § 27, Rn. 31).



### **3. *Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrug des Angeklagten in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 (§ 263 Abs. 1 StGB)***

#### **a) Zur Abrechnungsfähigkeit einzelner Gebührenziffern des EBM**

Sofern den abgerechneten Gebührenziffern keine Leistungen des Angeklagten zugrunde lagen, ergibt sich die fehlende Abrechnungsfähigkeit bereits daraus, dass eine nicht erbrachte Leistung keine Vergütungspflicht nach sich ziehen kann. Aber auch soweit ärztliche Leistungen erfolgt sind, stellt die Abrechnung von Gebührenziffern im Rahmen der quartalsbezogenen Sammelerklärung eine Täuschungshandlung dar, wenn die Behandlung den Leistungsinhalt des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht vollständig erfüllt und dies dem Vertragsarzt bewusst ist (zur Maßgeblichkeit des EBM vgl. BGH, NStZ 1993, 388, 389). Daher sind auch solche Leistungen nicht abrechnungsfähig, bei denen die Leistungslegende des EBM explizit eine Dokumentationspflicht als konstitutiven Inhalt der Leistung normiert und die entsprechende Dokumentation fehlt. Denn in diesem Fall ist die Leistung nicht vollständig erbracht worden (Clemens/Steinhilper, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 35, Rn. 15, 22; Steinhilper, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 25, Rn. 28, 31; Janovsky, in: Wabnitz/Janovsky, Handbuch des Wirtschafts- und Steuerstrafrechts, 3. Aufl. 2007, 11. Kap., Rn. 10). Soweit die Leistungslegende eine Dokumentationspflicht explizit vorschreibt, ist daher auch nicht nur die – unabhängig von einer konkreten Gebührenabrechnung bestehende – allgemeine ärztliche Pflicht zur Dokumentation betroffen, deren Verletzung eine Betrugsstrafbarkeit nicht begründen könnte (vgl. hierzu Luig, Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrug und Schadensbestimmung, S. 210 ff.; Badle, NJW 2008, 1028, 1032).

Dies betrifft bezüglich der von dem Angeklagten vorgenommenen vorsätzlichen Falschabrechnungen insbesondere die Gebührenziffern 60 (Ganzkörperstatus), 800 (Erhebung des vollständigen neurologischen Status), 801 (Klinisch-neurologische Basisdiagnostik) und 850 (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände). Eine solche, von der Leistungslegende des EBM geforderte konstitutive Dokumentationspflicht besteht auch bei der

Gebührenziffer 801 (Klinisch-Neurologische Basisdiagnostik), da diese Gebührenziffer in ihrer Leistungslegende die Gebührenziffer 800 in Bezug nimmt, die ihrerseits eine explizite Dokumentationspflicht beinhaltet (vgl. Broglie-Schade, Gebührenhandbuch 2002. Kommentar für Ärzte zum EBM und zur GoÄ, Gebührenziffer 801).

Auch die Abrechnung der Gebührenziffern 202, 203 und 204 des EBM durfte nur erfolgen, sofern in jedem Einzelfall auch ein Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist. Soweit der Angeklagte nach den getroffenen Feststellungen daher schon deswegen keinen Kontakt mit den Substitutionspatienten hatte, weil diese überhaupt nicht in der Praxis des Angeklagten waren, sondern das Methadon bzw. das Subutex durch einen Bekannten oder Verwandten abgeholt wurde, waren die Gebührenziffern schon aus diesem Grunde nicht abrechnungsfähig.

Aber auch soweit der Angeklagte während der Substitutionsvergabe in der Praxis ("sub tectu"), beispielsweise in einem separaten Zimmer "erreichbar" gewesen sein sollte, genügt dies für einen Arzt-Patienten-Kontakt im Sinne der Leistungslegende nicht.

Denn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist für die Abrechnungsfähigkeit einer Leistung der Wortlaut des EBM das maßgebliche Auslegungskriterium (vgl. etwa BSG, Urteil vom 22.03.2006, B 6 KA 44/04 R, Abs.-Nr. 10 [Juris]). In der Leistungslegende der Gebührenziffer 202 heißt es diesbezüglich jedoch ausdrücklich:

*„Die Leistung nach Nr. 202 ist nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abrechnungsfähig“*

Eine Auslegung, die eine bloße Erreichbarkeit des Arztes genügen lässt, widerspricht daher bereits dem eindeutigen Wortlaut der Leistungslegende. Es kommt hinzu, dass eine solche Auslegung in der Sache auf eine (vollständige) Delegation an das nichtärztliche Personal hinausläuft, die jedoch in den Fällen, in denen der Arzt – wie vorliegend bei der Substitutionsbehandlung – eine besonderen Genehmigung zur Durchführung der Behandlung benötigt, von vorn-

herein unzulässig ist (Steinhilper, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 26, Rn. 58).

Eine solche Auslegung der Leistungslegende verstieße zudem gegen § 13 BtmG, wonach Betäubungsmittel – hierzu gehört auch das den Patienten verabreichte Buprenorphin und Methadon (vgl. § 1 Abs. 1 BtMG i.V.m. Anlage III zum BtmG) – nur im Rahmen einer ärztlichen Behandlung verschrieben, verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Zwar darf die Verabreichung auf ärztliche Weisung durch Hilfspersonal erfolgen. Da die Verabreichung aber innerhalb einer ärztlichen Behandlung erfolgen muss, ist stets und zwingend auch eine Untersuchung durch den Arzt selbst erforderlich (Weber, BtMG, 3. Aufl. 2009, § 13, Rn. 18 f.). Für die Abrechnung der Gebührenziffern 202, 203 und 204 folgt daraus, dass aufgrund des Arztvorbehalts des § 13 BtMG eine Delegation an nichtärztliches Personal von vornherein ausscheidet (Kern, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 45, Rn. 6; Bergmann, MedR 2009, 1, 9). Die medizinische Erforderlichkeit eines Arzt-Patienten-Kontakts hat auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Stellungnahme vom 12.09.2005 hervorgehoben, da es gerade bei der Substitutionsvergabe unabdingbar ist, dass sich der Arzt jeweils ein Bild vom Zustand des Patienten macht, zumal diese Patienten häufig eine rapide Veränderung ihres Gesundheitszustandes durchmachen.

Da der Angeklagte eine Auslegung der Gebührenziffern 202 bis 204, die für den Arzt-Patienten-Kontakt eine bloße "Erreichbarkeit" genügen lässt, im Tatzeitraum auch nicht vertreten hat, sondern stets davon ausgegangen ist, dass die von ihm vorgenommene "Abrechnungspraxis" unzulässig war, befand er sich auch zu keinem Zeitpunkt im Irrtum über die Abrechnungsfähigkeit der Gebührenziffer bzw. im Irrtum über die (rechtliche) Auslegung der Leistungslegende.

