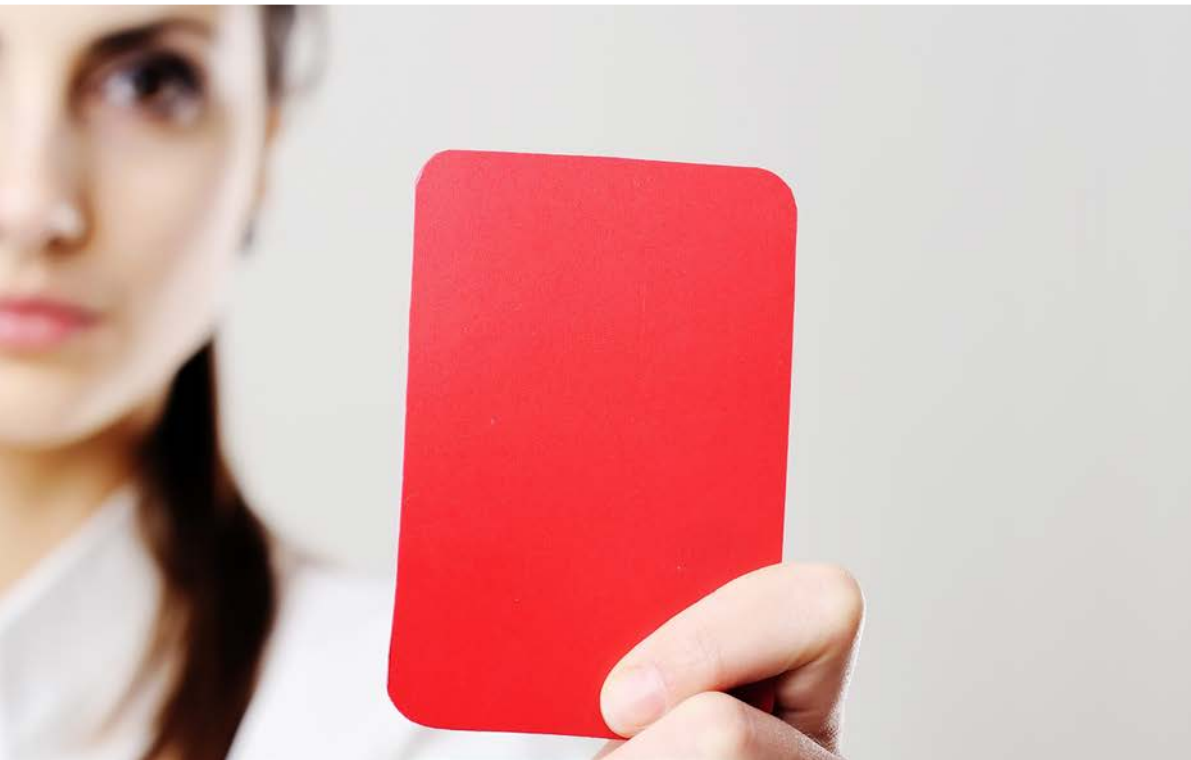




Spitzenverband



Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat

Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur
Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019



Impressum

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband

Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

E-Mail: fehlverhalten@gkv-spitzenverband.de

<http://www.gkv-spitzenverband.de/fehlverhalten>

Stand: 2. Dezember 2020

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft

Foto Titelseite: © Mykola Velychko - Fotolia.com

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

**Bericht des Vorstandes
an den Verwaltungsrat
gem. §§ 197a Abs. 5 SGB V, 47a SGB XI**

**Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von
Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

Berichtszeitraum
1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019

Dr. Doris Pfeiffer
Gernot Kiefer
Stefanie Stoff-Ahnis

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Fehlverhalten im Gesundheitswesen als gesetzliche Aufgabe	7
2.1 Sozialgesetzliche Grundlagen	7
2.2 Inkrafttreten der näheren Bestimmungen gem. §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI	8
2.3 Weiterentwicklung der sozialgesetzlichen Grundlagen	9
2.4 Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben	10
3. Schwerpunkte im Berichtszeitraum	18
3.1 Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege	18
3.2 Falschabrechnung im Krankenhaus	23
3.3 Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen	24
3.4 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit bei der Verhinderung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen	27
4. Rechts- und gesundheitspolitische Stellungnahmen	29
4.1 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)	29
4.2 Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	31
4.3 MDK-Reformgesetz	33
4.4 Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen	34
5. GKV-Gesamtsicht	37
5.1 Einführung	37
5.2 Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht 2018/2019	38
5.3 Differenzierung der GKV-Gesamtsicht nach Leistungsbereichen	43
5.4 Bewertung ausgewählter GKV-Kennzahlen	49
5.5 Schlussfolgerung und Ausblick	56
6. Anonymisierte Fallbeispiele	58
6.1 Organisierter Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste	59
6.2 Banden- und gewerbsmäßiger Betrug mit gefälschten Arzneimittelverordnungen	60
6.3 Banden- und gewerbsmäßiger Betrug im Zusammenhang mit dem Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums	63
6.4 Fehlverhalten eines Leistungserbringers der Wundversorgung und kooperierender Hausärzte	64
6.5 Abrechnungsbetrug im Krankenhaus	65
6.6 Fehlverhalten eines ermächtigten Arztes wegen fehlender persönlicher Leistungserbringung	66
6.7 Fehlverhalten bei Präventionskursen	66

7. Aktuelle Positionen und Forderungen	67
7.1 Schutz der Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen („Whistleblower“)	67
7.2 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse personenbezogener Daten zum Aufbau einer Betrugspräventionsdatenbank	70
7.3 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an Gesundheitsbehörden	72
7.4 Bekämpfung von Fehlverhalten in der häuslichen Krankenpflege	74
7.5 Bekämpfung von Fehlverhalten in der Pflegeversicherung	76
7.6 (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen	77
Anhang	80
A Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021 (Auszug)	81
B Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)	83
C Programm des Workshops „Schadenshochrechnung bei Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“	90
D Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Terminservice - und Versorgungsgesetz (TSVG)	92
E Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD	99
F GKV Expertise - Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen	105
G Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum MDK-Reformgesetz	109
H Programm der Internationalen Konferenz „Bytes without borders“	117
I Kontaktadressen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	122

1. Einleitung

Seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 haben die Kranken- und Pflegekassen - wenn angezeigt auch deren Landesverbände - Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet. Diese gesetzliche Aufgabe wurde in den §§ 197a SGB V, 47a SGB XI verankert. Nach dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 1. Juli 2008 hat auch der GKV-Spitzenverband eine Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet.

Gem. § 197a Abs. 5 Satz 1 SGB V hat der Vorstand dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband zu berichten. Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes führt gem. § 197a Abs. 6 Satz 2 SGB V darüber hinaus die Ergebnisse der Berichte seiner Mitglieder zusammen und erstellt nachfolgend eine GKV-Gesamtsicht.

Zuletzt hat der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes dem Verwaltungsrat in der Sitzung vom 28. November 2018 über die Arbeit und Ergebnisse seiner Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Berichtszeitraum 2016/2017 berichtet.

Der vorliegende Bericht schließt daran an und umfasst den Berichtszeitraum vom 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019. Nach erfolgter Unterrichtung des Verwaltungsrates ist dieser Bericht dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als zuständiger Aufsichtsbehörde zuzuleiten und im Internet zu veröffentlichen.

2. Fehlverhalten im Gesundheitswesen als gesetzliche Aufgabe

2.1 Sozialgesetzliche Grundlagen

Über die einleitend beschriebene zweijährige Berichtspflicht hinausgehend nimmt die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband nach §§ 197a SGB V, 47a SGB XI eine Reihe spezifischer gesetzlicher Aufgaben wahr:

- Die Stelle hat allen Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes hindeuten (§ 197a Abs. 1 SGB V). Sie hat jedoch nur glaubhaft erscheinenden Hinweisen nachzugehen, die hinreichend substantiiert sind (§ 197a Abs. 2 SGB V).
- Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Kranken- und Pflegekassen (nachfolgend auch Mitgliedskassen), sofern angezeigt deren Landesverbände und der GKV-Spitzenverband untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten (§§ 81a Abs. 3, 197a Abs. 3 SGB V). Der GKV-Spitzenverband organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit den bei seinen Mitgliedskassen eingerichteten Stellen, an dem Vertreterinnen und Vertreter der Strafverfolgungsbehörden sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Heilberufskammern in geeigneter Form zu beteiligen sind.
- Zum 1. Januar 2012 ist die vom GKV-Spitzenverband eingeforderte¹ gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten zwischen den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kranken- und Pflegekassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in Kraft getreten (vgl. §§ 81a Abs. 3a, 197a Abs. 3a SGB V). Die vom GKV-Spitzenverband darüber

hinaus eingeforderte² gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten zwischen den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Pflegekassen und dem Träger der Sozialhilfe (vgl. § 47a Abs. 2 SGB XI) ist zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten.

- Ergibt die Prüfung, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte, ist unverzüglich die Staatsanwaltschaft zu unterrichten (§ 197a Abs. 4 SGB V).
- Schlussendlich unterstützt der GKV-Spitzenverband gem. § 217f Abs. 2 SGB V seine Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben und Wahrnehmung ihrer Interessen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

1 Der GKV-Spitzenverband hatte die Forderung nach gesetzlicher Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten bereits in seinem ersten Bericht für den Berichtszeitraum 2008/2009 erhoben und den notwendigen gesetzlichen Änderungsbedarf im Berichtszeitraum 2010/2011 in mehreren Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen konkretisiert.

2 Die Forderung nach weitergehender gesetzlicher Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten hatte der GKV-Spitzenverband im Berichtszeitraum 2012/2013 in mehreren Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen formuliert.

2.2 Inkrafttreten der näheren Bestimmungen gem. §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI

Gem. § 197a Abs. 6 Satz 1 SGB V hat der GKV-Spitzenverband zum 1. Januar 2017 erstmals das Nähere über

1. die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach § 197a Abs. 1 Satz 1 SGB V,
2. die Ausübung der Kontrollen nach § 197a Abs. 1 Satz 2 SGB V,
3. die Prüfung der Hinweise nach § 197a Abs. 2 SGB V,
4. die Zusammenarbeit nach § 197a Abs. 3 SGB V,
5. die Unterrichtung nach § 197a Abs. 4 SGB V und
6. die Berichte nach § 197a Abs. 5 SGB V geregelt.

Der Gesetzgeber hat diese Ausrichtung gewählt, um eine Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach vergleichbaren Maßstäben zu gewährleisten und der hohen Bedeutung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen noch intensiver Rechnung zu tragen.

Die näheren Bestimmungen zu § 197a Abs. 6 Nr. 6 SGB V bauen auf einem Beschluss des Verwaltungsrates vom 5. September 2012 zur „Standardisierten Fallerfassung“ auf, der um die neuen gesetzlichen Berichtspflichten des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V zu erweitern war.

Demgemäß folgen die Bestimmungen zu § 197a Abs. 6 Nr. 1-5 SGB V dem Positionspapier „Für eine konsequente Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, beschlossen vom Verwaltungsrat am 25. März 2015, den von den Vertreterinnen und Vertretern der Kassenarten auf Anforderung des GKV-Spitzenverbandes übermittelten Vorschlägen zum notwendigen Regelungsbedarf und den Anregungen des seinerzeitigen Fachbeirates.

Die näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten, d. h. mit Beginn des vorliegenden Berichtszeitraums 2018/2019.³ Damit stand erstmals eine für alle Mitgliedskassen verbindliche⁴ norminterpretierende Verwaltungsvorschrift⁵ zur Verfügung.

3 Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2017/696 vom 20. Dezember 2017.

4 Vgl. die Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/8106, 17.

5 Vgl. zu dieser rechtlichen Einordnung auch Richter, Strafvereitelung wegen Nichtanzeige von Straftaten nach Prüfungen durch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, 2017, 287.

2.3 Weiterentwicklung der sozialgesetzlichen Grundlagen

Nach dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) am 7. Mai 2019 wurden die näheren Bestimmungen erstmals weiterentwickelt und soweit erforderlich angepasst.⁶

Infolge der Neuregelung in den §§ 197a Abs. 3b SGB V, 47a Abs. 3 SGB XI dürfen die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen personenbezogene Daten zukünftig auch an die nachfolgend aufgeführten Stellen übermitteln, soweit dies für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

- Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zuständig sind (§§ 197a Abs. 3b Nr. 1 SGB V, 47a Abs. 3 Nr. 1 SGB XI)
- Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zuständig sind (§§ 197a Abs. 3b Nr. 2 SGB V, 47a Abs. 3 Nr. 2 SGB XI)
- Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zuständig sind (§§ 197a Abs. 3b Nr. 3 SGB V, 47a Abs. 3 Nr. 3 SGB XI)
- der Medizinische Dienst sowie für Prüfaufträge nach § 114 SGB XI bestellte Sachverständige (§§ 197a Abs. 3b Nr. 4 SGB V, 47a Abs. 3 Nr. 5 SGB XI)
- die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind

(§§ 197a Abs. 3b Nr. 5 SGB V, 47a Abs. 3 Nr. 6 SGB XI)

- Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 SGB XI zuständig sind (§ 47a Abs. 3 Nr. 4 SGB XI)

Die Umschreibung der möglichen Empfänger hat der Gesetzgeber bewusst weit gefasst, um sicherzustellen, dass alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche genutzt werden können. Es kann sich um Stellen innerhalb, als auch außerhalb der Organisationen, bei denen die Fehlverhaltensstellen eingerichtet sind, handeln.

Die Datenübermittlung an die genannten Stellen ist zulässig, wenn diese für die Aufdeckung oder Verhinderung von Fehlverhalten „erforderlich“ ist, d. h. ohne die entsprechenden Daten nicht oder jedenfalls erheblich weniger effizient erfüllt werden könnte.

Durch die ausdrückliche Benennung der „Verhinderung oder Aufdeckung“ von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als mögliche Übermittlungszwecke wird nunmehr unmissverständlich klargestellt, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die (reaktive) Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein muss, sondern auch auf die (präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten abzielen kann, die in der Zuständigkeit der jeweiligen Empfänger liegen.⁷

In der Regel wird es sich bei den übermittelten Daten um personenbezogene Daten von Leistungserbringern handeln. Soweit im Einzelfall auch personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, deren Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung nicht erforderlich ist, sind diese zu anonymisieren. Dies gilt nicht für Sachverhalte, in denen Hinweise auf eine Mitwirkung

⁶ Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2019/379 vom 18. Juli 2019.

⁷ BT-Drs. 19/6337, S. 103, 135.

von Versicherten, z. B. beim Abrechnungsbetrug, vorliegen.⁸

Mit der Neuregelung der §§ 197a Abs. 3b SGB V, 47a Abs. 3 SGB XI sollte Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung Rechnung getragen werden. Der GKV-Spitzenverband hatte in der Vergangenheit wiederholt darauf hingewiesen, dass in der Praxis Unsicherheiten hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Nutzung von sonstigen Übermittlungswegen bestünden, was die Gefahr mit sich bringe, dass ein sinnvoller Informationsaustausch unterbleibe. Diesen Rechtsunsicherheiten sollte durch die erfolgte gesetzliche Klarstellung abgeholfen werden.⁹

Dessen ungeachtet bestehen in der Praxis weiterhin Unsicherheiten hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Übermittlung personenbezogener Daten, beispielsweise an Gesundheitsbehörden und andere Sozialversicherungsträger. Der GKV-Spitzenverband leitet daraus weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf ab (vgl. Punkt 7.3).

2.4 Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben

Die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband ist – entsprechend der Intention des Gesetzgebers – als verselbstständigter Stabsbereich eingerichtet und wurde als eigenständiges Referat in die Abteilung Gesundheit eingegliedert. Die Organisation ist damit so gestaltet, dass die Unabhängigkeit der Stelle gewährleistet ist und ein direkter Zugang zum Vorstand besteht.