Auch soweit bis einschließlich zum 2. Quartal 2004 ärztliche Leistungen durch den Bruder des Angeklagten, den Zeugen [REDACTED] P[REDACTED], erbracht worden sein sollten, waren diese nicht abrechnungsfähig. Denn gemäß § 15 BMV-Ä sind persönliche Leistungen des Vertragsarztes nur solche Leistungen, die

durch einen genehmigten Assistenten oder einen angestellten Arzt erbracht werden. Sofern allerdings die erforderliche Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 32 Abs. 2 bzw. § 32 b Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht vorliegt, sind die durch den Assistenten erbrachten Leistungen nicht abrechnungs- und honorierungsfähig (BSG, Urteil vom 10.05.1995, 6 RKa 30/94, Abs.-Nrn. 14 ff. [Juris]; BSG, Urteil vom 28.09.2005, B 6 KA 14/04 R, Abs.-Nr. 10 [Juris]; Clemens/Steinhilper, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 35, Rn. 60 f.). Gleiches gilt für die Leistungen eines Arztes, dem die Kassenarztzulassung oder die Abrechnungsgenehmigung für ein bestimmtes Fachgebiet fehlt, mag er auch die individuelle Qualifikation in diesem Bereich besitzen (Clemens/Steinhilper, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 35, Rn. 24 f., 43, 50).

Hieraus ergibt sich zum einen, dass dem Angeklagten für ärztliche Leistungen seines Bruders, den er nicht nur als vorübergehenden Vertreter, sondern über eine längere Zeit als nicht genehmigten Assistenten eingesetzt hat, keine Honorarvergütung zustand und zum anderen, dass der Bruder des Angeklagten bis einschließlich zum 3. Quartal 2004 nicht zur Übernahme der Substitutionsbehandlung befugt und dementsprechend auch nicht zur Abrechnung der Gebührenziffern 202 bis 204 (Substitutionsbereich) berechtigt war.

#### **b) Täuschungshandlung**

Die Einreichung der Quartalsabrechnungen, in denen der Angeklagte jeweils bewusst wahrheitswidrig versichert hat, die durch ihn abgerechneten Leistungen seien erbracht worden bzw. nach dem EBM abrechnungsfähig gewesen, begründet jeweils die Täuschungshandlung im Sinne des § 263 Abs. 1 StGB (BGH, NJW 1994, 808, 809; Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl. 2008, § 14, Rn. 14/20). Denn rechnet ein Kassenarzt vertragsärztliche Leistungen ab, so behauptet er – konkludent – nicht nur, dass diese Leistungen unter die Leistungsbeschreibung der entsprechenden Gebührenziffer fällt, sondern auch, dass die Leistungen zu den kassenärztlichen Versorgungsleistungen ge-

hören und nach dem allgemeinen Bewertungsmaßstab abgerechnet werden können (BGH, NStZ 1993, 388, 389).

### **c) Irrtum und Vermögensverfügung**

Die in der wahrheitswidrigen Versicherung ordnungsgemäßer Abrechnung liegende Täuschungshandlung hat bei dem jeweiligen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, den Zeugen Dr. L. ■■■■, Dr. F. ■■■■ und Dr. H. ■■■■, auch zu einem entsprechenden Irrtum geführt. Der Bundesgerichtshof hat in seinem Urteil vom 02.08.2006 (1 StR 547/05, Abs.-Nr. 34 [Juris]) ausgeführt, dass es bei dem auf Massenerledigung angelegten kassenärztlichen Abrechnungsverfahren nicht erforderlich sei, dass der jeweilige Mitarbeiter hinsichtlich jeder einzelnen geltend gemachten Position die positive Vorstellung haben müsse, sie sei der Höhe nach berechtigt; vielmehr genüge die stillschweigende Annahme, die ihm vorliegende Abrechnung sei insgesamt "in Ordnung". Daher setzt ein Irrtum nicht voraus, dass tatsächlich eine Überprüfung der Abrechnungen im Einzelfall durchgeführt wurde. Ausgehend von diesen rechtlichen Maßstäben und den getroffenen Feststellungen zum Vorstellungsbild der Zeugen liegt daher ein täuschungsbedingter Irrtum vor.

Dieser Irrtum hat auch zu einer kausalen Vermögensverfügung, nämlich zur Auszahlung der in den Honorarbescheiden (irrtumsbedingt) festgesetzten Geldbeträge an den Angeklagten geführt (vgl. BGH, Urteil vom 01.09.1993, 2 StR 258/93, Abs.-Nr. 18 [Juris]; Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl. 2008, Rn. 14/22).

### **d) Schaden**

Durch die Honorarauszahlung hat der Angeklagte zugleich einen Vermögensschaden im Umfang der unberechtigt geltend gemachten Leistungen verursacht (BGH, NStZ 1993, 388, 389), der aufgrund des Systems der vertragsärztlichen

Abrechnung bei den ordnungsgemäß abrechnenden Kassenärzten, die in den jeweiligen Quartalen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland waren, eingetreten ist (vgl. Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl. 2008, Rn. 14/7, 14/22).

Ein Vermögensschaden ist auch eingetreten, soweit Leistungsziffern abgerechnet worden sind, obwohl die in der Leistungslegende der Gebührenziffer vorgeschriebene Dokumentation nicht erfolgt ist (vgl. bereits oben IV. 3. a). Dass insoweit in Einzelfällen eine ärztliche Leistung in der Sache (teilweise) erfolgt ist, steht dem Schadenseintritt nicht entgegen. Denn nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH, 4 StR 280/94, Beschluss vom 28.09.1994 = NStZ 1995, 85; vgl. auch BGH, 3 StR 161/02, Urteil vom 05.12.2002, Abs.-Nr. 27 ff. [Juris] = NStZ 2003, 313) gilt auch im Strafrecht die streng formale Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts, wonach eine Leistung auch dann nicht abrechnungsfähig ist, wenn es an der Erfüllung formaler Voraussetzungen fehlt, die Leistungen jedoch im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2004, B 6 KA 14/03 R, Abs.-Nr. 23 [Juris] m.w.N.). Sofern daher die festgestellten vorsätzlichen Falschabrechnungen auf der Nichterfüllung der dem Angeklagten bekannten Dokumentationspflichten beruhen, jedoch eine ärztliche Leistung in der Sache erfolgt ist bzw. eine Leistungserbringung zugunsten des Angeklagten nicht auszuschließen war, hat die Kammer diesen Umstand – entsprechend der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH, 4 StR 280/94, Beschluss vom 28.09.1994 = NStZ 1995, 85) – im Rahmen der Strafzumessung zugunsten des Angeklagten berücksichtigt (vgl. unten V. 3. und 4.).

#### **e) Vorsatz und Bereicherungsabsicht**

Der Vorsatz des Angeklagten hinsichtlich der zu Unrecht abgerechneten Leistungen ergibt sich aus den getroffenen Feststellungen. Danach war dem Angeklagten insbesondere auch in den Fällen fehlender Dokumentation jeweils be-

wusst, dass die Leistung nicht vollständig erbracht und damit nicht abrechnungsfähig war.

Da der Angeklagte durch die vorgenommenen vorsätzlichen Falschabrechnungen eine höhere Honorierung durch die Kassenärztliche Vereinigung erstrebte, handelte er auch mit Bereicherungsabsicht.

#### **f) Konkurrenzen**

Jede unrichtige Quartalsabrechnung stellt eine selbständige Täuschungshandlung im Sinne des § 263 Abs. 1 StGB dar, so dass die 20 Einzeltaten im Verhältnis der Tatmehrheit zueinander stehen (vgl. Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl. 2008, § 14, Rn. 14/26).

### **V. Strafzumessung**

#### **1. Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse**

Bezüglich der drei Taten des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse, bei denen eine Verurteilung erfolgt ist (Fälle "S" und "G" und "R"), ist die Kammer jeweils von dem Strafraum des § 278 StGB ausgegangen.

Im Rahmen der Strafzumessung hat die Kammer zugunsten des Angeklagten insbesondere berücksichtigt, dass dieser nicht (einschlägig) vorbestraft ist, die Taten mittlerweile längere Zeit zurückliegen und teilweise schon kurz vor dem Ablauf der absoluten Verjährungsfrist standen. Zudem hat die Kammer – entsprechend der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGHSt 52, 124, 141 f.) – unabhängig von der Gewährung eines Vollstreckungsabschlages aufgrund rechtsstaatswidriger Verfahrensverzögerung die lange Verfahrensdauer sowie die bereits eingetretenen (Entzug der vertragsärztlichen Zulassung; Ruhen der

Approbation) und noch zu erwartenden beruflichen Folgen (Widerruf der Approbation) zugunsten des Angeklagten berücksichtigt.

Nach Abwägung aller strafzumessungsrelevanter Gesichtspunkte hielt die Kammer für jede Tat eine Geldstrafe in von Höhe von 90 Tagessätzen zu je 80 € für tat- und schuldangemessen. Die Bestimmung der Tagessatzhöhe bei den verhängten Geldstrafen erfolgte unter Berücksichtigung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Angeklagten (§ 40 Abs. 2 StGB), wobei die Kammer das Einkommen des Angeklagten, zu dem er keine Angaben gemacht hat, unter Berücksichtigung des von dem Angeklagten ausgeübten Berufes gemäß § 40 Abs. 3 StGB auf 2.500 € geschätzt hat.

## **2. Beihilfe zum (vertragsärztlichen) Abrechnungsbetrug**

### **a) Strafraumen**

Bezüglich der Beihilfe zu den Betrugstaten des Orthopäden E■■■■ ist die Kammer zunächst von dem Strafraumen des § 263 Abs. 1 StGB ausgegangen. Da nicht festgestellt werden konnte, dass der Angeklgte von den Haupttaten des E■■■■ finanziell profitiert hat, scheidet eine gewerbsmäßige Begehungsweise des Angeklagten aus, so dass das Regelbeispiel des § 263 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 StGB nicht erfüllt ist. Die Kammer hat die Teilnahmehandlung auch im Übrigen nicht als besonders schweren Fall gewertet.

Den Strafraumen des § 263 Abs. 1 StGB hat die Kammer sodann gemäß den §§ 27 Abs. 2 S. 2, 49 Abs. 1 StGB gemildert.

### **b) Konkrete Strafzumessung**

Im Rahmen der konkreten Strafzumessung hat die Kammer berücksichtigt, dass der Angeklagte von den Taten des Orthopäden E■■■■ finanziell nicht profi-



tiert hat und die Taten schon längere Zeit zurückliegen. Zudem war auch hier – entsprechend der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (vgl. BGHSt 52, 124, 141 f.) – unabhängig von der Gewährung eines Vollstreckungsabschlages die lange Verfahrensdauer zugunsten des Angeklagten zu berücksichtigen. Des Weiteren waren die bereits eingetretenen (Entzug der vertragsärztlichen Zulassung; Ruhen der Approbation) sowie die noch zu erwartenden beruflichen Folgen (Widerruf der Approbation) zugunsten des Angeklagten zu berücksichtigen. Gemäß der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (vgl. BGH, 3 StR 253/00, Beschluss vom 16.08.2000 [Juris]; BGH, 3 StR 26/02, Beschluss vom 14.03.2002 [Juris]; BGH, 2 StR 530/02, Beschluss vom 19.03.2003 [Juris]) hat die Kammer zudem berücksichtigt, dass maßgeblich für die Strafzumessung des Gehilfen das im Gewicht seines Tatbeitrages zum Ausdruck kommende Maß seiner Schuld ist, wobei jedoch auch zu beachten ist, inwieweit dem Gehilfen Umfang und Folgen der Tat zurechenbar sind. Vor diesem Hintergrund hat die Kammer berücksichtigt, dass dem Angeklagten weder der Umfang der von dem Orthopäden E. vorgenommenen vorsätzlich falschen Gebührenabrechnungen in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 noch die hierdurch verursachte Schadenshöhe im Einzelnen bekannt waren und der verursachte Schaden nachträglich durch Aufrechnung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ausgeglichen werden konnte.

Andererseits war zu berücksichtigen, dass der Angeklagte vorliegend einen gewichtigen Tatbeitrag geleistet hat. Zudem hat der Angeklagte durch die Übermittlung der Stammdaten von 112 gesetzlich Versicherten seine vertragsärztlichen Pflichten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland in erheblichem Maße verletzt und das ihm als Vertragsarzt entgegengebrachte Vertrauen grob missbraucht (vgl. zu diesem Strafzumessungsgesichtspunkt BGH, 4 StR 577/91, Urteil vom 21.05.1992, Abs.-Nr. 34 [Juris]; BGH, 4 StR 579/91, Beschluss vom 30.06.1992, Abs.-Nr. 6 [Juris]).

Die Kammer hielt daher nach Abwägung aller für und gegen den Angeklagten sprechenden Umstände eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten als Einzelstrafe für tat- und schuldangemessen.

### **3. Vertragsärztlicher Abrechnungsbetrug in 20 Fällen**

#### **a) Strafraumen**

Bei der Strafzumessung bezüglich der 20 Fälle des vertragsärztlichen Abrechnungsbetruges hat die Kammer berücksichtigt, dass der Angeklagte jeweils zur Schaffung einer nicht nur vorübergehenden Einnahmequelle von einigem Umfang, mithin gewerbsmäßig im Sinne des § 263 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 StGB gehandelt hat.

Ein Vermögensverlust großen Ausmaßes im Sinne des § 263 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 StGB wurde durch den Angeklagten demgegenüber nicht herbeigeführt, da die (hochgerechneten) Schadensbeträge in den einzelnen Quartalen jeweils unterhalb der erforderlichen Wertgrenze von 50.000 € (vgl. BGHSt 48, 360; BGH, wistra 2009, 236, 237) liegen.

Trotz des erfüllten Regelbeispiels des § 263 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 StGB hat die Kammer jedoch in allen Einzelfällen von der Anwendung des Sonderstrafrahmens des § 263 Abs. 3 StGB abgesehen. Denn die Indizwirkung des verwirklichten Regelbeispiels wird jeweils durch die nachfolgend aufgeführten strafmildernden Umstände (vgl. dazu b), die jedenfalls in ihrer Gesamtheit so gewichtig sind, dass sie die Regelwirkung entkräften, kompensiert. Demgemäß hat die Kammer – entsprechend der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (vgl. BGH, NJW 1987, 2450; BGH, Urteil vom 09.05.2001, 3 StR 36/01; BGH, 3 StR 84/10, Urteil vom 24.06.2010) – bei der Strafzumessung in allen Einzelfällen nicht den Sonderstrafrahmen des § 263 Abs. 3 StGB, sondern den Strafrahmen des § 263 Abs. 1 StGB zugrunde gelegt.

#### **b) Konkrete Strafzumessung und Einzelstrafen**

Im Rahmen der konkreten Strafzumessung hat die Kammer zugunsten des Angeklagten zunächst dessen teilgeständige Einlassung berücksichtigt, mit der er vorsätzliche Falschabrechnungen von Gebührenziffern bei insgesamt acht ge-

setzunglich Versicherten eingeräumt und der Kammer dadurch eine (noch) umfangreichere Beweisaufnahme erspart hat.