Damit sich gem. § 197a Abs. 2 SGB V jede Person mit Hinweisen auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen auch an den GKV-Spitzenverband wenden kann, hat der GKV-Spitzenverband frühzeitig entsprechende organisatorische und technische Vorkehrungen getroffen, sodass externe und anonyme Hinweise jederzeit entgegengenommen werden können. Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen können dem GKV-Spitzenverband schriftlich per E-Mail, Post oder Fax mitgeteilt werden.

Im Rahmen seiner aktiven Öffentlichkeitsarbeit weist der GKV-Spitzenverband auf seiner Homepage auf die Einrichtung und die gesetzlichen Aufgaben seiner Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hin. In diesem Zusammenhang wird ein **Hinweisgeber-Formular** bereitgestellt, das die schriftliche Meldung eines inhaltlich möglichst substantiierten Hinweises erleichtern und insbesondere auch anonyme Hinweise entgegennehmen soll.

Im Ergebnis fungiert die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband als eine externe Meldestelle für alle Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber, die einen konkreten Hinweis auf Fehlverhalten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nicht unmittelbar an eine betroffene Mitglieds-

⁸ BT-Drs. 19/6337, S. 135.

⁹ BT-Drs. 19/6337, S. 103.

kasse melden können, aber dennoch zu einem effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Gesundheitswesen beitragen wollen.

Der GKV-Spitzenverband leitet daraus zugleich die weitergehende Forderung nach dem gesetzlichen Schutz von Hinweisgeberinnen und Hinweisgebern (Whistleblowern) ab (vgl. Punkt 7.1).

2.4.1 Fehlverhalten im Gesundheitswesen als Rechtsbegriff

Der unbestimmte Rechtsbegriff „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ umfasst nach § 197a Abs. 1 SGB V grundsätzlich alle Fälle und Sachverhalte, „die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten“. Es ist unerheblich, ob das Fehlverhalten durch Leistungserbringer, Versicherte, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber oder im Zusammenwirken mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kranken- und Pflegekassen begangen wurde.

Die erste Tatbestandsalternative der „**Unregelmäßigkeiten**“ bei der Verwendung von Finanzmitteln wird teilweise sehr weit ausgelegt, sodass darüber alle Auffälligkeiten erfasst werden sollen, die von der Regel, also dem üblichen oder zulässigen Handeln, abweichen. Dagegen sprechen im vorliegenden Sachzusammenhang aber sowohl die Entstehungsgeschichte als auch der Wortlaut des § 197a Abs. 4 SGB V. Vom Begriff der „Unregelmäßigkeiten“ werden deshalb in erster Linie Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen erfasst, namentlich:

- Betrug (§ 263 StGB)
- Untreue (§ 266 StGB)
- Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr (§ 299 StGB)
- Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§ 299a StGB)
- Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299b StGB)
- Vorteilsannahme (§ 331 StGB)

- Bestechlichkeit (§ 332 StGB)
- Vorteilsgewährung (§ 333 StGB)
- Bestechung (§ 334 StGB)

Darüber hinaus schließt der Begriff auch typische Begleitdelikte, wie z. B. Urkundenfälschung (§ 267 StGB) oder das Fälschen bzw. Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§§ 277, 278 StGB) sowie einschlägige Straftatbestände des Nebenstrafrechts (z. B. § 29 BtMG oder § 95 AMG) und Ordnungswidrigkeiten ein. Die sachliche Zuständigkeit der Stellen ist aber keinesfalls auf derart straf- und bußgeldbewehrtes Verhalten beschränkt.

Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch, die nicht vom Begriff der „Unregelmäßigkeiten“ erfasst werden, fallen unter die zweite Tatbestandsalternative der „**rechtswidrigen Nutzung von Finanzmitteln**“, ohne dass es auf ein Verschulden ankommt. Damit können hier – im Sinne eines Auffangtatbestandes – alle (nach dem geltenden Strafrecht strafflosen) regelwidrigen Vermögensverfügungen zulasten der Finanzmittel der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung erfasst werden. Dazu zählen Verstöße gegen sozialgesetzliche Verbote, z. B.:

- Verbot der Zuweisung gegen Entgelt gem. § 73 Abs. 7 SGB V
- Depotverbot gem. § 128 Abs. 1 SGB V
- Beteiligungs- oder Zuwendungsverbot des § 128 Abs. 2 SGB V

Darüber hinaus können hier insbesondere Vertragsverstöße erfasst werden, die nicht nur die Rückforderung der in diesen Fällen zu Unrecht gezahlten Vergütung zur Folge haben, sondern im Einzelfall auch Vertragsstrafen nach sich ziehen können (vgl. § 128 Abs. 3 SGB V).

Gem. § 30 Abs. 1 SGB IV ist rechtmäßig nur die zugleich auch zweckmäßige Mittelverwendung. Deshalb läuft die eigenständige Prüfung der „zweckwidrigen Nutzung von Finanzmitteln“ in der Praxis von Anfang an leer. Eine unzulässige Nutzung von Finanzmitteln begründet regelmä-

ßig eine Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§§ 4 Abs. 4, 70 Abs. 1 SGB V) und ist deshalb immer auch rechtswidrig. Die dritte Tatbestandsalternative „zweckwidrig“ ist folglich redundant und sollte vom Gesetzgeber ersatzlos gestrichen werden.¹⁰

2.4.2 Entgegennahme und Erstbearbeitung von Hinweisen

Bei der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverbandes sind im Berichtszeitraum **379 externe Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen** eingegangen. Im direkten Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum hat sich das Hinweisaufkommen weiter erhöht. Der kontinuierliche Anstieg lässt sich insbesondere auf die beschriebene Einrichtung des Hinweisgeber-Formulars auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes zurückführen.

Eingegangene Hinweise i. S. der §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI sind sämtliche im Berichtszeitraum eingegangenen Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die „auf Grund der einzelnen Angaben oder Gesamtumstände glaubhaft erscheinen“. Glaubhaft sind Tatsachen, deren Vorliegen überwiegend wahrscheinlich ist (§ 23 Abs. 1 S. 2 SGB X). Das ist der Fall, „wenn die Hinweise hinreichend substantiiert sind“¹¹ und auch eine bestimmte natürliche oder juristische Person benennen. Nicht erfasst werden demgegenüber allgemeine Anfragen oder Beschwerden über ein bestimmtes Verwaltungshandeln der Mitgliedskassen, für die das Widerspruchsverfahren und die Klage vor dem Sozialgericht eröffnet sind. Auch Hinweise auf Behandlungsfehler fallen grundsätzlich nicht in den Zuständigkeitsbereich der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen gem. § 197a SGB V. Für die Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von

Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, sind gesonderte Ansprechpartner der Krankenkassen gem. § 66 SGB V zuständig.

Der GKV-Spitzenverband bearbeitet im Gegensatz zu seinen Mitgliedskassen im Regelfall keine Leistungs- und Versicherungsfälle. Deshalb werden die bei der Stelle eingehenden externen Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, sofern diese glaubhaft und hinreichend substantiiert sind, an die zuständigen Stellen der Mitgliedskassen weitergeleitet, wo dann eine Ermittlung und Prüfung eingeleitet wird.

Häufig kann im Rahmen der Korrespondenz mit der Hinweisgeberin bzw. dem Hinweisgeber festgestellt werden, dass die regional zuständigen Stellen in dem zugrundeliegenden Sachverhalt bereits ermitteln. Sofern sich ein anonymes Hinweis konkret auf eine Mitgliedskasse bezieht, erfolgt die Weiterleitung zuständigkeitshalber direkt an die bei dieser Mitgliedskasse eingerichtete Stelle. Lässt sich dem Hinweis ein konkreter regionaler Bezug entnehmen, erfolgt die gezielte Kontaktaufnahme zu den in den Bundesländern bereits eingerichteten kassenartenübergreifenden GKV-Prüfgruppen, Arbeitsgemeinschaften oder Runden Tischen.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt deshalb nachdrücklich den Abschluss weiterer kassenartenübergreifender Vereinbarungen über die Intensivierung der Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Leistungserbringer rechnen in der Regel mit mehreren Kassenarten ab. Folglich geschieht auch Fehlverhalten von Leistungserbringern in der Regel zulasten mehrerer in einem Bundesland tätigen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Die geschädigten Kassen haben aber immer nur Einblick in ihr eigenes Marktsegment. Sie sind daher oft nicht in der Lage, Fehlverhalten zu erkennen

10 Für eine konsequente Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes beschlossen vom Verwaltungsrat am 25. März 2015, S. 2.

11 Vgl. BT-Drs. 15/1525, S. 99, 138, 155.

oder seinen Umfang vollständig einzuschätzen. Zur erfolgreichen Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind die Kassen auf eine möglichst institutionalisierte Zusammenarbeit mit anderen Kassen oder kassenartenübergreifend tätigen Einrichtungen angewiesen. Dies gilt insbesondere für kleinere Kassen, die anderenfalls nur wenige Hinweise aus ihren eigenen Leistungsabteilungen erhalten und deren Datenbestände oft nicht umfassend genug sind, um systematische Datenanalysen durchführen zu können.

Sofern eine regionale Zuständigkeit nicht zweifelsfrei ermittelt werden kann, werden im Einzelfall die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundes- oder Landesebene eingebunden.

Der GKV-Spitzenverband war im Berichtszeitraum erneut Ansprechpartner für die Ermittlungsbehörden in Verfahren mit kassenarten- oder bundesländerübergreifender Relevanz, um im Sachzusammenhang mit Vermögensstraftaten im Gesundheitswesen sozialrechtliche Rechtsfragen zu beantworten bzw. regionale Kontakte zu den zuständigen Stellen der Kranken- und Pflegekassen herzustellen.

Die beim GKV-Spitzenverband eingegangenen externen Hinweise betreffen grundsätzlich alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Regelmäßig wiederkehrend waren dabei im Berichtszeitraum insbesondere die folgenden Fallgruppen:

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (Luftleistungen, Doppelabrechnung)
- Abrechnung nicht mit vertragsgemäßer Qualifikation erbrachter Leistungen
- Abrechnung höherwertiger Leistungen als erbracht (Aufwertung, Upcoding)
- Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen (unzulässige Delegation)
- Abrechnung anderer als der erbrachten Leistungen
- Abrechnung unwirtschaftlicher, medizinisch nicht indizierter Leistungen

- Verstoß gegen das Verbot unzulässiger Zusammenarbeit (§§ 73 Abs. 7, 128 SGB V)
- Urkundenfälschung, z. B. Verordnungs-, Rezept- oder Zertifikatsfälschung
- Leistungsmissbrauch (§§ 15 Abs. 6 Satz 2, 38 oder 44 SGB V; § 39 SGB XI)
- Sonstige

Die beim GKV-Spitzenverband eingehenden externen Hinweise stellen aber zwangsläufig nur einen kleinen Ausschnitt der vielfältigen Ausprägungen von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in der Ermittlungs- und Prüfpraxis seiner Mitgliedskassen dar.

2.4.3 Förderung der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit

„Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“

Die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband koordiniert den regelmäßigen Informationsaustausch zwischen allen Kranken- und Pflegekassen. Zur Beratung und Abstimmung des gemeinsamen und strukturierten Vorgehens bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hat sich die „Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ des GKV-Spitzenverbandes, der Mitgliedskassen und deren Verbände auf Bundesebene konstituiert. Die Arbeitsgemeinschaft dient dem regelmäßigen institutionalisierten Erfahrungs- und Informationsaustausch und fördert damit die kassenartenübergreifende Zusammenarbeit.

Die Arbeitsgemeinschaft tagte im Berichtszeitraum insgesamt fünfmal. Die AG-Sitzungen werden regelmäßig von der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband vor- und nachbereitet. Der GKV-Spitzenverband analysiert in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft die bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen im Hinblick auf

mögliche „Einfallstore“ für Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Im Ergebnis der Analyse ausgewählter kassenartenübergreifend bedeutsamer Sachverhalte werden in enger Abstimmung mit der für den jeweiligen Leistungsbereich zuständigen Fachebene Regelungslücken aufgedeckt und geeignete Möglichkeiten der Prävention von Fehlverhalten im Gesundheitswesen herausgearbeitet. Neue Gesetzgebungsvorhaben werden geprüft und erforderlichenfalls konstruktive Änderungsvorschläge unterbreitet.

Einrichtung spezifischer Gruppenräume unter „GKV-Dialog“

Über das Mitgliederportal „GKV-Dialog“ hat die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen umfangreiche Hintergrundinformationen zusammengestellt, die regelmäßig aktualisiert werden. Die Information des GKV-Spitzenverbandes gegenüber seinen Mitgliedskassen zum Thema „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ wird damit qualitativ ausgebaut.

Datum	Termin
29.01.2018 Berlin	Einführungsveranstaltung zum Inkrafttreten der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI, Zielgruppe: Betriebskrankenkassen (BKK) und Ersatzkassen
19.02.2018 Berlin	Einführungsveranstaltung zum Inkrafttreten der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI, Zielgruppe: Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
07.03.2018 Berlin	Einführungsveranstaltung zum Inkrafttreten der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI, Zielgruppe: Innungskrankenkassen (IKK)
11./12.04.2018 Illschwang	Vortrag und Diskussion im Rahmen einer Klausurtagung der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der AOK Bayern, auf Einladung der AOK Bayern
03.05.2018 München	Einführungsveranstaltung zum Inkrafttreten der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI, Zielgruppe: Mitgliedskassen im BKK Landesverband Bayern und BKK Landesverband Süd
08.08.2018 Berlin	Vortrag und Diskussion mit den Stellen gem. § 197a SGB V aller elf AOK im Rahmen der Sitzung des Fachteams Fehlverhaltensbekämpfung beim AOK-Bundesverband, auf Einladung des AOK-Bundesverbandes
17.09.2019 Berlin	Vortrag und Diskussion mit den zuständigen Referenten aller 15 Landesvertretungen des Verbands der Ersatzkassen (vdek), im Rahmen der Sitzung Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des vdek, auf Einladung des vdek
29.10.2019 Berlin	Impulsvortrag zum Thema „Aktuelle rechts- und gesundheitspolitische Entwicklungen“, im Rahmen der kassenartenübergreifenden Beratung Fehlverhalten im Gesundheitswesen, unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Staatsanwaltschaft Berlin und des LKA Berlin, auf Einladung der vdek Landesvertretung Berlin/Brandenburg
18.12.2019 Berlin	Anwender-Workshop des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Fachanwendung Fehlverhalten

Direkte Kommunikation mit den Mitgliedskassen und Verbänden

Die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband unterstützt die Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben durch die Beratung in Bezug auf geeignete Strukturen und Prozesse. Wie sich aus der vorstehenden Tabelle ergibt, liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der direkten Kommunikation mit den Mitgliedskassen und deren Verbänden.

Eine effektive Bekämpfung und Prävention von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erfordert regelmäßige Fortbildung. Die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband arbeitet dazu eng mit den Mitgliedskassen und Verbänden zusammen und steht diesen als Diskussionspartner zur Verfügung.

2.4.4 Förderung der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit

Durch die zum 1. Januar 2012 erfolgte Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis dürfen personenbezogene Daten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 81a Abs. 3a, 197a Abs. 3a SGB V fortan kassenarten- und organisationsübergreifend übermittelt werden. Der GKV-Spitzenverband setzt sich für die weitere Verbesserung der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Pflegekassen und Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen ein.

Nach dem neuen § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V organisiert der GKV-Spitzenverband einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, an dem u. a. Vertreterinnen und Vertreter der Strafverfolgungsbehörden in geeigneter Form zu beteiligen sind. Der Erfahrungsaustausch soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht nur den direkten fachlichen Austausch der Verantwortlichen, sondern insbesondere die „gemeinsame Abstimmung über das Vorgehen bei streitigen oder unklaren Fragestellungen“ ermöglichen.

Die Vorbereitung und Durchführung des Erfahrungsaustausches des GKV-Spitzenverbandes bildet regelmäßig einen der Schwerpunkte im Berichtszeitraum (vgl. Punkt 3.3.1).