Darüber hinaus hat die Kammer – entsprechend der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (vgl. BGHSt 52, 124, 141 f.) – unabhängig von der Gewährung eines Vollstreckungsabschlages die lange Verfahrensdauer berücksichtigt; des Weiteren, dass die Betrugstaten des Angeklagten bereits mehrere Jahre zurückliegen, was ein geringeres Strafbedürfnis zur Folge hat, und die Tatbegehungen durch die Missbrauchsanfälligkeit des vertragsärztlichen Abrechnungssystems begünstigt worden sind (zur Missbrauchsanfälligkeit vgl. Janovsky, in: Wabnitz/Janovsky, Handbuch des Wirtschafts- und Steuerstrafrechts, 3. Aufl. 2007, 11. Kap., Rn. 1 f., 5; Sommer/Tsambikakis, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 2009, § 2, Rn. 121).

Daneben waren die bisherigen und zukünftig zu erwartenden berufsrechtlichen Folgen für den Angeklagten zu berücksichtigen. Dies betrifft zum einen die bereits am 20.09.2005 erfolgte Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung, und zum anderen das am 12.09.2005 angeordnete Ruhen der Approbation. Darüber hinaus hat die Kammer berücksichtigt, dass der Angeklagte im Falle der Rechtskraft des vorliegenden Urteils mit dem Widerruf der Approbation zu rechnen hat (vgl. BGH, StV 2004, 71, 72).

Soweit die strafbare Falschabrechnung von Gebührenziffern auf der fehlenden Dokumentation ärztlicher Leistungen beruht und der eingetretene Betrugsschaden im Sinne des § 263 Abs. 1 StGB allein aus der auch im Strafrecht geltenden streng formalen Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts resultiert, hat die Kammer diesen Umstand ebenfalls strafmildernd berücksichtigt (vgl. BGH, Beschluss vom 28.09.1994, 4 StR 280/94, Abs.-Nr. 6 f. [Juris]; BGH, Urteil vom 05.12.2002, 3 StR 161/02, Abs.-Nr. 31 [Juris]).

Auch den erfolgten Einbehalt von Geldern sowie die Aufrechnung mit Honoraransprüchen des Angeklagten seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (vgl. II. 3 g), die im Ergebnis zu einem teilweisen nachträglichen Schadensausgleich geführt haben, hat die Kammer zugunsten des Angeklagten berücksichtigt.

Strafschärfend hat die Kammer demgegenüber das erhebliche Ausmaß des Vertrauensbruchs durch Ausnutzung des vertragsärztlichen Abrechnungssystems und die dabei aufgewendete kriminelle Energie des Angeklagten berücksichtigt (vgl. zu diesen Gesichtspunkten BGH, Urteil vom 14.12.1989, 4 StR 419/89, Abs.-Nr. 9, 26 [Juris]; BGH, Urteil vom 21.05.1992, 4 StR 577/91, Abs.-Nr. 34 [Juris]; BGH, Beschluss vom 30.06.1992, 4 StR 579/91, Abs.-Nr. 6 [Juris]; OLG Karlsruhe, Beschluss vom 08.08.1997, 1 Ws 193/97, Abs.-Nr. 8 [Juris]).

Die einschlägige Vorstrafe des Angeklagten aufgrund des Urteils des Landgerichts Karlsruhe aus dem Jahre 1985 hat die Kammer demgegenüber nicht strafschärfend berücksichtigt, auch wenn diese Verurteilung darauf schließen lässt, dass die Begehung von Betrugstaten dem Angeklagten nicht wesensfremd ist. Denn bei einem großen zeitlichen Abstand rechtfertigen frühere Taten auch bei mittlerer Schwere allenfalls dann eine Strafschärfung, wenn besondere Umstände vorliegen, etwa solche, die besorgen lassen, dass der Angeklagte zu eingeübter strafbarer Betätigung zurückgekehrt ist (BGH, Beschluss vom 16.10.1991, 5 StR 444/91 [Juris]). Dies kann bereits angesichts der mittlerweile vergangenen Zeit und des Umstandes, dass die Taten in einem früheren Lebensabschnitt begangen worden sind, nicht angenommen werden, so dass auch ein kriminologischer Zusammenhang zwischen den früheren Tatbegehungen und der im vorliegenden Verfahren festgestellten Straftaten nicht angenommen werden kann.

Gleiches gilt für die weiteren Vorverurteilungen, die jeweils keine Vermögensdelikte betreffen und daher auch nicht darauf schließen lassen, der Angeklagte habe insoweit die mit den Verurteilungen verbundene Warnwirkung außer Acht gelassen.

Nach Abwägung aller für und gegen den Angeklagten sprechenden Umstände erschienen – in Abhängigkeit von der Höhe des jeweils verursachten Schadens – folgende Einzelstrafen tat- und schuldangemessen:

- bei einem Schadensbetrag **bis 5.000 €** (Quartale 2/2000 bis 4/2000): **eine Geldstrafe von 120 Tagessätzen zu je 80 €**
- bei einem Schadensbetrag **zwischen 5.000 und 10.000 €** (Quartal 1/2001): **eine Geldstrafe von 150 Tagessätzen zu je 80 €**
- bei einem Schadensbetrag **zwischen 10.000 und 15.000 €** (Quartale 2/2001, 3/2001 und 3/2004): **eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten**
- bei einem Schadensbetrag **zwischen 15.000 und 20.000 €** (Quartal 4/2001): **eine Freiheitsstrafe von neun Monaten**
- bei einem Schadensbetrag **zwischen 20.000 und 25.000 €** (Quartale 1/2002 und 2/2002): **eine Freiheitsstrafe von einem Jahr**
- bei einem Schadensbetrag **zwischen 25.000 und 30.000 €** (Quartale 3/2002 und 4/2002): **eine Freiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten**
- bei einem Schadensbetrag **zwischen 30.000 und 35.000 €** (Quartal 1/2003): **eine Freiheitsstrafe von einem Jahr und sechs Monaten**
- bei einem Schadensbetrag **zwischen 35.000 und 40.000 €** (Quartale 2/2003 und 3/2003): **eine Freiheitsstrafe von einem Jahr und neun Monaten**
- bei einem Schadensbetrag **zwischen 40.000 und 45.000 €** (Quartale 4/2003 bis 2/2004): **eine Freiheitsstrafe von zwei Jahren**

Die Bestimmung der Tagessatzhöhe bei den verhängten Geldstrafen erfolgte unter Berücksichtigung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Angeklagten (§ 40 Abs. 2 StGB), wobei die Kammer das Einkommen des Angeklagten, zu dem er keine Angaben gemacht hat, unter Berücksichtigung des von dem Angeklagten ausgeübten Berufes gemäß § 40 Abs. 3 StGB auf 2.500 € geschätzt hat.

#### **4. Gesamtstrafenbildung**

Die verhängten Einzelstrafen hat die Kammer in Anwendung der §§ 53, 54 StGB und nach zusammenfassender Würdigung der Person des Angeklagten und der einzelnen Straftaten sowie aufgrund nochmaliger Abwägung aller für und gegen den Angeklagten sprechenden Umstände auf eine Gesamtfreiheitsstrafe von

***drei Jahren und neun Monaten***

zurückgeführt.

Bei der Bemessung der Gesamtstrafe hat die Kammer insbesondere die mittlerweile vergangene Zeit zwischen den Taten und der Aburteilung, die nicht unerhebliche Gesamtdauer des Strafverfahrens sowie die bereits eingetretenen und noch zu erwartenden beruflichen Folgen zugunsten des Angeklagten berücksichtigt. Zudem ist die Kammer zugunsten des Angeklagten von einer erhöhten Strafempfindlichkeit ausgegangen, auch wenn der Angeklagte in einem früheren Lebensabschnitt aufgrund des Urteils des Landgerichts Karlsruhe vom 18.03.1985 bereits eine Haftstrafe verbüßen musste. Denn zum heutigen Zeitpunkt muss davon ausgegangen werden, dass der Freiheitsentzug den sozial integrierten Angeklagten in besonderer Weise trifft.