Erfahrungsaustausch mit den Beauftragten nach § 81a SGB V

Darüber hinaus hat der Leiter der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverbandes im vorliegenden Berichtszeitraum erstmals an einem Erfahrungsaustausch der Beauftragten nach § 81a SGB V bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) in Köln teilgenommen.

Das Treffen am 19. April 2018 stand u. a. im Zeichen der praktischen Umsetzung von Art. 3 des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Der GKV-Spitzenverband berichtete in diesem Zusammenhang auch über die zum 1. Januar 2018 in Kraft getretenen „Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI“ und deren geplante Weiterentwicklung. Die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung wird dadurch verstärkt, dass der GKV-Spitzenverband die in seinem Bericht zusammengeführten Ergebnisse zukünftig auch mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abgleichen soll.

Wie bereits in den vorangegangenen Berichtszeiträumen ist der Leiter der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverbandes darüber hinaus auch im vorliegenden Berichtszeitraum der Einladung zum Erfahrungsaustausch im Rahmen des Treffens der Beauftragten nach § 81a SGB V bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin gefolgt.

Im Rahmen des Treffens am 10. Dezember 2018 hat der GKV-Spitzenverband u. a. darauf hingewiesen, dass die gesetzlich verpflichtende Zusammenarbeit zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bei der Bekämpfung von vertragsärztlichem Fehlverhalten noch stärker als eine gemeinsame Aufgabe begriffen werden müsse. Der unentbehrliche fallbezogene Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen

Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und den zuständigen Staatsanwaltschaften kann demgegenüber aber nur auf der jeweiligen Landesebene unter Beachtung der spezifischen regionalen Besonderheiten erfolgreich gelingen.

Um die zukünftige Arbeit zu intensivieren und zu vereinheitlichen hat der GKV-Spitzenverband erneut an die Gesetzesbegründung erinnert: Da die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen nach § 197a Abs. 3 SGB V den gleichen gesetzlichen Auftrag haben und eine gegenseitige Beteiligung vorgeschrieben ist, könnte der Erfahrungsaus-

tausch zu ausgewählten Fragestellungen zukünftig auch gemeinsam organisiert werden.

2.4.5 Fachöffentlichkeitsarbeit

Im Rahmen einer aktiven Fachöffentlichkeitsarbeit hat der Leiter der Stelle auch im abgeschlossenen Berichtszeitraum 2018/2019 Einladungen zu themenspezifischen Vorträgen, Workshops oder Diskussionsveranstaltungen angenommen, die nachfolgend aufgeführt sind:

Datum	Termin
20.01.2018 Berlin	Vortrag und Diskussion zum Thema „Brennpunkt Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste“, im Rahmen des 23. Pflege-Recht-Tages auf dem Kongress Pflege 2018
18.05.2018 Berlin	17. Runder Tisch: Leistungs- und Abrechnungsmängel im Pflegesektor - Koordinierte Zusammenarbeit zur Verhinderung und Aufdeckung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
23.11.2018 Berlin	18. Runder Tisch: Leistungs- und Abrechnungsmängel im Pflegesektor - Koordinierte Zusammenarbeit zur Verhinderung und Aufdeckung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
17.05.2019 Berlin	19. Runder Tisch: Leistungs- und Abrechnungsmängel im Pflegesektor - Koordinierte Zusammenarbeit zur Verhinderung und Aufdeckung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
21.05.2019 Leipzig	Vortrag und Diskussion zum Thema: „Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Aktuelle Entwicklungen“ im Rahmen des Fachsymposiums Betrug und Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Gesundheitsforen Leipzig GmbH
23.05.2019 Berlin	Vortrag im Rahmen eines Erfahrungsaustausches zu Manipulationen bei medizinisch gebotenen Versicherungsleistungen bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund, auf Einladung der DRV Bund
22.11.2019 Berlin	20. Runder Tisch: Leistungs- und Abrechnungsmängel im Pflegesektor - Koordinierte Zusammenarbeit zur Verhinderung und Aufdeckung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
05.12.2019 Potsdam	Teilnahme an der Podiumsdiskussion im Rahmen der Veranstaltung „Alles völlig legal!? Wie sicher ist die 24-Stunden-Betreuung für pflegebedürftige Verbraucher?“, im Rahmen eines Projektes der Verbraucherzentrale Brandenburg, gefördert vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV)

2.4.6 Abgrenzung zur Korruptionsprävention und „Compliance“

An dieser Stelle wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Berichtszeitraum **keine Hinweise auf internes Fehlverhalten** von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des GKV-Spitzenverbandes eingegangen sind.

Der Bundesrechnungshof (BRH) hat bereits im Jahre 2014 angeregt, die Krankenkassen für die Korruptionsprävention zu sensibilisieren und auf die Richtlinie der Bundesregierung zur Korruptionsprävention in der Bundesverwaltung (BMI-Richtlinie) bzw. die korrespondierenden Richtlinien der Länder hinzuweisen. Die Krankenkassen sollten diese Richtlinien in ihren Häusern für verbindlich erklären. Dieser Anregung ist der GKV-Spitzenverband mit Rundschreiben 2014/567 vom 18. Dezember 2014 nachgekommen.

- Nach Nr. 5 der BMI-Richtlinie ist bei allen Krankenkassen u. a. die förmliche Bestellung einer „Ansprechperson für Korruptionsprävention“ erforderlich. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Korruptionsprävention ist diese Ansprechperson weisungsunabhängig.
- Nach Nr. 6 der BMI-Richtlinie ist darüber hinaus bei allen Krankenkassen die Einrichtung einer weisungsunabhängigen „Organisationseinheit zur Korruptionsprävention“ erforderlich.

Die „Ansprechperson für Korruptionsprävention“ soll nach den „Empfehlungen zur Korruptionsprävention in der Bundesverwaltung“ in Verdachtsfällen in der Regel keine eigenen Ermittlungen anstellen. Nach der „Handreichung für die Arbeitsweise der Ansprechperson für Korruptionsprävention bei Verdachtsfällen“ sind eigene Ermittlungen sogar „grundsätzlich zu unterlassen“. Diese Einschränkung steht im Gegensatz zur Verpflichtung der Krankenkassen „innerhalb ihrer Organisation verselbständigte Ermittlungs- und Prüfungsstellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten“ (BT-Drs.

15/1525). Aufgabe der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ist es gerade, eigene Ermittlungen und Prüfungen durchzuführen. Gemäß Nr. 6 der BMI-Richtlinie kann die „Organisationseinheit für Korruptionsprävention“ auch von der Innenrevision wahrgenommen werden.

Mit dem Inkrafttreten des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes zum 1. März 2017 wurde der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes gem. § 217b Abs. 2a SGB V verpflichtet, geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem und mit einer unabhängigen internen Revision einzurichten, mithin die Schaffung einer zusätzlichen „Compliance-Struktur“.

Daraus ergibt sich, dass die interne Korruptionsprävention im GKV-Spitzenverband nach der gesetzlichen Neuregelung als eine spezifische Aufgabe eingeordnet wird, mithin keine gesetzliche Aufgabe der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. § 197a SGB V darstellt.

3. Schwerpunkte im Berichtszeitraum

3.1 Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege

3.1.1 Organisierter Abrechnungsbetrug

Im abgeschlossenen Berichtszeitraum häuften sich erneut Pressemeldungen und -berichte über organisierten Abrechnungsbetrug, ja sogar „mafiose Strukturen“ in der ambulanten Pflege.¹² Eine spezielle Ausprägung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist der Abrechnungsbetrug durch russischsprachige Pflegedienste. Dabei handelt es sich um ambulante Pflegedienste, die mehrheitlich von Personen aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion geführt werden. Nach der Bewertung des Bundeskriminalamtes (BKA) handelt es sich um ein bundesweites Phänomen,¹³ das insbesondere dort auftritt, wo sich durch Sprachgruppen geschlossene Systeme bilden.

Die genannten Pflegedienste wählen beim Abrechnungsbetrug unterschiedliche Vorgehensweisen, indem sie beispielsweise

- nur zum Teil oder überhaupt nicht erbrachte Leistungen abrechnen,
- die Pflegebedürftigkeit von Patientinnen und Patienten vortäuschen (Patientinnen und Patienten simulieren bewusst),
- Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal bestechen oder
- Urkunden im Zusammenhang mit der Ausstellung von Ausbildungszertifikaten fälschen.

Nach Ansicht des BKA liegen in vielen dieser Fälle nicht nur klare Indizien für ein strukturiertes und organisiertes Vorgehen der Pflegedienste mit dem Ziel der illegalen Gewinnmaximierung vor.

In Einzelfällen lassen sich im Zusammenhang mit Investitionen in russischsprachige ambulante Pflegedienste sogar Hinweise auf Organisierte Kriminalität erkennen.¹⁴

Substantiierte Hinweise kommen typischerweise von den Pflegebedürftigen selbst, deren Angehörigen oder ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines ambulanten Pflegedienstes. Solche Hinweise sind aber in dem hier vorliegenden Sachzusammenhang von „Pflegebetrug und Organisierter Kriminalität“ die seltene Ausnahme. Die Pflegebedürftigen, deren Angehörige und der ambulante Pflegedienst sind vielmehr geradezu notwendiger Teil eines geschlossenen Betrugs-systems.

Mittlerweile konzentrieren sich die Täterinnen und Täter zunehmend auf das Geschäft mit der außerklinischen Intensivpflege, da in diesem Bereich die höchsten Gewinne erzielt werden können. Die Mitgliedskassen zahlen für eine solche Intensivpflegepatientin bzw. einen solchen Intensivpflegepatienten monatlich durchschnittlich etwa 22.000 Euro. In Anbetracht der demografischen Entwicklung wird dieser Pflegemarkt in absehbarer Zukunft weiterwachsen. Nach Ansicht des BKA muss davon ausgegangen werden, dass Abrechnungsbetrug in der Pflege deshalb auch zukünftig von sehr großer Bedeutung sein wird.¹⁵

Aufgrund einer bundesweiten Kooperation der Polizeibehörden ist es gelungen, einen Teil des Phänomens aufzuhellen und zahlreiche polizeiliche Präventionsmaßnahmen umzusetzen. In diesem Zusammenhang wurden die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen für diese spezielle Ausprägung der organisierten Wirtschaftskriminalität im Gesundheitswesen besonders sensibi-

¹² Vgl. etwa Pflegebetrug in Deutschland. Der Feind an meinem Bett, Der Spiegel Nr. 40. vom 28. September 2019, die Antwort der Bundesregierung auf eine zugehörige Kleine Anfrage im Deutschen Bundestag (BT-Drs. 19/15563 vom 28. November 2019) sowie zuletzt: Wenn die Mafia die Hand aufhält, WELT am Sonntag vom 29. März 2020.

¹³ Vgl. Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2017, S. 21.

¹⁴ Vgl. ebd., S. 22.

¹⁵ Vgl. ebd.

liert, u. a. auch im Rahmen des Erfahrungsaustausches gem. § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V.

Besonders stark aufgefallen ist das Phänomen auch bei den Berliner Sozialhilfeträgern. Die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung hat deshalb einen Runden Tisch „Leistungs- und Abrechnungsmängel im Pflegesektor – Koordinierte Zusammenarbeit zur Verhinderung und Aufdeckung“ initiiert, der zweimal jährlich zusammenkommt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Runden Tisches sind u. a. die betroffenen Berliner Sozialhilfeträger, Pflegekassen und deren Verbände, der Medizinische Dienst Berlin/Brandenburg sowie die Berliner Staatsanwaltschaft und das Berliner Landeskriminalamt. Auch der GKV-Spitzenverband ist der Einladung zur Teilnahme am Runden Tisch gefolgt, um beispielhaft Probleme identifizieren zu können und auf dieser Grundlage Vorgehensweisen zu koordinieren und Maßnahmen zu entwickeln (vgl. § 47a Abs. 2 SGB XI).

Die aktuellen Hinweise und Erkenntnisse zu den Betrugspraktiken dieser ambulanten Pflegedienste zeigen, dass die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt und ergänzt werden müssen, um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen zukünftig noch besser entgegenzutreten zu können.

3.1.2 Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP)

Vor dem Inkrafttreten des Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) waren Qualitätsprüfungen von Pflegebedürftigen, die keine Pflegesachleistungen, sondern Pflegegeld nach dem SGB XI beziehen, oder von Versicherten, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) in Anspruch nehmen, ausgeschlossen. Außerdem konnte nur eine ausgewählte Zufallsstichprobe von Versicherten in die Prüfung einbezogen werden. Nach den vorgenannten Erkenntnissen des BKA konnte das System in Bezug auf die Prüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege z. B.

dadurch ausgehebelt werden, dass Versicherte Pflegegeld wählen. Außerdem konnte durch die Stichprobenregelung nicht sichergestellt werden, dass besondere Personenkreise, wie Versicherte mit außerklinischem Intensivpflegebedarf, in angemessenem Umfang in die Prüfung einbezogen wurden.

Die vorgenannten Erkenntnisse des BKA haben deshalb ganz maßgeblich dazu geführt, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt und ergänzt wurden. Um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen noch besser entgegenzutreten zu können, wurden die Prüfaufgaben des Medizinischen Dienstes mit dem PSG III um den Bereich der HKP erweitert.

Mit der Einfügung des § 275b SGB V haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auch bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge zur häuslichen Krankenpflege nach § 132a Abs. 4 SGB V abgeschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach dem SGB XI unterliegen, regelmäßige Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen (Regelprüfungen) durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen. Das Nähere hat der GKV-Spitzenverband in der Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) vom 27. September 2017 geregelt, die zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist. Dabei wurden auch spezifische Prüfparameter für die ambulante außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege entwickelt.

3.1.3 Rahmenempfehlung häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V

Versicherte, die aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an häuslicher Krankenpflege oder einer Bedrohung ihrer Vitalfunktion rund um die Uhr ambulante Pflege benötigen, sollen sich auf eine qualitativ hochwertige Versorgung verlassen können. Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen haben sich auf bundeseinheitliche Rahmenbedingungen für

die behandlungspflegerische Versorgung von Menschen mit intensivem Pflegebedarf verständigt.

Pflegedienste, die außerklinische ambulante Intensivpflege erbringen, müssen bundesweit vergleichbaren Anforderungen gerecht werden. Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf spezifische Qualifikationsvoraussetzungen der eingesetzten Pflegefachkräfte gelegt. Damit wurden auch einheitliche Grundlagen für die vertraglichen Regelungen zwischen den Vertragspartnern auf Landesebene geschaffen.

Die Rahmenempfehlungen traten zum 1. Dezember 2019 in Kraft. Die Vertragspartner auf regionaler Ebene haben nun die Aufgabe, die Inhalte der Versorgungsverträge an die neuen Rahmenempfehlungen anzupassen.

3.1.4 Stärkung der außerklinischen Intensivpflege

Der GKV-Spitzenverband hat wiederholt auf notwendige gesetzliche Änderungen zur Beseitigung grundlegender struktureller Probleme im Bereich der außerklinischen Intensivpflege hingewiesen. Dies betrifft sowohl die Krankenhausversorgung und strukturierte Entlassung insbesondere von beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten als auch die fachgerechte Prüfung des Potenzials der Beatmungsentwöhnung während der qualifizierten pflegerischen Versorgung der Versicherten im ambulanten und stationären Bereich. Vor dem Hintergrund aufgezeigter (Fehl-)Anreize, wie z. B. fehlende Anreize zur Beatmungsentwöhnung und hohe finanzielle Eigenbeteiligungen der Versicherten, hat sich der GKV-Spitzenverband für grundlegende Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen und erweiterte Leistungsansprüche für GKV-Versicherte bei stationärer pflegerischer Versorgung ausgesprochen. Der Fokus liegt dabei auf der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Menschen mit intensivem Pflegebedarf und der Beseitigung von Fehlsteuerungen sowie Fehlanreizen im Versorgungsprozess.

Die gesundheitspolitische Diskussion hat mit dem noch im zweiten Halbjahr 2019 vorgelegten Referentenentwurf zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) begonnen.