Andererseits waren bei der Gesamtstrafenbildung auch die Länge des Tatzeitraums (vgl. hierzu BGH, Urteil vom 14.12.1989, 4 StR 419/89, Abs.-Nr. 9, 26 [Juris]; OLG Karlsruhe, Beschluss vom 08.08.1997, 1 Ws 193/97, Abs.-Nr. 8 [Juris]), der sich insgesamt über etwa 5 Jahre erstreckt, der Umfang der Falschabrechnungen, das sich hieraus ergebende erhebliche Maß an krimineller Energie sowie das hohe Maß des Vertrauensbruchs des Angeklagten zu berücksichtigen, der die Tatbegehung auch noch nach der erfolgten Durchsuchung am 01.02.2005 fortgesetzt hat, indem er im Rahmen der Quartalerklärung für das 1. Quartal 2005 zahlreiche Gebührencyffern vorsätzlich falsch abgerechnet hat. Schließlich war auch die nicht unbeträchtliche Höhe des durch

den Angeklagten verursachten Gesamtschadens von knapp 400.000 € zu berücksichtigen, wobei sich die Kammer auch hier bewusst war, dass zumindest ein Teil des Betrugsschadens im Sinne des § 263 Abs. 1 StGB aus der streng formalen Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts resultiert.

## **VI. Vollstreckungsabschlag aufgrund rechtsstaatswidriger Verfahrensverzögerung**

### **1. *Verfahrensverlauf und Dauer der rechtsstaatswidrigen Verfahrensverzögerung***

#### **a) *Verfahrensverlauf***

Das strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen den Angeklagten wurde auf eine Strafanzeige der AOK Saarland vom 11.11.2004 eingeleitet. Am 01.02.2005 erfolgte eine erste und am 18.07.2005 eine zweite Durchsuchung der Arztpraxis des Angeklagten. In der Folge wurden die dabei sichergestellten Beweismittel ausgewertet und zahlreiche Zeugen vernommen. Auch der Angeklagte gab umfangreiche mündliche und schriftliche Stellungnahmen zu den Tatvorwürfen ab. Daneben erfolgte eine aufwändige Schadensermittlung durch die Sachverständige S■■■, die ihren Abschlussbericht am 20.03.2006 vorlegte. Der Abschlussbericht der zuständigen Ermittlungsgruppe "EG-Rezept" wurde der Staatsanwaltschaft am 03.08.2006 übersandt. Anschließend wurde von dem Verteidiger des Angeklagten am 26.10.2006 eine Stellungnahme abgegeben. Nach Durchführung ergänzender Ermittlungen erhob die Staatsanwaltschaft Saarbrücken am 22.03.2007 Anklage mit dem Antrag, das Hauptverfahren vor der Wirtschaftsstrafkammer des Landgerichts Saarbrücken zu eröffnen.

Nach Eingang der Anklage bei der Wirtschaftsstrafkammer wurde auf Antrag des Verteidigers die Frist zur Stellungnahme gemäß § 201 StPO bis Ende Juni 2007 verlängert. Gleichwohl ließ die Wirtschaftsstrafkammer die Anklage vom 22.03.2007 bereits mit Beschluss vom 25.05.2007 zu, wobei sie eröffnete das

Hauptverfahren vor der 5. Großen Strafkammer (jetzt die 4. Große Strafkammer) eröffnete, da besondere Kenntnisse des Wirtschaftslebens nicht erforderlich seien und daher keine "Wirtschaftsstrafsache" vorliege. Die gegen diesen Beschluss von der Staatsanwaltschaft erhobene sofortige Beschwerde mit dem Ziel, eine Eröffnung vor der Wirtschaftsstrafkammer zu erreichen, wurde durch Beschluss des Saarländischen Oberlandesgerichts vom 19.06.2007 als unbegründet verworfen.

Die Verteidigung stellte daraufhin am 02.07.2007 den Antrag, auf der Grundlage des § 33 a StPO eine (weitere) angemessene Stellungnahmefrist zur Anklage der Staatsanwaltschaft Saarbrücken vom 22.03.2007 zu erhalten und danach erneut über die Eröffnung des Hauptverfahrens zu entscheiden. Durch Beschluss der Kammer vom 09.07.2007 wurde dem Antrag gemäß § 33 a StPO stattgegeben und die Durchführung eines Nachverfahrens angeordnet, um dem Angeklagten erneut Gelegenheit zu geben, die Vornahme einzelner Beweiserhebungen vor der Entscheidung über die Eröffnung des Hauptverfahrens zu beantragen oder Einwendungen gegen die Eröffnung des Hauptverfahrens vorzubringen.

Nach Beiziehung der Ermittlungsakte 33 Js 195/05 gegen den gesondert verfolgten [REDACTED] L [REDACTED] (betreffend den durch die Kammer in der Hauptverhandlung gemäß § 154 Abs. 2 StPO eingestellten Verfahrenskomplex "Luftrezepte" [vgl. den "Vorspann"]) beantragte die Verteidigung mit Schriftsatz vom 09.08.2007 zunächst eine weitere Verlängerung der Stellungnahmefrist bis zum 15.10.2007 und mit Schriftsatz vom 16.10.2007 eine nochmalige Verlängerung bis zum 19.11.2007. Die beantragten Fristverlängerungen wurden jeweils gewährt. Am 16.11.2007 erfolgte sodann die Stellungnahme der Verteidigung zur Anklageschrift vom 22.03.2007. Aufgrund der Stellungnahme der Verteidigung wurden in der Folge auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft Saarbrücken arbeitsintensive Nachermittlungen zu dem später in der Hauptverhandlung gemäß § 154 Abs. 2 StPO eingestellten Tatkomplex angeordnet. Die Ergebnisse der Nachermittlungen gingen bei der Kammer am 21.07.2008 ein.



Am 24.07.2008 wurde durch die 4. Strafkammer die Anklageschrift vom 22.03.2007 – soweit sie die 20 Fälle des vertragsärztlichen Abrechnungsbetruges in den Quartalen 2/2000 bis 1/2005 betraf – an die Staatsanwaltschaft Saarbrücken zur "Nachbesserung" zurückgegeben. Mit Verfügung vom 13.01.2009 übersandte die Staatsanwaltschaft eine "Neufassung der Anklageschrift" vom 12.01.2009, die mit Verfügung vom 20.01.2009 dem Verteidiger unter Gewährung einer Stellungnahmefrist von einem Monat zugestellt wurde.

Mit Beschluss vom 02.02.2009 stellte die 4. Große Strafkammer fest, dass sie aufgrund der Neufassung und (teilweisen) inhaltlichen Änderung der Anklageschrift vom 12.01.2009 für das vorliegende Verfahren nicht mehr zuständig sei und gab die Sache über die Eingangsgeschäftsstelle an die turnusmäßig zuständige Strafkammer ab. Die 1. Große Strafkammer, der das Verfahren in der Folge zugewiesen wurde, erklärte sich mit Beschluss vom 12.02.2009 ebenfalls für unzuständig und legte die Sache dem Präsidium des Landgerichts vor, das die Sache mit Beschluss vom 18.02.2009 wieder der 4. Großen Strafkammer zuwies.

Nach einem Wechsel eines Besitzers und einem Vorsitzendenwechsel zum 01.04. bzw. 20.04.2009 eröffnete die 4. Große Strafkammer mit Beschluss vom 29.06.2009 das Hauptverfahren und ordnete die Verbindung zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung mit dem Verfahren 5 KLS 59/07 (04 Js 1998/05) an, das die Tatvorwürfe des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse zum Gegenstand hat. Im Verfahren 5 KLS 59/07 hatte die Staatsanwaltschaft bereits am 26.07.2007 Anklage erhoben.

Infolge der Belastungssituation der Kammer war eine Terminierung im Jahr 2009 nicht mehr möglich. Die Hauptverhandlung konnte daher erst am 04.02.2010 beginnen.

## **b) Dauer der rechtsstaatswidrigen Verfahrensverzögerung**

Bei der Ermittlung der Dauer der rechtsstaatswidrigen Verfahrensverzögerung ist zu berücksichtigen, dass nicht die gesamte Verfahrensdauer uneingeschränkt und pauschal als rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung angesehen werden darf (BGH, 3 StR 514/07, Urteil vom 06.03.2008, Abs.-Nr. 7 [Juris]; BGH, 3 StR 71/08, Beschluss vom 09.04.2008, Abs.-Nr. 3 [Juris]). Vielmehr begründen notwendige, den Fortgang des Verfahrens fördernde Tätigkeiten, deren Erledigung jeweils eine angemessene Zeit beanspruchen darf, keine rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung. Hierunter fallen etwa die Bearbeitungszeit der Ermittlungsakte nach Übersendung durch die Polizei an die Staatsanwaltschaft, die anschließende Abfassung der Anklageschrift, deren gerichtliche Prüfung und Zustellung sowie die Durchführung des Zwischenverfahrens einschließlich der Entscheidung über die Eröffnung des Hauptverfahrens. Ferner sind die zur Vorbereitung und Terminierung der Hauptverhandlung erforderlichen Zeitspannen zu berücksichtigen (vgl. BGH, 3 StR 514/07, Urteil vom 06.03.2008, Abs.-Nr. 7 [Juris]).

Ausgehend von diesen Maßstäben ergeben sich im Ermittlungsverfahren keine Anhaltspunkte für eine unsachgemäß lange oder verzögerte Bearbeitung. Auch der Umstand, dass nach Anklageerhebung zunächst die Frage der Zuständigkeit der Wirtschaftsstrafkammer durch das Oberlandesgericht entschieden und anschließend ein Nachverfahren gemäß § 33 a StPO durchgeführt werden musste, begründet keine rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung, da aufgrund der von der Verteidigung beantragten und gewährten Fristverlängerungen dem Anspruch des Angeklagten auf rechtliches Gehör Rechnung getragen worden ist und überdies in der Sache keine weitergehenden Verzögerungen eingetreten sind.

Demgegenüber ist der Zeitraum zwischen der am 24.07.2008 veranlassten "Nachbesserung" der Anklageschrift und deren anschließender Neufassung als rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung anzusehen, da eine hinreichende Konkretisierung der Anklageschrift bezüglich der Tatvorwürfe des vertragsärztli-

chen Abrechnungsbetruges bereits zum Zeitpunkt der Anklageerhebung am 22.03.2007 möglich gewesen wäre. Gleiches gilt für den "negativen Kompetenzkonflikt" nach Eingang der neugefassten Anklage vom 12.01.2009, da auch insoweit das Verfahren zwischen dem 02.02. und 18.02.2009 nicht gefördert worden ist.

Zudem wäre das Verfahren nach Eingang der "nachgebesserten" Anklageschrift spätestens im März 2009 eröffnungsreif gewesen. Dass die Hauptverhandlung erst im Februar 2010 terminiert werden konnte, obwohl das Verfahren – auch unter Berücksichtigung der erforderlichen Terminabsprachen mit der Verteidigung und den Sachverständigen – bereits Mitte des Jahres 2009 hätte beginnen können, beruht ebenfalls auf von dem Angeklagten nicht zu vertretenden Umständen, insbesondere auf der Belastungssituation der Kammer sowie dem Vorsitzendenwechsel zum 01.04.2009 und der damit verbundenen (erneuten) Einarbeitungszeit. Darüber hinaus hätte auch eine höhere Frequenz an Hauptverhandlungsterminen, die aufgrund der Belastungssituation der Kammer jedoch nicht möglich war, die Verfahrensdauer verringert, so dass es möglich gewesen wäre, im ersten Quartal des Jahres 2010 ein Urteil zu verkünden.

Nimmt man die der Justiz anzulastenden Verfahrensverzögerungen zusammen, ergibt sich eine rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung in der Zeit vom 24.07.2008 bis zum 12.01.2009, in der Zeit vom 02.02. bis 18.02.2009 sowie eine weitere rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung im Zwischen- und Hauptverfahren von etwa einem Jahr und drei Monaten (Zeitraum zwischen der möglichen Urteilsverkündung im ersten Quartal 2010 bis zur tatsächlichen Urteilsverkündung am 19.05.2011). Die Dauer der rechtsstaatswidrigen Verfahrensverzögerung beläuft sich daher – soweit es die Tatvorwürfe aus der Anklageschrift vom 12.01.2009 (33 Js 2745/04) betrifft – auf insgesamt etwa ein Jahr und neun Monate.

Bezüglich der Tatvorwürfe aus dem verbundenen Verfahren 5 KLS 59/07 (04 Js 1998/05), das die Tatvorwürfe des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnis-

se zum Gegenstand und in dem die Staatsanwaltschaft Saarbrücken bereits am 26.07.2007 Anklage erhoben hatte, hat die Kammer eine rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung von etwa zwei Jahren angenommen und dabei berücksichtigt, dass die Hauptverhandlung – bei separater Durchführung dieses Verfahrens – unter Berücksichtigung der Stellungnahmefrist für den Angeklagten sowie der erforderlichen Zeit zur Prüfung der Tatvorwürfe im Zwischenverfahren – spätestens im 1. Quartal 2008 hätte beginnen können. Den Zeitraum bis zum tatsächlichen Beginn der Hauptverhandlung am 04.02.2010 hat die Kammer daher als rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung zugrunde gelegt.

## **2. *Höhe des vorgenommenen Vollstreckungsabschlages***

Da die Kammer die ausdrückliche Feststellung der rechtsstaatswidrigen Verfahrensverzögerung zur Kompensation vorliegend für nicht genügend hielt, war anzuordnen, dass ein Teil der verhängten Gesamtstrafe als vollstreckt gilt (vgl. BGHSt 52, 124, 146 f.).

Gemäß der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH, 3 StR 514/07, Urteil vom 06.03.2008, Abs.-Nr. 16 [Juris]; BGH, 3 StR 71/08, Beschluss vom 09.04.2008, Abs.-Nr. 7 [Juris]) hat die Kammer dabei berücksichtigt, dass für die Festlegung, welcher bezifferte Teil der Gesamtstrafe als vollstreckt gilt, die Umstände des Einzelfalls entscheidend sind, insbesondere der Umfang der staatlich zu verantwortenden Verzögerung, das Maß des Fehlverhaltens der Strafverfolgungsorgane sowie die Auswirkungen all dessen auf den Angeklagten. Andererseits war zu berücksichtigen, dass die mit der Verfahrensdauer als solcher verbundenen Belastungen des Angeklagten bereits mildernd in die Strafbemessung eingeflossen sind und es nur noch um einen Ausgleich für die rechtsstaatswidrige Verursachung dieser Umstände geht. Dies schließt es aus, den Anrechnungsmaßstab des § 51 Abs. 1 Satz 1 StGB heranzuziehen und das Maß der Anrechnung mit dem Umfang der Verzögerung gleichzusetzen, so dass sich die Anrechnung häufig auf einen eher geringen Bruchteil der Strafe beschränken kann.