Erklärtes Ziel des nach Ende des Berichtszeitraums vorgelegten Gesetzentwurfs zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) ist es u. a., „Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen“. Insoweit greift der Gesetzentwurf explizit die aktuellen Erkenntnisse aus den Berichten der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bzw. aus der regelmäßigen Presseberichterstattung auf, wonach gerade in der außerklinischen Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit häufig sehr gezielt nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt und danach systematisch falsch abgerechnet wird. Die resultierenden Qualitäts- und Versorgungsmängel in der außerklinischen Intensivpflege gefährden nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten, sondern erfüllen den Straftatbestand des Abrechnungsbetrugs im Gesundheitswesen und schaden damit auch der Solidargemeinschaft.

Der BRH hat in einer Prüfmitteilung vom 12. November 2019 darauf hingewiesen, dass die ambulanten Pflegedienste den zeitlichen Vorlauf bei angekündigten Prüfungen häufig nutzen, um etwaige Qualitätsmängel in Wohngemeinschaften der außerklinischen Intensivpflege (Intensiv-WGs) zu beseitigen, z. B. Dokumentationsfehler, fehlerhafte Dienstpläne, Hinweise auf nicht ausreichend qualifiziertes Personal. Dieser Vorlauf wäre bei unangekündigten Prüfungen nicht gegeben.

Der BRH hält es daher für notwendig, ambulante Pflegedienste, die Leistungen in Intensiv-WGs erbringen, mit Blick auf die Qualitätsprüfungen gleich zu behandeln. Dabei sollte es keine Rolle spielen, ob sie nur aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB V oder auch nach SGB XI tätig werden. Der BRH sieht darin eine Regelungslücke, die nicht dem Willen des Gesetzgebers entspreche.

Da ambulante Pflegedienste in der Regel neben dem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V auch einen Vertrag nach § 72 SGB XI haben, erfolgen die meisten Regelprüfungen in der Praxis tatsächlich mit einer entsprechenden Ankündigung (§ 114a Abs. 1 Satz 3, 1. Alternative SGB XI). Regelprüfungen im Bereich der ambulanten außerklinischen Intensivpflege sollten aber immer unangemeldet erfolgen. Um mögliche Auffälligkeiten beim Personaleinsatz feststellen zu können und den Pflegediensten keine Möglichkeit für kurzfristige Änderungen beim Personaleinsatz für das Prüfgeschehen zu geben, ist laut BRH in der ambulanten außerklinischen Intensivpflege eine unangekündigte Regelprüfung notwendig. Dies kann nur durch gesetzliche Änderungen erfolgen.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt diese Forderung. Im Hinblick auf die spezifischen strukturellen und personellen Anforderungen sollte eine Regelprüfung bei zugelassenen Pflegediensten, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen, grundsätzlich unangekündigt erfolgen. Die Argumentation, dass dem Pflegedienst die Möglichkeit der organisatorischen Vorbereitung gegeben werden muss, greift hier nicht, da im Rahmen dieser Versorgung in der Regel rund um die Uhr eine qualifizierte Pflegefachkraft vor Ort ist. Mit seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2020 zum GKV-IPReG hat der GKV-Spitzenverband deshalb eine entsprechende gesetzliche Änderung des § 114a Abs. 1 Satz SGB XI eingefordert.

3.1.5 Schadenshochrechnung bei Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege

Der Bundesgerichtshof hat in Strafverfahren wegen Abrechnungsbetrug von Vertragsärztinnen und -ärzten bereits vor über 25 Jahren die mathematisch-statistische Schadenshochrechnung zur Ermittlung des entstandenen Schadens zu-

gelassen.¹⁶ Diese Methode wird allerdings nur von Strafverfolgungsbehörden weniger Bundesländer angewendet, z. B. in Rheinland-Pfalz und im Saarland.¹⁷ Ein bundesweiter, einheitlicher Standard für die mathematisch-statistische Schadenshochrechnung fehlt dagegen bis heute.

Offen ist darüber hinaus, ob die mathematisch-statistische Schadenshochrechnung auch in Strafverfahren wegen Abrechnungsbetrug von nicht-ärztlichen Leistungserbringern angewendet werden kann. Hier bestehen große Unsicherheiten, wie der entstandene Schaden belastbar ermittelt werden kann. Die Problematik wird zukünftig noch dadurch verstärkt, dass die Krankenkassen nach dem Inkrafttreten von Art. 3 des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen verpflichtet wurden, gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V auch über den tatsächlich „entstandenen Schaden“ zu berichten.

Vor diesem Hintergrund hat sich der GKV-Spitzenverband entschlossen, einen Workshop zum Thema „Schadenshochrechnung bei Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege“ zu organisieren. Dieser wurde am 15. und 16. November 2018 in Kooperation mit dem Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik ITWM durchgeführt (vgl. Anhang C).

Nach den Rückmeldungen der teilnehmenden Kassen sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Strafverfolgungsbehörden bestehen nach wie vor große Schwierigkeiten bei der Prüfung von „Auffälligkeiten“, die sich aus den Prüfberichten des Medizinischen Dienstes ergeben. Dies gilt insbesondere bei einem Anfangsverdacht auf Abrechnungsbetrug in der häuslichen Krankenpflege. Es ist sehr aufwändig, die einzelnen abgerechneten Leistungen auf Beanstandungen zu prüfen und gleichzeitig aufgrund der besonderen Situation in der Pflege (möglicherweise demente Patientinnen

¹⁶ Vgl. BGHSt 36, 320.

¹⁷ Vgl. nur Schmidt, Strafrechtliche Aspekte der Schadenshochrechnung in Fällen des vertragsärztlichen Abrechnungsbetrugs, medstra 2017, 79-85.

und Patienten, viele „kleine“ Leistungen) schwierig, bei einzelnen Leistungen eine Beanstandung nachzuweisen.

Um nicht alle Leistungen prüfen zu müssen, bestimmen die Sachverständigen des Fraunhofer ITWM im Auftrag der Ermittlungsbehörden einen sog. Garantieschaden als untere Schranke für den Gesamtschaden.¹⁸ Dabei wird nach Maßgaben der Statistik eine Stichprobe erhoben. Nur diese wesentlich kleinere Menge an Abrechnungen wird dann von den Ermittlungsbehörden ausgewertet. Auf dieser Basis - und unter Berücksichtigung der entstandenen statistischen Unsicherheit - bestimmen die Sachverständigen des Fraunhofer ITWM eine untere Schranke für den Schaden auf der Grundgesamtheit. Diese Schranke wird nur mit einer vorgegebenen, sehr geringen Irrtumswahrscheinlichkeit unterschritten.

Das Verfahren ist in Strafverfahren wegen Abrechnungsbetrug von Vertragsärztinnen und -ärzten bereits vor Strafgerichten etabliert. Dabei wird meist ein Sicherheitsniveau von 99,5 % verwendet; der tatsächliche Schaden liegt also im Mittel nur in einem von 200 Fällen unter dem angegebenen Garantieschaden. Je größer die statistische Unsicherheit, quantifiziert durch den Sicherheitsabschlag, desto niedriger liegt die Garantieschranke. Dieser Abschlag hängt unter anderem maßgeblich von der Größe der untersuchten Stichprobe ab.

Gleichzeitig ist die Stichprobengröße einer der wenigen Faktoren, der von den Ermittlungsbehörden vor Durchführung der Erhebung direkt beeinflusst werden kann. Daher führen die Sachverständigen des Fraunhofer ITWM vor der Stichprobenerhebung häufig eine Fallzahlbestimmung durch. Dabei wird eine Mindestgröße der Stichprobe so bestimmt, dass aus der allergrößten Mehrzahl der möglichen Realisierungen der Stichprobe ein sinnvoller Garantieschaden berechnet werden kann.

Die Sachverständigen des Fraunhofer ITWM berücksichtigen immer die konkrete Ausgestaltung der Abrechnungen. Vertragsärztliche Versorgung und Pflege unterscheiden sich dabei in der Wahl einer sinnvollen Stichprobeneinheit. Bei der Übertragung in die Pflege haben die Sachverständigen des Fraunhofer ITWM in enger Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden eine neue Methode entwickelt, die es erlaubt, Abrechnungen schneller zu prüfen. Für das Gerichtsverfahren ist es wichtig, in welchem Turnus Leistungen abgerechnet wurden.

Die Berechnung eines Garantieschadens gibt den Ermittlungsbehörden die Möglichkeit, Fälle zu verfolgen, die aufgrund der Menge an kleinen Einzelschäden schlicht aus Zeit- und Personalmangel nicht vollständig ermittelt werden können. Durch die zusätzliche Fallzahloptimierung vor der Stichprobenerhebung werden die Ermittlungsbehörden in ihren Ermittlungsressourcen zum Teil ganz erheblich entlastet. Nach dem eindrucksvollen Praxisbericht des LKA Brandenburg arbeitet eine Ermittlerin oder ein Ermittler dort nur noch einen Monat an einer Überprüfung, die vorher zwölf Monate gedauert hätte.

Im Ergebnis des Workshops werden inzwischen in mehreren Bundesländern Ermittlungsverfahren mit dem Ziel geführt, dass die vom BGH zugelassene Methode der mathematisch-statistischen Schadenshochrechnung zukünftig auch beim Abrechnungsbetrug von nicht-ärztlichen Leistungserbringern anerkannt wird.

¹⁸ Vgl. Ruckdeschel et.al., Methode zur Berechnung eines Garantieschadens als sichere untere Schranke für den Gesamtschaden, medstra 2017, 67-79.

3.2 Falschabrechnung im Krankenhaus

Fehlerhafte Abrechnungen von Krankenhäusern und Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen sind ein Dauerthema, das wiederholt auch den BRH beschäftigt. Die vom BRH veröffentlichten Empfehlungen weisen vielfach Übereinstimmung mit den Forderungen des GKV-Spitzenverbandes auf und beinhalten u. a.:

- Anreize für korrektes Abrechnungsverhalten
- rechtsverbindliche Prüfung von Strukturmerkmalen

Wenn Krankenkassen den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung von Krankenhausleistungen beauftragten, war etwa die Hälfte der geprüften Krankenhausrechnungen fehlerhaft. Die Summe der hierdurch bewirkten jährlichen Rückzahlungen an die Krankenkassen stieg im Jahr 2017 auf ca. 2,8 Mrd. Euro. Eine wesentliche Ursache fehlerhafter Krankenhausabrechnungen lag nach Feststellung des Medizinischen Dienstes vor allem in einem „erlösorientierten Up- oder Falsch-coding“. Hinzu trat, dass Krankenhäuser keine monetären Sanktionen befürchten mussten, wenn sie zu hoch abrechneten.

Da auch 15 Jahre nach Einführung des DRG-Systems über die Hälfte der geprüften Krankenhausabrechnungen fehlerhaft ist und korrigiert werden muss, hielt es der BRH für erforderlich, nunmehr einen Anreiz für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser zu schaffen. Der Anreiz sollte in einem für beide Seiten - Krankenkassen und Krankenhäuser - sanktionsbewehrten System bestehen.

Der GKV-Spitzenverband hat mit einem Argumentationspapier frühzeitig entsprechende Vorschläge unterbreitet.¹⁹ Die o. g. Aspekte wurden mit dem MDK-Reformgesetz aufgegriffen, das zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist. Die gesetzlichen Neure-

gelungen für die Krankenhausabrechnungsprüfung sind deutlich weitreichender und konsequenter als in der Vergangenheit:

- Die Rechnungslegung der Krankenhäuser soll verbindlich erfolgen.
- Bei fehlerhaftem Abrechnen werden neben der Rückzahlung zu viel erlöster Beträge Aufschläge fällig, die an die Krankenkasse zu zahlen sind.
- Die Anzahl der Prüfungen wird künftig von der Abrechnungsgüte der Krankenhäuser abhängen. Je häufiger geprüfte Rechnungen eines Krankenhauses unbeanstandet bleiben, umso seltener wird das Krankenhaus ab dem Jahr 2021 durch die Krankenkassen geprüft. Auch die Frage, ob und in welcher Höhe Aufschläge auf die Rückzahlung zu viel erlöster Beträge an die Krankenkasse zu zahlen sind, bestimmt sich nach der Abrechnungsgüte des Krankenhauses.
- Statistische Auswertungen, die der GKV-Spitzenverband veröffentlicht, sorgen für Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen.

¹⁹ Korrekte Rechnungen und klare Strukturen. Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Krankenhausabrechnung, April 2019.

3.3. Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

3.3.1 Erfahrungsaustausch gem. § 197a Abs. 3 SGB V

Unter dem Thema: „Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Die ersten Strafanzeigen, Ermittlungsverfahren und Erkenntnisse“ hat der GKV-Spitzenverband am 9. und 10. Mai 2019 gem. § 197a Abs. 3 SGB V einen weiteren Erfahrungsaustausch organisiert.

Drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen sollte eine Zwischenbilanz gezogen und die Wirkung der neuen Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen hinterfragt werden: Hat sich das Strafrecht als sinnvolles Regelungsinstrument erwiesen, um Missständen, die gravierende finanzielle Belastungen unseres Gesundheitssystems zur Folge haben, endlich wirksam entgegenzutreten?

Bereits im Eröffnungsvortrag von Prof. Dr. Kubiciel, Universität Augsburg, wurde unter Heranziehung des vom BKA herausgegebenen Bundeslagebildes Korruption die vielleicht wichtigste Erkenntnis deutlich: Die oft befürchtete bundesweite Strafverfolgungswelle im Gesundheitswesen ist ausgeblieben, ebenso wie die vielfach prophezeite Kriminalisierung sämtlicher Kooperationen im Gesundheitswesen. Mit bundesweit erst ungefähr 200 registrierten „Korruptionsstraf-taten“ haben sich die neuen Straftatbestände der Korruption im Gesundheitswesen bislang noch nicht als eine effektive Grundlage der Strafverfolgung erwiesen. Der eigentliche Praxistest mit den strafgerichtlichen Haupt- und Revisionsverfahren steht noch bevor.²⁰

Das Strafrecht hat sich dessen ungeachtet als sinnvolles Regelungsinstrument erwiesen, um Missständen, die gravierende finanzielle Belastungen unseres Gesundheitssystems zur Folge haben, endlich wirksam entgegenzutreten. Das Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen hat die Selbstreinigungskräfte in weiten Teilen des Gesundheitsmarktes reanimiert. Zahllose gekündigte sog. „Kooperationsverträge“ sind ein Beleg für die korruptionspräventive Wirkung und ein sichtbarer Erfolg.

Das Erfolgsgeheimnis liegt in der „Akzessorietät der Straftatbestände“ begründet: Kooperationen, die nach dem geltenden Berufsrecht und Sozialrecht zulässig sind, fallen nicht in den Anwendungsbereich der neuen Straftatbestände. Verstöße gegen bereits bestehende berufsrechtliche und sozialgesetzliche Verbote bergen demgegenüber stets ein hohes Strafbarkeitsrisiko.

Wie in den nachfolgenden Referaten von Hon.-Prof. Dr. Scholz und Dr. Weinrich zum Ausdruck kam, haben vor allem die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Anwendungsbereich der neuen Straftatbestände seit dem Inkrafttreten des Gesetzes aktiv mitgestaltet, indem sie die Berufsausübungsregeln etwa durch neue Bekanntmachungen erläutert, Best-Practice-Beispiele für „Richtiges Kooperieren“ ausgearbeitet und schließlich einen spezifischen „Fragenkatalog“ für die Ärzteschaft beantwortet haben.

Diese Entwicklung ist besonders bemerkenswert vor dem Hintergrund einer im Jahre 2012 vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen kriminologischen Studie zur „Unzulässigen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch Zuweisung gegen Entgelt“. Prof. Dr. Bussmann, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, hatte in dieser vielbeachteten Studie empirisch nachgewiesen, dass 19 % der seinerzeit befragten Vertragsärztinnen

²⁰ Die Vortragsthesen wurden veröffentlicht: Kubiciel, Reform nach der Reform? Drei Jahre §§ 299a, 299b StGB, medstra 2019, 183 f.

und -ärzte die hier in Rede stehenden berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Verbote gar nicht kannten bzw. sich nicht dafür interessierten. 35 % der befragten Ärztinnen und Ärzte fühlten sich zudem nicht ausreichend darüber informiert. Angesichts der Bedeutung dieser berufsrechtlichen und sozialgesetzlichen Verbote war die Quote mangelnder Normkenntnis seinerzeit erschreckend hoch.