Dementsprechend hat die Kammer zunächst die festgestellte Dauer der rechtsstaatswidrigen Verfahrensverzögerung berücksichtigt. Des Weiteren war zu berücksichtigen, dass die durch die Verfahrensverzögerung hervorgerufene Belastung für den Angeklagten, der sich zwar nur vergleichsweise kurze Zeit in Untersuchungshaft befand, aber als früherer Landtagsabgeordneter verstärkt im Fokus der Öffentlichkeit stand, nicht unerheblich war, zumal der Angeklagte den Widerruf der Approbation zu erwarten und sich in dem von dem Landessozialgericht derzeit ausgesetzten Verfahren mit (weitergehenden) Honorarrückforderungsansprüchen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland konfrontiert sieht. Zudem hat die Kammer das Maß des Fehlverhaltens der Strafverfolgungsorgane, insbesondere die dilatorische Verfahrensbehandlung im Zwischen- und Hauptverfahren sowie den Umstand berücksichtigt, dass eine zügigere Durchführung der Hauptverhandlung aufgrund der Belastungssituation der Kammer nicht durchgängig möglich war.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Umstände erschien ein Vollstreckungsabschlag von sechs Monaten als angemessen. Bei der Bemessung des Vollstreckungsabschlages hat die Kammer auch berücksichtigt, dass die rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung bezüglich der Tatvorwürfe des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse den Angeklagten – anders als die festgestellte Verfahrensverzögerung hinsichtlich der (wesentlich gravierenderen) Tatvorwürfe des vertragsärztlichen Abrechnungsbetruges – weniger stark belastet hat.

## **VII. Verfallsanordnung**

Das von der Kassenärztlichen Vereinigung ausgezahlte Honorar hat der Angeklagte – soweit es aufgrund der vorsätzlich falschen Abrechnung von Gebührenziffern zu hoch festgesetzt worden ist – unmittelbar "aus der Tat" im Sinne des § 73 Abs. 1 Satz 1 StGB erlangt.

Nach § 73 Abs. 1 Satz 2 StGB, der auch auf den Wertersatzverfall gemäß § 73 a StGB Anwendung findet (NK-Herzog, 3. Aufl. 2010, § 73, Rn. 19; Schmidt, in: Leipziger Kommentar, 12. Aufl. 2008, § 73, Rn. 33), scheidet eine Verfallsanordnung jedoch aus, soweit dem Verletzten aus der Tat ein Anspruch erwachsen ist, dessen Erfüllung dem Täter oder Teilnehmer den Wert des aus der Tat Erlangten entziehen würde. Zu den Ansprüchen, die den Verfall ausschließen, gehören auch öffentlich-rechtliche Ansprüche (NK-Herzog, § 73, Rn. 21). Daher schließen die sich aus den §§ 45 Abs. 1, 50 Abs. 1 SGB X ergebenden Honorarrückforderungsansprüche der Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl. 2008, § 14, Rn. 14/59; Ulsenheimer, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 151, Rn. 63) eine Verfallsanordnung in Höhe des festgestellten Betrugsschadens aus (vgl. auch Janovsky, in: Wabnitz/Janovsky, Handbuch des Wirtschafts- und Steuerstrafrechts, 3. Aufl. 2007, 11. Kap., Rn. 91).

### **VIII. Berufsverbot (§ 70 StGB)**

Von der Anordnung eines Berufsverbots (§ 70 StGB) hat die Kammer trotz Vorliegens der materiellen Anordnungsvoraussetzungen mit Blick auf den Maßregelzweck und aufgrund des ihr eingeräumten Ermessens im Ergebnis abgesehen.

#### **1. Materielle Anordnungsvoraussetzungen**

Durch die festgestellten Taten hat der Angeklagte seine beruflichen Pflichten im Sinne des § 70 Abs. 1 StGB grob verletzt. Denn die Taten wurden durch den Angeklagten unter Missbrauch seines Berufes und unter grober Verletzung berufsspezifischer Pflichten begangen. Dies gilt sowohl für die Fälle des vertragsärztlichen Abrechnungsbetruges und der Beihilfe hierzu (vgl. Schäfer/Sander/van Gemmeren, Praxis der Strafzumessung, 4. Aufl. 2008, Rn. 279) wie auch für die festgestellten Taten des § 278 StGB.



Die Kammer sieht aufgrund einer Gesamtwürdigung der Persönlichkeit des Angeklagten und der von ihm begangenen Taten zudem die Gefahr, dass der Angeklagte bei weiterer Ausübung seines Berufes zukünftig erhebliche rechtswidrige Taten der bezeichneten Art begehen würde.

Zwar sind an die Gefährlichkeitsprognose in Fällen, in denen der Angeklagte – wie vorliegend – noch nicht wegen Taten verurteilt worden ist, die er unter Verletzung berufsspezifischer Pflichten begangen hat, besonders strenge Anforderungen zu stellen (BGH, Urteil vom 06.04.2001, 2 StR 356/00, Abs.-Nr. 61 [Juris]). Zudem ist zu prüfen, ob der Angeklagte bereits durch die Verurteilung zu der verhängten Strafe oder jedenfalls durch deren Verbüßung von weiteren Taten abgehalten werden kann (BGH, NStZ 1995, 124), wobei dem Angeklagten sein Verteidigungsverhalten, insbesondere das Bestreiten der Tatvorwürfe, im Hinblick auf die Gefährlichkeitsprognose nicht angelastet werden darf (BGH, NStZ 2003, 543; BGH, NStZ-RR 2004, 54, 55).

Die Gefährlichkeitsprognose gründet sich vorliegend jedoch darauf, dass der Angeklagte gegen seine (vertrags)ärztlichen Pflichten in vielfältiger Weise verstoßen hat. Es handelt sich nicht nur um ein gelegentliches oder begrenztes Fehlverhalten in einem bestimmten Bereich. Denn das Fehlverhalten des Angeklagten umfasst nicht nur die Manipulation eigener vertragsärztlicher Abrechnungen, sondern erstreckt sich auch auf die unzulässige Weitergabe von Patientenstammdaten an einen befreundeten Orthopäden, um diesem ebenfalls Abrechnungsmanipulationen zu ermöglichen. Auch das mehrfache Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse, das über die Pflichtverletzungen im vertragsärztlichen Bereich hinausreicht, rechtfertigt die Annahme, dass bei dem Angeklagten sowohl eine geringe Hemmschwelle als auch eine persönlichkeitsimmanente, tief verwurzelte Neigung zu systematischen beruflichen Pflichtverletzungen besteht. Es kommt hinzu, dass auch die Vielzahl der Taten sowie der beträchtliche Umfang des durch den Angeklagten verursachten Schadens für ein nicht unerhebliches Gefährdungspotential sprechen. Darüber hinaus hat der Angeklagte sogar noch nach der im vorliegenden Verfahren erfolgten Durchsuchung seiner Praxis am 01.02.2005, mithin in Kenntnis des Tatvorwurfs des Abrechnungsbetruges, seine Taten fortgesetzt und im Rahmen der am

04.04.2005 unterschriebenen Quartalerklärung für das 1. Quartal 2005 zahlreiche Gebührendaten bewusst zu Unrecht abgerechnet. Dadurch hat der Angeklagte erkennen lassen, dass er ungeachtet eines bereits eingeleiteten strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens nicht willens war, sein Verhalten zu ändern, was bei der Gefährlichkeitsprognose ebenfalls zu berücksichtigen ist (vgl. Schäfer/Sander/van Gemmeren, Praxis der Strafzumessung, 4. Aufl. 2008, Rn. 281).