Erst die mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen einhergehende verstärkte Beratung durch die Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen hat einen Beitrag zur Aufklärung und notwendigen Sensibilisierung der Ärzteschaft geleistet und bei der systematischen Entwicklung neuer Compliance-Konzepte geholfen.

Die daran anknüpfenden Beiträge aus der Praxis der Strafverfolgungsbehörden wurden von den ca. 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmern schließlich mit besonderer Spannung erwartet. Dazu konnten mehrere ausgewiesene Experten der Schwerpunktstaatsanwaltschaft München I, der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main, der Generalstaatsanwaltschaft Celle und der Staatsanwaltschaft Braunschweig begrüßt werden. Die genannten Strafverfolgungsbehörden sind auf die Bekämpfung von Vermögensstraftaten bzw. Korruption im Gesundheitswesen bereits besonders spezialisiert. Auf Grundlage erster Ermittlungsverfahren wurde die Anwendung der neuen Straftatbestände auf wiederkehrende Fallkonstellationen detailliert beschrieben. Die Veranstaltung konnte damit auch für den bundesländerübergreifenden Erfahrungsaustausch der Strafverfolgungsbehörden untereinander einen wesentlichen Beitrag leisten.

3.3.2 Studie zum Ordnungsverhalten von Vertragsärztinnen und -ärzten, die an Anwendungsbeobachtungen teilgenommen haben

Der GKV-Spitzenverband hat im abgeschlossenen Berichtszeitraum die Durchführung eines an der Ludwigs-Maximilians-Universität München und der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz durchgeführten kriminologischen Forschungsprojekts zum Einfluss der Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten an Anwendungsbeobachtungen auf deren Verschreibungsverhalten maßgeblich unterstützt und begleitet.

Dazu hat der GKV-Spitzenverband erstmals einen Antrag auf Genehmigung der Verwendung von Sozialdaten für die wissenschaftliche Forschung im Sozialleistungsbereich gem. § 75 Abs. 2 SGB X gestellt. Die vom BMG erteilte Genehmigung bewilligte die Verwendung von Verschreibungsdaten nach § 84 Abs. 5 SGB V (sog. GKV-Arzneimittel-Schnellinformation, GAmSi) sowie die Verwendung der beim GKV-Spitzenverband u. a. nach § 67 Abs. 6 AMG meldepflichtigen Arztnummern von Ärztinnen und Ärzten, die Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und an einer bestimmten Gruppe von Anwendungsbeobachtungen teilnehmen.

Anwendungsbeobachtungen haben für die gesetzliche Krankenversicherung eine besondere Bedeutung. So hob die Begründung zum Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen explizit hervor: „In der Vergangenheit haben sich gerade vertragliche Vereinbarungen über die Durchführung von Anwendungsbeobachtungen als Möglichkeit für eine korruptive Einflussnahme auf das Verschreibungsverhalten von Ärzten erwiesen“ (BT-Drs. 18/6446, S. 19).

Ziel des Forschungsprojektes war es, erstmals zu analysieren, ob Anwendungsbeobachtungen das Verschreibungsverhalten der teilnehmenden Vertragsärztinnen und -ärzte beeinflussen. Darüber hinaus sollte untersucht werden, ob auffällige,

d. h. marketing-orientierte, Anwendungsbeobachtungen auftreten und inwieweit diese sich dann im Verschreibungsverhalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ggf. anders (stärker) niederschlagen als regulär durchgeführte Anwendungsbeobachtungen.

Ausweislich der nunmehr in der renommierten US-amerikanischen Fachzeitschrift PLOS Medicine erfolgten Veröffentlichung der Studienergebnisse²¹ konnte tatsächlich erstmals der wissenschaftliche Nachweis erbracht werden, dass die Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten an Anwendungsbeobachtungen deren Verschreibungshäufigkeit an dem fraglichen Medikament nachhaltig erhöht. So verschrieben Vertragsärztinnen und -ärzte, die an vergüteten Anwendungsbeobachtungen teilnahmen, die dort untersuchten Medikamente um 8 % häufiger als der Durchschnitt der Vergleichsgruppe. Selbst nachdem die Anwendungsbeobachtung schon über ein Jahr beendet war, war der Anteil der betreffenden Verschreibungen noch immer um 7 % höher.

Demgegenüber konnten keine systematischen Unterschiede zwischen regulär durchgeführten Anwendungsbeobachtungen und auffälligen, d. h. eher marketing-orientierten, Anwendungsbeobachtungen nachgewiesen werden. Auch wenn sich marketing-orientierte Anwendungsbeobachtungen im Verschreibungsverhalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht stärker niederschlugen als regulär durchgeführte Anwendungsbeobachtungen, sprechen sich die Autorinnen und Autoren der Studie für eine strenge Regulierung aller Anwendungsbeobachtungen aus.

Anwendungsbeobachtungen können die relevanten Fragen nicht beantworten, die nach der Zulassung eines Arzneimittels offenbleiben, beispielsweise zum Nutzen und Schaden im Vergleich mit verschiedenen anderen Arzneimitteln in

sogenannten Head-to-Head-Studien oder zur Arzneimittelsicherheit. In der Regel beantworten Anwendungsbeobachtungen auch nicht die Fragen, die sie beantworten könnten, z. B. zur Adhärenz der Patientinnen und Patienten, zur Durchführung notwendiger Kontrolluntersuchungen oder zur Anwendung des Arzneimittels außerhalb der Zulassung. Deswegen rät die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft auch unter ausdrücklicher Heranziehung der o. g. Forschungsergebnisse von der Teilnahme an Anwendungsbeobachtungen ab.²²

21 Koch, Schott, Kölbl, Lieb et al., Impact of physicians' participation in noninterventional post-marketing studies on their prescription habits: A retrospective 2-armed cohort study in Germany, PLoS Med 2020 Jun 26 17(6): e1003151.

22 Schott, Ludwig, Lieb, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 117, Heft 27-28, 6. Juli 2020, A 1380-A 1381.

3.4 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit bei der Verhinderung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen

Das Europäische Netzwerk gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (EHFCN) veranstaltete am 18. und 19. November 2019 seine 13. internationale Konferenz, erstmals in Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband. Rund 160 Expertinnen und Experten aus 24 Ländern, mehrheitlich aus der Europäischen Union, waren der Einladung zum Thema: „Bytes without borders: preventing and countering healthcare fraud and corruption in the digital age“ gefolgt.

Angesichts eines offenen Binnenmarktes und grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung erscheinen nationale Alleingänge auch im Kampf gegen Betrug und Korruption nicht länger zielführend. Um sich dieser Herausforderung erfolgreich stellen zu können, braucht es im Verfahren zum europaweiten elektronischen Datenaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern, entsprechend den Regelungen der Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, eine engere grenzüberschreitende Zusammenarbeit zur Bekämpfung von Betrug und Fehlern.

Im Zeitalter der Digitalisierung des Gesundheitswesens wurden Informations- und Datenanalysen von den Konferenzteilnehmerinnen und -teilnehmern als Schlüsselwerkzeuge beschrieben. Mit deren Hilfe ließen sich innovative Methoden entwickeln, um Abrechnungsbetrug aufzudecken. Ein Schwerpunkt der Konferenz lag deshalb auf der Durchführung interaktiver Praxisworkshops, in denen sowohl bereits erfolgreich im Einsatz befindliche Lösungen präsentiert als auch laufende Praxisprojekte vorgestellt wurden.

„E-Health, BigData oder künstliche Intelligenz sind bereits Bestandteil einer modernen Gesundheits-

versorgung in der EU. Innovative Ansätze brauchen wir jedoch nicht nur in der Patientenversorgung, sondern auch im Kampf gegen Missbrauch und Korruption. Nur wenn wir mit anderen EU-Staaten Erfahrungen und Wissen teilen, wenn wir also vernetzt agieren, können wir erfolgreich sein“, sagte Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.

Zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheits- und Pflegewesen können große Datenmengen mit digitalen Ansätzen in grenzüberschreitender Zusammenarbeit systematisch genutzt und ausgewertet werden. Andere Branchen haben hiermit bereits langjährige Erfahrungen gesammelt. Angesichts zunehmender grenzüberschreitender Beziehungen bei Gesundheit und Pflege ist es nicht nur erforderlich, eine gemeinsame europäische Definition des grenzüberschreitenden Fehlverhaltens im Gesundheitswesen zu entwickeln, sondern auch Daten und Datenanalysen europaweit gemeinsam zu nutzen. Dies kann zukünftig dazu beitragen, Fehlverhalten proaktiv aufzudecken, nach Möglichkeit sogar zu verhindern und schließlich das derzeit noch große Dunkelfeld des tatsächlichen Ausmaßes grenzüberschreitenden Betrugs im Gesundheitswesen weiter aufzuhellen.

Die von der EU-Kommission vorgestellte „Study on Cross-Border Cooperation: Capitalising on existing initiatives for cooperation in cross-border regions“ kommt zu der Schlussfolgerung, dass der Umfang des grenzüberschreitenden Betrugs in der Europäischen Union noch weitgehend unklar bleibt. Viele Gesundheitsdienstleistungen werden schon heute in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat erbracht oder verordnet. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass die Europäische Kommission den Betrug durch Gesundheitsdienstleister vorrangig behandeln sollte. Als weitere relevante Schwerpunktbereiche wurden aber auch der Missbrauch der europäischen Krankenversicherungsarte (EHIC) oder Betrug mit S2-Bescheinigungen (Anspruch auf eine geplante Behandlung im EU-Ausland)

identifiziert. Zur Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der Betrugsbekämpfung wurden deshalb entsprechende Initiativen der EU als zielführend erachtet.

Besondere Aufmerksamkeit erlangte zum Abschluss der Konferenz ein Vortrag von Prof. Button, University of Portsmouth (UK). Nach seiner zuletzt im Jahre 2015 veröffentlichten kriminologischen Studie sollen durchschnittlich 6,19 % der gesamten Leistungsausgaben im Gesundheitswesen aufgrund von „Betrug und Fehlern“ verloren gehen.²³ Diese Studienergebnisse hat z. B. der Bundesrat herangezogen.²⁴

Der GKV-Spitzenverband hat angemerkt, dass in dieser regelmäßig aktualisierten Studie zwar die Gesundheitssysteme mehrerer europäischer Länder sowie der USA und Neuseeland detailliert untersucht werden, aber gerade nicht die Bundesrepublik Deutschland. Die Schadensschätzungen lassen sich deshalb nicht ohne Weiteres auf das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland übertragen.

Würde man den dort entwickelten Maßstab aber aufgreifen und auf die im Jahr 2016 angefallenen Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 210 Mrd. Euro²⁵ sowie die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung in Höhe von 28 Mrd. Euro²⁶ übertragen, dann belaufen sich die geschätzten jährlichen Schäden für die Bundesrepublik auf durchschnittlich 14,73 Mrd. Euro.²⁷ Erst dadurch wird deutlich, dass von den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im letzten Berichtszeitraum 2016/2017 nur rund 0,33 % dieses

geschätzten jährlichen Dunkelfeldschadens als Forderung gesichert werden konnten.²⁸

Als Ergebnis einer solchen rechtsvergleichenden Betrachtung tritt hervor, dass in der Bundesrepublik Deutschland bis heute keine belastbaren kriminologischen Forschungsergebnisse zum sog. „relativen Dunkelfeld“ von Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorliegen. Dieser Befund erscheint in Ansehung der besonders hohen Sozial-schädlichkeit denkbar unbefriedigend.

Die wissenschaftliche Forschung zur Ausleuchtung des Dunkelfeldes bei der Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen sollte deshalb deutlich intensiviert werden, sowohl über das BKA, als auch durch Universitäten oder Dritte. Notwendig ist eine systematische Aufarbeitung und Betrachtung, die über eine bloße Analyse von Kennzahlen hinausgeht und Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zu den Erscheinungsformen und Ursachen von Wirtschaftskriminalität berücksichtigt, ergänzt um repräsentative Erkenntnisse aus der Täter- und Opferperspektive.²⁹

23 University of Portsmouth, Centre for Counter Fraud Studies, The financial Cost of Healthcare fraud, 2015, S. 6.

24 Vgl. BT-Drs. 17/14575, S. 1.

25 GKV-Spitzenverband, Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung (Stand: März 2018), S. 22.

26 GKV-Spitzenverband, Kennzahlen der sozialen Pflegeversicherung (Stand: März 2018), S. 6.

27 Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern und für Integration, anlässlich der Pressekonferenz „Betrug im Gesundheitswesen“ am 27.03.2018 in Nürnberg.

28 Ebd.

29 Vgl. beispielhaft Bussmann, Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch Zuweisung gegen Entgelt. Ergebnisse einer empirischen Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, 2012.

4. Rechts- und gesundheitspolitische Stellungnahmen

Auch im abgeschlossenen Berichtszeitraum hat der GKV-Spitzenverband wieder eine Reihe von Stellungnahmen gegenüber der Bundesregierung und dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages verfasst. Auf Anforderung des BMG hat der GKV-Spitzenverband differenzierte Stellungnahmen für die Antwort der Bundesregierung auf Kleine Anfragen im Deutschen Bundestag zu den Themen „Externe Meldestellen für Hinweisgeber“ (BT-Drs. 19/13426) und „Wirtschaftskriminalität im Pflegewesen“ (BT-Drs. 19/14626) abgegeben.

Im Rahmen von Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages gab der GKV-Spitzenverband themenbezogene Stellungnahmen ab, die nachfolgend erläutert und im Anhang dokumentiert werden. In Gesetzentwürfen der Bundesregierung und Änderungsanträgen des Deutschen Bundestages finden sich wesentliche Positionen des GKV-Spitzenverbandes zum Thema Fehlverhalten im Gesundheitswesen wieder.

4.1 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Der GKV-Spitzenverband hatte bereits in seinem letzten Vorstandsbericht über Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen für den Berichtszeitraum 2016/2017 die Einführung eines bundesweiten Verzeichnisses aller in Pflegediensten Beschäftigten gefordert. In seiner Stellungnahme vom 5. Oktober 2018 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals - Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG, BT- Drs. 19/4453) hat der GKV-Spitzenverband diese Forderung konsequent aufgegriffen und im Rahmen des ergänzenden gesetzlichen Änderungsbedarfs einen konkreten Änderungsvorschlag formuliert (vgl. Anhang B).

4.1.1 Änderungsbedarf

Entsprechend den Verzeichnissen für Vertragsärztinnen und -ärzte nach § 293 Abs. 4 SGB V und für Krankenhausärztinnen und -ärzte nach § 293 Abs. 7 SGB V soll auch ein bundesweites Verzeichnis für alle Beschäftigten von Pflegediensten, die z. B. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erbringen, geführt werden. Die Beschäftigtennummern werden zukünftig bei der Abrechnung von Pflegeleistungen im Rahmen des Datenaustauschs nach § 302 SGB V und § 105 SGB XI verwendet.

Zur Begründung hat der GKV-Spitzenverband im Wesentlichen vorgetragen: Die Abrechnung von ambulanten Pflegeleistungen (u. a. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI und Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI) im Rahmen des Datenaustausches zwischen Pflegediensten und Krankenkassen bzw. Pflegekassen erfolgt bislang durch die elektronische Übermittlung festgelegter Abrechnungsdaten und die ergänzende postalische Übersendung papiergebundener

Leistungsnachweise. Auf den Leistungsnachweisen wird jede erbrachte und abzurechnende Leistung in der ambulanten Pflege eindeutig einer bestimmten pflegebedürftigen Person und einer bestimmten Pflegekraft bzw. einer bestimmten Mitarbeiterin oder einem bestimmten Mitarbeiter eines Pflegedienstes (nachfolgend Pflegekraft genannt) zugeordnet. Der Leistungsnachweis wird demnach von der pflegebedürftigen Person und der jeweiligen Pflegekraft unterschrieben. Die Pflegekraft verwendete hierbei bislang in der Regel ein ihr zuzuordnendes Handzeichen bzw. Unterschriftenkürzel. Dementsprechend hat derzeit jeder Pflegedienst eine stets zu aktualisierende Handzeichenliste zu führen und den Krankenkassen bzw. Pflegekassen zur Verfügung zu stellen. Den Krankenkassen und Pflegekassen ist es bislang nur anhand dieser Handzeichenliste möglich, die für die erbrachte Leistung erforderliche Qualifikation der Pflegekraft zu überprüfen.

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der ambulanten Pflegeeinrichtungen haben sich – insbesondere vor dem Hintergrund einer zukünftigen Erstellung elektronischer Leistungsnachweise – darauf verständigt, für jede Pflegekraft eine Beschäftigtennummer einzuführen und bei der Abrechnung in den Abrechnungsunterlagen zu verwenden. Die Beschäftigtennummer soll zum einen das bislang u. a. auf den Leistungsnachweisen verwendete Handzeichen der Pflegekraft ersetzen. Zum anderen soll sie Bestandteil des entsprechenden an die Krankenkassen bzw. Pflegekassen zu übermittelnden Abrechnungsdatensatzes sein. Mit dem Pseudonym wird es möglich sein, die Pflegekraft mit ihrer jeweiligen Qualifikation zu identifizieren, welche die abzurechnende Leistung erbracht hat. In dieser Funktion muss das Pseudonym eindeutig sein. Es soll personen- gebunden bundesweit vergeben werden und lebenslang seine Gültigkeit behalten, vergleichbar mit der lebenslangen Arztnummer, kurz LANR, gem. § 293 Abs. 4 SGB V bzw. der Arztnummer für Krankenhausärztinnen und -ärzte nach § 293 Abs. 7 SGB V.

Dementsprechend soll auch ein Verzeichnis über alle in den Pflegediensten Beschäftigte geführt werden, die z. B. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erbringen. Die das Verzeichnis führende Stelle soll für die Beschäftigten personengebundene, lebenslang gültige Beschäftigtennummern vergeben.

4.1.2 Weitere Beratungen

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat die Forderung aufgegriffen und einen Änderungsantrag zum Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) beschlossen (BT-Drs. 19/20708). Mit der geplanten Neuregelung des § 293 Abs. 8 SGB V wird das vom GKV-Spitzenverband eingeforderte bundesweite Verzeichnis der Leistungserbringer in der Pflege, mit denen die Krankenkassen Verträge abgeschlossen haben, eingeführt. Die Beschäftigtennummer soll im Rahmen der Umstellung auf eine papierlose elektronische Abrechnung die bisher geübten Verfahren der Übermittlung von handschriftlich abgezeichneten Leistungsnachweisen und Handzeichenlisten ablösen. Die Angaben dienen der Transparenz und seien für eine effektive und effiziente Abrechnungsprüfung erforderlich.

Die Beschäftigtennummer wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entsprechend der Struktur der lebenslangen Arztnummer nach § 293 Abs. 4 Satz 2 Nummer 1 SGB V festgelegt und den Kassen sowie den Leistungserbringern für die gesetzlich geregelten Anwendungen zur Verfügung gestellt. Ab 1. Januar 2023 ist die Beschäftigtennummer verpflichtend anzuwenden.

Mit der ebenfalls erfolgreich eingeforderten Folgeänderung des § 302 SGB V wird bestimmt, dass im Rahmen der Abrechnung von den Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege spätestens ab dem 1. Januar 2023 jeweils die Beschäftigtennummer der Pflegekraft, die die Leistung erbracht hat,

sowie die Zeit der Leistungserbringung gegenüber den Krankenkassen anzugeben ist.

Diese Angaben seien nach der Gesetzesbegründung für eine effektive und effiziente Abrechnungsprüfung erforderlich. Nur so könnten die Krankenkassen bei der zur Klärung von Auffälligkeiten im Einzelfall notwendigen Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Krankenkassen feststellen, ob die Abrechnung der Leistungen plausibel ist. Im Ergebnis könnten fehlerhafte Abrechnungen schneller und eindeutiger identifiziert werden.

Die Gesetzesbegründung ergänzt, dass mit der Einführung einer eindeutigen Beschäftigtennummer für Pflegekräfte erstmals die Grundlage dafür geschaffen werde nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von Personen, die in Pflege und Betreuung vor Ort tätig sind, erbracht worden sind und ob die für die Leistungserbringung erforderliche Qualifikation gegeben ist. Damit soll den Kostenträgern der Nachweis von Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch und Abrechnungsbetrug erleichtert werden.

Es darf als ein besonderer Erfolg angesehen werden, dass die Gesetzesbegründung damit in weiten Teilen auf die Argumentationslinien der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes Bezug genommen hat. Das PDSG ist am 20. Oktober 2020 in Kraft getreten.

Der GKV-Spitzenverband leitet aber noch weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf zum § 302 SGB V ab und unterbreitet einen konkreten Änderungsvorschlag (vgl. Punkt 7.4).

4.2 Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Mit der Einfügung eines neuen § 197a Abs. 3b SGB V hat die Bundesregierung die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt. Zukünftig dürfen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen personenbezogene Daten nicht nur untereinander, sondern auch an die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die für die Leistungsgewährung und die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der Empfänger erforderlich ist. Darüber hinaus dürfen zukünftig auch die Medizinischen Dienste personenbezogene Daten, die von ihnen z. B. zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben wurden, an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen übermitteln.

Mit der Neuregelung soll ausweislich der Gesetzesbegründung insbesondere den Erkenntnissen der Krankenkassen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung Rechnung getragen werden. Da der GKV-Spitzenverband entsprechenden gesetzlichen Änderungsbedarf bereits seit dem Jahr 2015 wiederholt vorgetragen und begründet hat, wird die insoweit konsequente Gesetzesänderung nachdrücklich begrüßt und unterstützt.

Entgegen der gesetzgeberischen Zielrichtung wurde aber noch nicht allen datenschutzrechtlichen Rechtsunsicherheiten abgeholfen. In seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2019 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung – Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG – (BT-Drs. 19/6337) hat der GKV-Spitzen-

verband weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf begründet (vgl. Anhang D und E).

Nach der Gesetzesbegründung soll die weit gefasste Umschreibung der möglichen Empfänger sicherstellen, „dass alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche genutzt werden können“. Problematisch ist aber, dass es sich bei den potenziellen Empfängern nicht nur um Stellen innerhalb derselben Organisation handelt, bei der stets auch eine Fehlverhaltensstelle eingerichtet ist. Mit dem Medizinischen Dienst, den berufsständischen Kammern und den staatlichen Behörden handelt es sich zukünftig regelmäßig auch um Empfänger außerhalb der Krankenkassen.

Der Gesetzentwurf lasse noch offen, welche Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche datenschutzrechtlich tatsächlich zulässig sind, damit Fehlverhalten im Gesundheitswesen effektiv verhindert werden kann. Die veröffentlichten Erkenntnisse des BKA über den bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug durch sog. russischsprachige Pflegedienste haben bereits aufgezeigt, dass zur effektiven Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Aufbau einer organisationsübergreifenden GKV-Betrugspräventions-Datenbank erforderlich ist.³⁰

In seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2019 zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der GKV-Spitzenverband deshalb ausgeführt, dass zusätzlich gesetzlich klargestellt werden müsse, dass der Austausch von personenbezogenen Daten zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auch unter Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten betrieben werden (sog. „Fraud Pool“).

Der GKV-Spitzenverband leitet daraus die Forderung nach weitergehendem gesetzlichen Änderungsbedarf zum § 197a Abs. 3b SGB V ab und unterbreitet einen konkreten Änderungsvorschlag (vgl. Punkt 7.2).

³⁰ Vgl. LKA Nordrhein-Westfalen, Abschlussbericht vom 5. Mai 2017 zum Projekt Curafair, Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch russischsprachige Pflegedienste, S. 13 f.

4.3 MDK-Reformgesetz

In der langen Debatte um Falschabrechnung im Krankenhaus nimmt der Gesetzgeber erstmalig die Ursache der gestiegenen Abrechnungsprüfungen in den Blick: Die mangelhafte Qualität der Rechnungsstellung durch die Krankenhäuser. Die Rahmenbedingungen für korrekt abrechnende Krankenhäuser dürfen nicht schlechter sein als für Falschabrechner. So finden sich die vom GKV-Spitzenverband geforderten gesetzgeberischen Regelungen in Bezug auf die Etablierung von Strukturprüfungen bei fehlender Leistungsvoraussetzung, die Bereinigung der im internationalen Vergleich massiven Fehlbelegung durch eine Ausweitung des Katalogs sektorengleich vergüteter Leistungen und die längst überfällige Verbindlichkeit der vom Krankenhaus gestellten Rechnung ebenso im Gesetzentwurf wie die Variation von Rechnungsaufschlägen anhand der krankenhausbefugenen Abrechnungsgüte. Richtig umgesetzt bergen diese Maßnahmen ein erhebliches Potenzial, die Notwendigkeit der Rechnungsprüfung zu reduzieren und Prüfaufwände gar nicht erst entstehen zu lassen.

Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2019 zum MDK-Reformgesetz Hinweise gegeben, diese Potenziale zu heben. Unmissverständlich wurde angeregt, das Thema Fehlverhalten im Gesundheitswesen in den Medizinischen Diensten auch für den Krankenhausbereich prominent zu etablieren. Derzeit scheint es aufgrund der beschriebenen fehlenden Anreize zur korrekten Rechnungsstellung so, als ob es in deutschen Krankenhäusern kaum Fehlverhalten gäbe. Dies ist zwangsläufig eine falsche Schlussfolgerung (vgl. Anhang G).

Nach der zum 7. Mai 2019 in Kraft getretenen Neuregelung des § 197a Absatz 3b Satz 3 SGB V darf der Medizinische Dienst personenbezogene

Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, zwar an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weiterleiten, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist. Die Regelung soll aber ausweislich der Gesetzesbegründung vor allem die bereits bestehenden Übermittlungsbefugnisse nach § 275b SGB V und entsprechend den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulante Pflege vervollständigen. Sie soll deutlich machen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes, die bei der Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von § 197a Absatz 1 SGB V erlangen, diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen übermitteln dürfen. Zu denken sei daher in erster Linie an Abrechnungsverstöße ambulanter Pflegedienste.³¹

Auch für Abrechnungsverstöße im Krankenhaus müssen entsprechende gesetzliche Pflichten unmittelbar in § 275c SGB V neu geregelt werden: Bestätigt sich der Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, dann hat der Medizinische Dienst die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a SGB V der Krankenkasse einzubinden.

Die Abgrenzung der gezielten Manipulation von Krankenhausabrechnungen (Upcoding) gegenüber nicht-intentionalen Abrechnungsfehlern setzt eine profunde Systemkenntnis voraus.³² Aufgrund seiner Möglichkeit der auftragsbezogenen Einsichtnahme in die Klinikdokumentation und seiner jahrzehntelangen Prüferfahrung im DRG-System ist der Medizinische Dienst am ehesten in der Lage festzustellen, ob sich z. B. parallele Prüfanträge mehrerer Kassen immer wieder auf besonders „auffällige Krankenhäuser“ verdichten. Übermittelt werden sollen gerade auch Zufallsfun-

31 Vgl. ausdrücklich BT-Drs. 191/6337, S.135.

32 Vgl. Dirschedl, P., Waibel, B.: Fehlerfeststellungen des MDK als Manipulationshinweis?, in: Kölbel, R. (Hrsg.), Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung. Medizinische, ökonomische und juristische Perspektiven, Stuttgart 2014, S. 107 ff.

de, also Erkenntnisse, die anlässlich der Durchführung eines Auftrags mit ursprünglich anderer Zielrichtung gewonnen wurden.

Zur verbesserten Aufdeckung, Bekämpfung und Prävention von Abrechnungsbetrug im Krankenhaus müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen deshalb auch für die Krankenhausabrechnung entsprechend weiterentwickelt werden. Wenn die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kassen in den eindeutigen Verdachtsfällen häufiger als bislang die Staatsanwaltschaften unterrichten könnten, würde damit nicht nur das bisher – beispielsweise im Vergleich zur MDK-Prüfung in der ambulanten Pflege – bestehende auffällige Ungleichgewicht in der Strafverfolgungspraxis ausgeglichen, sondern auch weiterer Druck auf die selbstregulativen Prozesse in den Krankenhäusern ausgeübt.³³ Insofern hat der GKV-Spitzenverband ergänzenden gesetzlichen Änderungsbedarf zum § 275c SGB V eingefordert und einen konkreten Änderungsvorschlag unterbreitet, vgl. Anhang G.

4.4 Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Vor dem Hintergrund des Beschlusses des Bundesrates vom 13. Mai 2016 (BR-Drs. 181/16) bat das BMG um Mitteilung, ob in der Praxis der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen bereits Sachverhaltskonstellationen festgestellt wurden, in denen aufgrund der vom Bundesrat kritisierten Einschränkungen der Strafbarkeit, die im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren gegenüber dem Regierungsentwurf vorgenommen wurden, ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen gem. §§ 299a, 299b StGB letztlich verneint werden musste und keine Unterrichtung der Staatsanwaltschaft erfolgen konnte.

Das BMG hat insoweit ausgeführt, dass im Rahmen der vom BMJV durchgeführten Länderabfrage einige Länder die Annahme vertreten haben, dass den Staatsanwaltschaften Sachverhalte, die eine mögliche Strafbarkeitslücke offenbaren könnten, von den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen gar nicht unterbreitet würden. Diese seien schließlich nur verpflichtet, solche Sachverhalte an die Strafverfolgungsbehörden weiterzuleiten, die in den Anwendungsbereich der §§ 299a, 299b StGB fallen könnten. Liege eine der vom Bundesrat angesprochenen Fallkonstellationen vor, seien diese Voraussetzungen dagegen nicht erfüllt.

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen haben nach den beim GKV-Spitzenverband zusammengeführten Rückmeldungen bereits in einer Reihe von Bundesländern Strafanzeigen wegen eines Anfangsverdachts der

³³ Vgl. Kölbel, R., Abrechnungsverstöße im Krankenhaus – ein kriminologischer Forschungsbericht, medstra 2015, 4, 10.

Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen gestellt. Aus den Rückmeldungen geht zugleich hervor, dass sich die Kassen grundsätzlich nicht daran gehindert sehen würden, die Staatsanwaltschaft ggf. auch über Sachverhalte zu unterrichten, die z. B. korruptive Absprachen außerhalb des Wettbewerbs betreffen. Sie verweisen auf die korrespondierende Begründung der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz: „Selbst wenn von einer Monopolsituation auszugehen ist, können Vorteilsgewährungen vonseiten des Monopolisten wettbewerbsrelevant sein, soweit sie dazu dienen, seine Marktstellung langfristig abzusichern und künftige Wettbewerber auszuschalten oder schlechter zu stellen“³⁴. Ob diese extensive Auslegung des Wettbewerbsbegriffs, die auf die subjektive Einschätzung des Täters abstellt, eines Tages tatsächlich zur Grundlage der Rechtsprechung zu den §§ 299a, 299b StGB wird, ist gegenwärtig noch ungeklärt.