## **2. Ermessensausübung**

Gleichwohl hat die Kammer mit Blick auf den bestehenden weiten Ermessensspielraum (vgl. BGH, wistra 2007, 343, 344; Stree/Kinzig, in: Schönke/Schröder, StGB, 28. Aufl. 2010, § 70, Rn. 14) im Ergebnis von der Anordnung eines Berufsverbotes abgesehen.

Da für eine pflichtgemäße Ermessensausübung der Maßregelzweck maßgebend ist (Stree/Kinzig, a.a.O.), und das Berufsverbot als reine Sicherungsmaßregel die Allgemeinheit vor den Gefahren schützen soll, die von der Ausübung eines Berufs durch hierfür nicht hinreichend zuverlässige Personen ausgehen (vgl. BGH, wistra 2008, 58, 60), ist die Maßregelanordnung insbesondere dann erforderlich, wenn sie sich zum Schutz der Allgemeinheit als dringend notwendig erweist (Stree/Kinzig, a.a.O.).

Eine solche dringende Notwendigkeit besteht nach Auffassung der Kammer vorliegend jedoch nicht.

Zwar steht der Anordnung eines Berufsverbotes nicht bereits entgegen, dass der Angeklagte auch mit einem Berufsverbot nach einer entsprechenden Entscheidung in einem berufs- oder ehrengerichtlichen Verfahren zu rechnen hat bzw. eine solche Entscheidung schon ergangen ist (Fischer, StGB, 58. Aufl. 2011, § 70, Rn. 11; Schäfer/Sander/van Gemmeren, Praxis der Strafzumessung, 4. Aufl. 2008, Rn. 283 m.w.N.) oder durch die zuständige Behörde – wie vorliegend – auf der Grundlage des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BÄrzteO bereits das Ruhen



der Approbation angeordnet worden ist. Denn die Anordnung eines Berufsverbotes ist hiervon unabhängig (BGH, NJW 1975, 2249, 2250; OLG Frankfurt/Main, NStZ-RR 2001, 16).

Jedoch können diese Umstände im Rahmen der Ermessensausübung berücksichtigt werden (LK-Hanack, 12. Aufl. 2008, § 70, Rn. 48, 87; SSW/Jehle, 1. Aufl. 2009, § 70, Rn. 16; NK-Pollähne, 3. Aufl. 2010, § 70, Rn. 23). Dementsprechend hat die Kammer berücksichtigt, dass dem Angeklagten bereits am 20.09.2005 die vertragsärztliche Zulassung entzogen, die hiergegen gerichtete Klage des Angeklagten von dem Sozialgericht für das Saarland am 14.03.2007 abgewiesen worden und das Urteil aufgrund der Berufungsrücknahme rechtskräftig ist. Zudem hat die Kammer berücksichtigt, dass die zuständige Zentralstelle für Gesundheitsberufe mit Bescheid vom 12.09.2005 das Ruhen der Approbation des Angeklagten angeordnet und mitgeteilt hat, dass sie die Approbation des Angeklagten widerrufen werde, sofern das vorliegende Urteil rechtskräftig werden sollte.

Der Widerruf der Approbation ist – sofern das vorliegende Urteil rechtskräftig werden sollte – gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 BÄO auch überwiegend wahrscheinlich, da die durch die Kammer getroffenen Feststellungen zum einen als Grundlage einer Persönlichkeitsbeurteilung im Verfahren über den Widerruf der Approbation dienen können (vgl. VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 16.06.2010, 9 S 2530/09 [Juris]; Bayer. VGH, ArztR 2011, 183, 185) und zum anderen ein Widerruf der Approbation in Fällen des Abrechnungsbetruges auch unabhängig von dem Verlust der Kassenarztzulassung erfolgen kann (OVG Koblenz, NJW 1990, 1553; vgl. auch Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl. 2008, Rn. 516; Ulsenheimer, in: Laufs/Kern [Hrsg.], Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 151, Rn. 59 f.).

Es kommt hinzu, dass mit Blick auf die festgestellten Straftaten des Angeklagten nicht zu erwarten steht, dass der Angeklagte seine Approbation kurzfristig wiedererlangen wird (vgl. hierzu VG Stuttgart, MedR 2007, 125; Laufs, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 8, Rn. 34).

Dabei hat die Kammer nicht verkannt, dass bei dem Angeklagten aufgrund seiner Persönlichkeit grundsätzlich eine erhöhte Gefahr weiterer berufsspezifischer Straftaten besteht und lediglich der Verstoß gegen ein verhängtes Berufsverbot gemäß § 145 c StGB mit Strafe bedroht ist. Der grundsätzlich gegebene erhöhte Gefährdungsgrad wird nach Auffassung der Kammer vorliegend jedoch durch die bereits angeordneten sowie die zu erwartenden berufsrechtlichen Maßnahmen erheblich und nicht nur kurzfristig gemindert.

Auch unter Berücksichtigung der Bedeutung und des Umfangs der von dem Angeklagten begangenen und zu erwartenden Taten hält die Kammer – nicht zuletzt auch angesichts des seit den Taten verstrichenen Zeitraums von etwa sechs Jahren (zum Zeitablauf als Ermessenskriterium vgl. Fischer, StGB, 58. Aufl. 2011, § 70, Rn. 11) – die Anordnung eines Berufsverbots zwar nicht für unverhältnismäßig im Sinne des § 62 StGB, im Ergebnis aber auch nicht für (zwingend) erforderlich.

### **IX. Kostenentscheidung**

Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 465 Abs. 1 StPO, 467 Abs. 1 StPO.

Die Kammer hat – soweit die Tatvorwürfe zu den Ziffern 4 und 7 (Fälle "S■■■■■" und "H■■■■") aus der Anklageschrift der Staatsanwaltschaft Saarbrücken vom 26.07.2007 (04 Js 1998/05) wegen Verfolgungsverjährung eingestellt worden sind – von der Vorschrift des § 467 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 StPO, wonach im Falle eines Verfahrenshindernisses davon abgesehen werden kann, die notwendigen Auslagen des Angeklagten der Staatskasse aufzuerlegen, keinen Gebrauch gemacht. Zwar ist das Verfahrenshindernis der (absoluten) Verfolgungsverjährung erst nach Anklageerhebung und Eröffnung des Verfahrens eingetreten, so dass einer Verurteilung nach durchgeführter Beweisaufnahme allein der Eintritt der Verjährung entgegenstand. Da der Ablauf der Verjährungsfrist mit Blick auf die festgestellte rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung jedoch nicht von dem Angeklagten zu vertreten ist, hatte es bei der Kosten- und

Auslagenentscheidung gemäß § 467 Abs. 1 StPO zu verbleiben (vgl. Meyer-Goßner, StPO, 53. Aufl. 2010, § 467, Rn. 18).



***Kuklik***



***Dr. Knobloch***



***Dr. Schmidt***