Deshalb teilen die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen die diesbezüglich vom Bundesrat und im Schrifttum geübte Kritik: Der Argumentation des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz wird dabei entgegengehalten, dass diese im direkten Widerspruch zu den ursprünglichen Erläuterungen im Regierungsentwurf stehe, der gerade darauf bedacht war, der gestrichenen Tatbestandsvariante des § 299a Abs. 1 Nr. 2 StGB-E mit Hinweis auf Monopole, bei denen es an einer Wettbewerbslage fehlt, einen eigenen Anwendungsbereich zu sichern. Der Argumentation müsse zudem entgegengehalten werden, dass jedenfalls bei Monopolen, bei denen eine Änderung der Marktlage nicht zu erwarten sei, kaum von einem Wettbewerbshandeln ausgegangen werden könne. Schließlich stelle es auch in Bezug auf die vom Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz beispielhaft genannten korruptiven Absprachen zwischen einem Hausarzt und dem im weiten Umkreis einzigen ortsansässigen Facharzt keine überzeugende Methode dar, Wettbewerb dadurch

zu schaffen, dass der räumliche Einzugsbereich rund um diesen Leistungserbringer immer weiter gezogen wird, bis schließlich der nächste angebotliche Wettbewerber gefunden ist, wenn gar nicht belegbar ist, dass eine nennenswerte Anzahl von Versicherten den vermeintlichen Konkurrenten bereits aufgesucht hat.

Demgegenüber erscheine der faktische Ausschluss des Apothekers aus dem Straftatbestand des § 299a StGB als ein Fehler, der zu einer Strafbarkeitslücke führt. Da Apothekerinnen und Apotheker nach den Maßstäben des Großen Senats für Strafsachen des Bundesgerichtshofes weder als Amtsträger gem. § 331 StGB noch als Beauftragte der Krankenkassen gem. § 299 StGB einzuordnen sind, ist die Bestechlichkeit dieser Berufsgruppe tatsächlich wohl nur noch für angestellte Apothekerinnen und Apotheker mit Hinblick auf § 299 StGB relevant, soweit diese überhaupt eine entsprechende Entscheidungsmacht haben und die Unrechtsvereinbarung gerade eine „Bezugs-“ und keine „Abgabe“-Handlung des Angestellten betreffen soll. Die faktische Straffreistellung der Apothekerinnen und Apotheker lässt deshalb nach kriminologischer Erfahrung erwarten, dass sich die gezielte Beeinflussung dieser Berufsgruppe zwangsläufig verstärkt.

Ein dabei besonders naheliegender Anwendungsfall sind die bestehenden Rabattvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Generikaherstellern. Da viele gesetzliche Krankenkassen häufig mehrere Rabattverträge für den gleichen Wirkstoff abschließen, ist für die betreffenden Pharmaunternehmen ein bedenklicher Anreiz entstanden, Apothekerinnen und Apotheker straflos dahingehend bestechen zu können, für einen in Rede stehenden Wirkstoff stets das hauseigene rabattierte Arzneimittel abzugeben.

Zwar gehören Ausprägungen der sozialgesetzlich verbotenen unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen und -ärzten und

34 Vgl. BT-Drs. 18/8106, S. 15.

nicht-ärztlichen Leistungserbringern gem. § 128 SGB V zu den wiederkehrenden Sachverhaltskonstellationen der ersten Ermittlungsverfahren wegen Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen. Nach neuerer Rechtsprechung können Verstöße gegen § 128 Abs. 2 SGB V aber alternativ auch als Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen bewertet werden.³⁵ Folglich sprechen gewichtige Argumente dafür, dass die Krankenkassen die Staatsanwaltschaften in vergleichbar gelagerten Fällen nicht notwendig nur wegen Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen unterrichten müssen, sondern alternativ auch wegen Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen unterrichten könnten.

Die Krankenkassen weisen schließlich darauf hin, dass es ihnen auch weiterhin an ausreichenden Ermittlungs- und Prüfständigkeiten fehle. Korruptive Praktiken werden nach den bisherigen Erfahrungen in der Regel gezielt verschleiert und lassen sich weder durch eine Prüfung eingereichter Abrechnungsunterlagen noch durch eine bloße Anhörung des Betroffenen aufklären. Damit besteht zugleich ein ganz entscheidender Unterschied zu den Sachverhalten, die einen Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen betreffen. Bei korruptiven Absprachen im Gesundheitswesen sind die Kassen wie auch die Strafverfolgungsbehörden typischerweise auf möglichst konkrete Insider-Hinweise angewiesen, und gerade darin besteht ein grundsätzliches Folgeproblem, auf das auch die Vertreterinnen und Vertreter der Staatsanwaltschaften wiederholt hingewiesen haben: Nach den bisherigen Erfahrungen erfolgen viele Hinweise zwar durchaus aus dem Umfeld eines korruptiven Komplexes, aber gerade deshalb auch typischerweise nur anonym.

Dies unterstreicht den vom GKV-Spitzenverband eingeforderten gesetzlichen Schutz der Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (vgl. Punkt 7.1).

³⁵ Vgl. BGH Beschl. v. 25.07.2017 – 5 StR 46/17; ergänzend Michels, Die unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und ihre rechtliche Einordnung, medstra 2018, 65 f.

5. GKV-Gesamtsicht

5.1 Einführung

Um eine bessere Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit der Berichtsinhalte zu gewährleisten, hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bereits am 5. September 2012 eine Standardisierung und Vereinheitlichung des den Berichten zugrunde liegenden Datenmaterials beschlossen. Alle Kranken- und Pflegekassen haben seitdem vergleichbare Kennzahlen im Wege einer „Standardisierten Fallfassung“ erhoben.

Mit dem Inkrafttreten der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes gem. § 197a Abs. 6 Nr. 6 SGB V wurden die Kennzahlen fortgeschrieben und erweitert. Sie bilden nunmehr die neuen gesetzlichen Vorgaben gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V wie folgt ab:

1. Anzahl der eingegangenen Hinweise insgesamt

1.1. Anzahl der externen Hinweise

1.2. Anzahl der internen Hinweise
(aus eigener Kranken- und Pflegekasse)

2. Anzahl der verfolgten Fälle

2.1. Anzahl der verfolgten Bestandsfälle

2.2. Anzahl der verfolgten Neufälle

3. Anzahl der abgeschlossenen Fälle

3.1. Anzahl der abgeschlossenen Fälle insgesamt

3.2. Anzahl der nachgewiesenen Fälle

4. Höhe der Schäden

4.1. Höhe des entstandenen Schadens in Euro

4.2. Höhe der gesicherten Forderungen in Euro

4.3. Höhe des verhinderten Schadens in Euro

5. Anzahl der Fälle, in denen die Staatsanwaltschaft unterrichtet wurde

6. Anzahl der Leistungserbringer hinter den Hinweisen,

6.1. bei denen es die o. g. externen Hinweise gab

6.2. bei denen es die o. g. internen Hinweise gab

7. Anzahl der Leistungserbringer hinter den verfolgten Fällen,

7.1. bei denen die o. g. Bestandsfälle verfolgt wurden

7.2. bei denen die o. g. Neufälle verfolgt wurden

8. Anzahl der Leistungserbringer hinter den abgeschlossenen Fällen,

8.1. bei denen die o. g. Fälle abgeschlossen wurden

8.2. bei denen die o. g. Fälle nachgewiesen wurden

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

5.2 Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht 2018/2019

Zum Ende des Berichtszeitraums 2018/2019 waren 103 der insgesamt 105 Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes (Stand: 1. Januar 2020) entweder selbst für die Teilnahme an der „GKV-Fallerfassungsstelle Fehlverhalten“ registriert, wurden insoweit z. B. durch ihren jeweiligen Verband auf Bundesebene vertreten, oder haben bis zum Redaktionsschluss eine schriftliche Meldung abgegeben. Die teilnehmenden Mitgliedskassen decken insgesamt 99,99 % der Versicherten ab.

Aus den Berichten dieser Mitgliedskassen wurden die nachfolgenden GKV-Kennzahlen zusammengeführt. Sie stellen Transparenz über Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes her.

Die Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht für den Berichtszeitraum 2018/2019 zeigen im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum erneut eine ganz überwiegend ansteigende Tendenz.

5.2.1 Anzahl der eingegangenen Hinweise

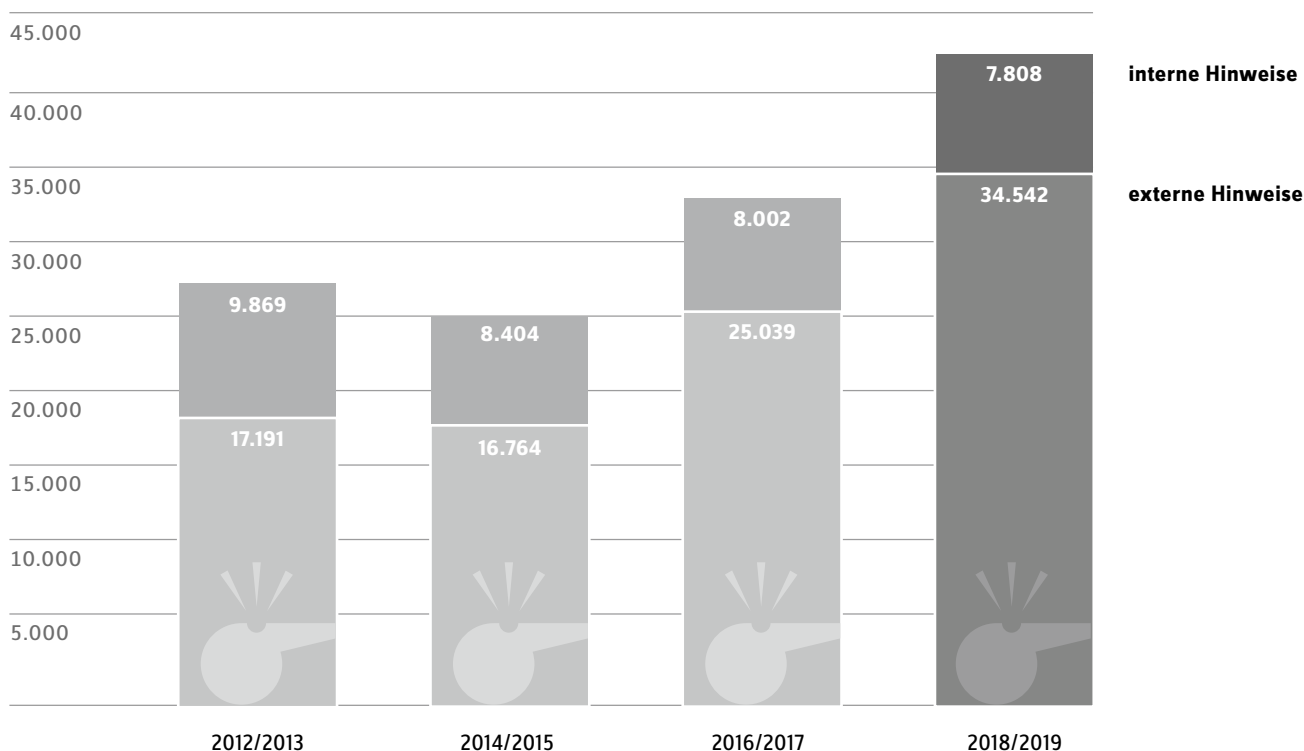
Eingegangene Hinweise i. S. d. §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI sind sämtliche im abgeschlossenen Berichtszeitraum bei den Stellen eingegangene Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die „auf Grund der einzelnen Angaben oder Gesamtumstände glaubhaft erscheinen“. Dabei wird nach der Anzahl der internen Hinweise, die aus der eigenen Organisation stammen, und der externen Hinweise unterschieden. Zu den externen Hinweisen zählen auch Informationen, die sich aus der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit ergeben. Sofern die Stelle keine Betroffenheit der Kasse feststellen kann, erfolgt nur die Erfassung als Hinweis. Alle insoweit eingegangenen Hinweise werden entsprechend dokumentiert.

Die Anzahl der eingegangenen externen Hinweise ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um insgesamt **37,95 % (= 9.503 Hinweise)** angestiegen. Als ein möglicher Grund für diesen markanten Anstieg darf nach der erfolgreichen Umsetzung des PSG II im letzten Berichtszeitraum die zwischenzeitlich erfolgte konsequente Umsetzung des PSG III angesehen werden (vgl. Punkt 3.1.2).

Inhaltsbeschreibung	2016/2017	2018/2019	+/-	%	Tendenz
1. Anzahl der eingegangenen Hinweise	33.041	42.350	+ 9.309	+ 28,17	▲
1.1. Anzahl der externen Hinweise	25.039	34.542	+ 9.503	+ 37,95	▲
1.2. Anzahl der internen Hinweise	8.002	7.808	- 194	- 2,42	▼
2. Anzahl der verfolgten Fälle	40.090	43.644	+ 3.554	+ 8,87	▲
2.1. Anzahl verfolgter Bestandsfälle	14.853	15.447	+ 594	+ 4,00	▲
2.2. Anzahl verfolgter Neufälle	25.237	28.197	+ 2.960	+ 11,73	▲
3. Anzahl der abgeschlossenen Fälle	24.172	26.236	+ 2.064	+ 8,54	▲
4. Höhe der gesicherten Forderungen in Euro	49.081.369	62.012.385	+ 12.931.016	+ 26,35	▲
5. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	3.371	2.952	- 419	- 12,43	▼

Abbildung 1: Anzahl der eingegangenen Hinweise nach Berichtszeiträumen

Aktueller Berichtszeitraum im Vergleich zu den Berichtszeiträumen 2012/2013, 2014/2015 und 2016/2017



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Auffällig ist, dass die Anzahl der externen Hinweise die Anzahl der internen Hinweise erneut sehr deutlich übersteigt. Darin spiegelt sich einerseits wider, dass die Mitgliedskassen mit weiter zunehmender Tendenz kassenartenübergreifend zusammenarbeiten und dabei auch Hinweise mit personenbezogenen Daten weitergeben dürfen (vgl. § 197a Abs. 3a SGB V).

Die hohe Anzahl der eingegangenen externen Hinweise unterstreicht andererseits den vom GKV-Spitzenverband eingeforderten gesetzlichen Schutz der Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (vgl. Punkt 7.1).

5.2.2 Anzahl der verfolgten Fälle

Ein eingegangener Hinweis wird zu einem Fall i. S. der §§ 197a Abs. 1 SGB V, 47a SGB XI, wenn er „hinreichend substantiiert“ ist, d. h., wenn konkret überprüfbare Anhaltspunkte zur Art des (mutmaßlichen) Fehlverhaltens (Tatbestand), zu Tatort und Tatzeitraum sowie zur bzw. zum Tatverdächtigen vorliegen, aufgrund derer die Stellen mit der weiteren Ermittlung und Prüfung beginnen. Pauschale Verdachtsmomente oder vage, nicht überprüfbare Angaben allein reichen dazu nicht aus.

Die Stellen erfassen alle Fälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die im laufenden Berichtszeitraum verfolgt wurden, d. h., für die Sachver-

haltsüberprüfungen bzw. Ermittlungen durch die Kassen eingeleitet worden sind. Vorgänge, die im Rahmen der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit aktiv überprüft bzw. ermittelt werden, werden dann von allen zusammenarbeitenden Kassen als verfolgter Fall erfasst, wenn sich im Laufe der Ermittlungen herausstellt, dass eine Kasse tatsächlich betroffen ist.

Bei der Erfassung eines verfolgten Falls wird nach der Anzahl der verfolgten „Bestandsfälle“ und der Anzahl der verfolgten „Neufälle“ wie folgt differenziert: „Bestandsfälle“ aus vorangegangenen Berichtszeiträumen werden so lange als verfolgte Fälle geführt, bis diese abgeschlossen sind. „Neufälle“, die im laufenden Berichtszeitraum hinzukommen, werden zusätzlich erfasst.

Im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum ergibt sich - korrespondierend zum Anstieg der Anzahl der eingegangenen externen Hinweise - auch ein entsprechend hoher Anstieg der Anzahl der insoweit verfolgten Neufälle um insgesamt **11,73 % (= 2.960 Neufälle)**.

Darüber hinaus berichten die Mitgliedskassen, dass sich die Art der verfolgten Fälle deutlich verändert hat. Die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wird zunehmend durch langjährige, ressourcenintensive Großfälle bestimmt. Die verfolgten Fälle werden immer größer und komplexer, da zunehmend vernetzte Strukturen mit mehreren Beteiligten zu prüfen sind. Mit dem gestiegenen Fallaufkommen steigt der mit diesen Großfällen verbundene Ermittlungs- und Prüfungsaufwand der Stellen unvermindert an.

5.2.3 Höhe der gesicherten Forderungen in Euro

Mit dem insgesamt deutlich angestiegenen Fallaufkommen erreicht die Höhe der gesicherten Forderungen im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum einen Anstieg um insgesamt **26,35 % (= 12.931.016 Euro)**. Die Höhe der gesicherten Forderungen erreicht mit über 62 Mio. Euro zugleich den höchsten Wert seit dem Beginn der Berichterstattung.

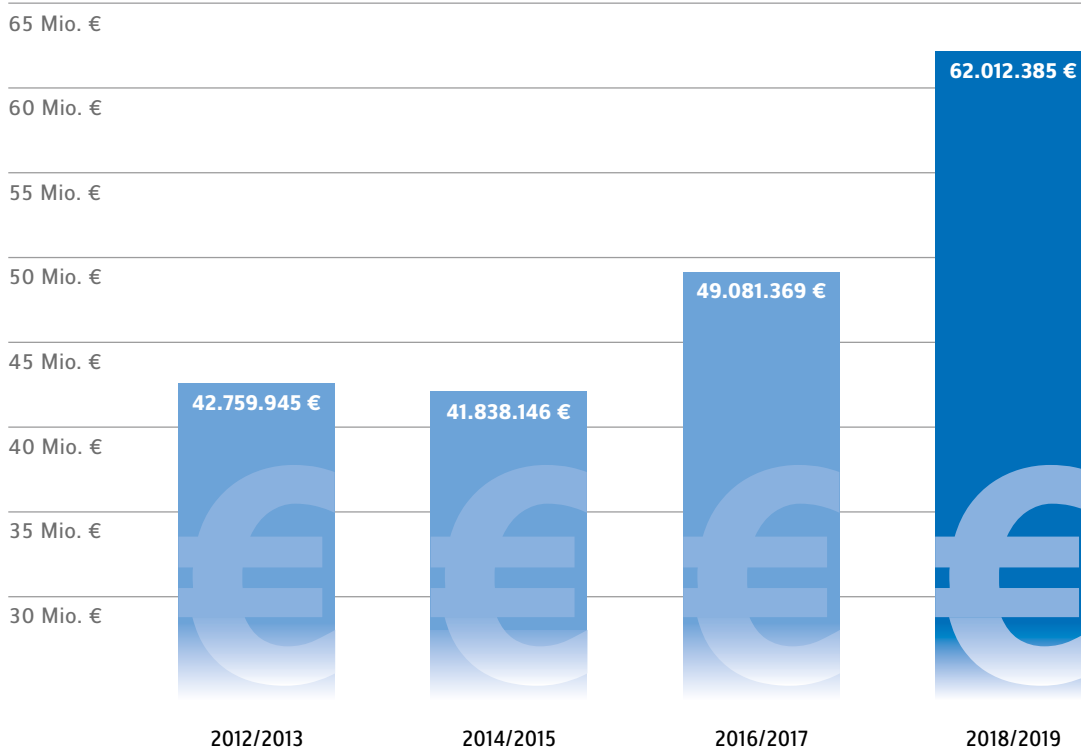
Für jeden abgeschlossenen Fall erfassen die Kassen die Höhe der insoweit „gesicherten Forderungen“ in Euro. Der Begriff der „gesicherten

Forderung“ orientiert sich an §§ 77 Abs. 1a, 78 SGB IV i. V. m. § 29a Abs. 2 Nr. 2a der VO über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung („Anhang zur Jahresrechnung der Krankenversicherung“). Nach § 77 Abs. 1a Nr. 5 SGB IV sind Erträge des Rechnungsjahres „unabhängig von den Zeitpunkten der entsprechenden Zahlungen in der Jahresrechnung zu berücksichtigen“.

Jede unmittelbar betroffene Kasse erfasst dabei ausschließlich ihre eigenen gesicherten Forderungen in Euro, die durch gerichtliche oder außergerichtliche Durchsetzung unanfechtbar festgestellt wurden.

Abbildung 2: Höhe der gesicherten Forderungen in Euro nach Berichtszeiträumen

Aktueller Berichtszeitraum im Vergleich zu den Berichtszeiträumen 2012/2013, 2014/2015 und 2016/2017



Eine außergerichtliche Schadensregulierung kann durch Aufrechnung mit Vergütungsansprüchen (§ 387 BGB), Abschluss eines öffentlich-rechtlichen Vertrages (§ 53 SGB X) oder Abschluss eines Vergleichsvertrages (§ 54 ff. SGB X) erfolgen bzw. durch die Auflage zur „Wiedergutmachung des durch die Tat verursachten Schadens“ vor Einstellung des Strafverfahrens durch die Staatsanwaltschaft (§ 153a Abs. 1 Nr. 1 StPO), z. B. durch Schuldanerkenntnis gem. § 781 BGB.³⁶

Für eine sozialgerichtliche Durchsetzung von Rückforderungsansprüchen kommen der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, Vertragshaftung (§ 280 BGB i. V. m. § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V) oder Haftung aus unerlaubter Handlung (§ 823 Abs. 2 S. 1 BGB i. V. m. § 263 oder §§ 299a, 299b StGB) infrage.

5.2.4 Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft

Die Stellen erfassen strafbare Pflichtverstöße und damit alle Fälle, in denen im abgelaufenen Berichtszeitraum die Staatsanwaltschaft gem. §§ 197a Abs. 4 SGB V, 47a SGB XI erstmalig unterrichtet wurde.

Ergibt die Prüfung, dass ein Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung bestehen könnte, ist gem. §§ 197a Abs. 4 SGB V, 47a SGB XI unverzüglich die zuständige Staatsanwaltschaft zu unterrichten.

Als strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung sollen dabei in erster Linie Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen erfasst werden, namentlich:

- Betrug (§ 263 StGB)
- Untreue (§ 266 StGB)

- Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr (§ 299 StGB)
- Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§ 299a StGB)
- Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299b StGB)
- Vorteilsannahme (§ 331 StGB)
- Bestechlichkeit (§ 332 StGB)
- Vorteilsgewährung (§ 333 StGB)
- Bestechung (§ 334 StGB)

Dabei werden auch typische Begleitdelikte erfasst, wie z. B. Urkundenfälschung (§ 267 StGB) oder das Fälschen bzw. Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§§ 277, 278 StGB) sowie einschlägige Straftatbestände des Nebenstrafrechts (z. B. § 29 BtMG oder § 95 AMG).

Im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum ergibt sich zwar ein Rückgang der erfolgten Unterrichtungen der Staatsanwaltschaft um **-12,43 % (= -419 Unterrichtungen)**. Die Anzahl der Unterrichtungen liegt aber weiterhin über dem Durchschnitt der letzten vier Berichtszeiträume (2.866).

Diese Entwicklung ist vorrangig darauf zurückzuführen, dass die Krankenkassen in den einzelnen Bundesländern mit weiter zunehmender Tendenz kassenartenübergreifend zusammenarbeiten und in diesem Rahmen immer stärker dazu übergehen, die zuständige Staatsanwaltschaft dann auch gemeinsam und „qualifiziert“ zu unterrichten. Die gemeinsame Strafanzeige wird dann konsequent nur einmal gezählt, und zwar beim Fallfederführer.

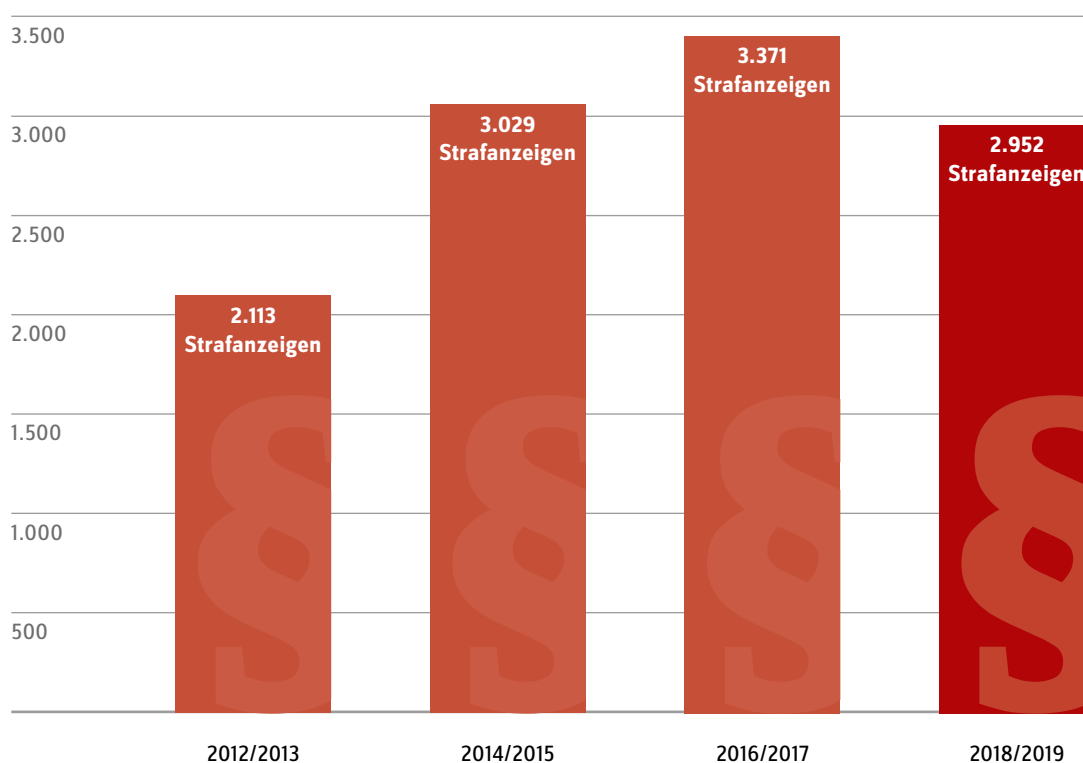
Die gesunkene Anzahl der Fälle mit einer Unterrichtung der Staatsanwaltschaft korrespondiert mit einer gesunkenen Fallzahl beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen nach der Polizeilichen Kriminalstatistik für das Jahr 2018.³⁷

³⁶ Vgl. BSG, Beschl. v. 27.11.2014 - B 3 KR 22/14 B.

³⁷ Vgl. Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2018, S. 12.

Abbildung 3: Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft nach Berichtszeiträumen

Aktueller Berichtszeitraum im Vergleich zu den Berichtszeiträumen 2012/2013, 2014/2015 und 2016/2017



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

5.3 Differenzierung der GKV-Gesamtsicht nach Leistungsbereichen

Auf der Grundlage der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes gem. § 197a Abs. 6 Nr. 6 SGB V werden in der nachfolgenden Tabelle Teil 1 Kennzahlen zusammengeführt, die differenzierte Rückschlüsse auf die Anzahl der Hinweise, Fälle und Schäden nach den jeweils betroffenen Leistungsbereichen ermöglichen.

Auf der Grundlage der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes gem. § 197a Abs. 6 Nr. 6 SGB V werden in der nachfolgenden Tabelle Teil 2 darüber hinaus Kennzahlen zusammengeführt, die erstmals auch differenziertere Rückschlüsse auf die Anzahl der hinter den Hinweisen und Fällen stehenden Leistungserbringer ermöglichen sollen. Dies entspricht den neuen gesetzlichen Vorgaben gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V.

Teil 1: Summen der Hinweise, Fälle und Schäden nach jeweils betroffenen Leistungsbereichen

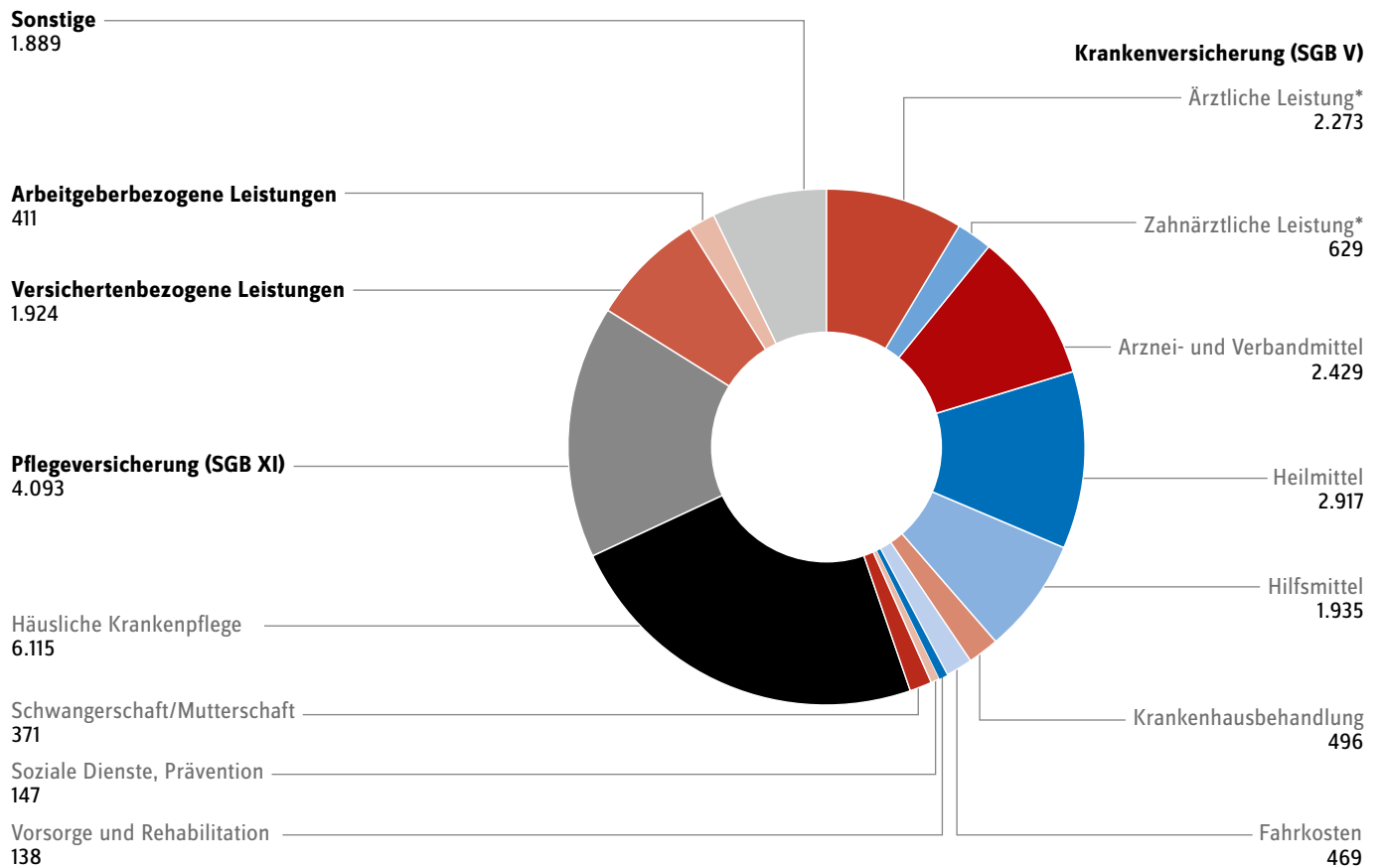
1. Hinweise		2. Verfolgte Fälle		3. Abgeschlossene Fälle		4. Schäden			5. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	
1.1. Anzahl der eingegangenen externen Hinweise	1.2. Anzahl der eingegangenen internen Hinweise	2.1. Anzahl der verfolgten Bestandsfälle	2.2. Anzahl der verfolgten Neufälle	3.1. Anzahl der abgeschlossenen Fälle insgesamt	3.2. Anzahl der nachgewiesenen Fälle	4.1. Entstandener Schaden in Euro	4.2. Gesicherte Forderung in Euro	4.3. Verhinderter Schaden in Euro		
										a) Krankenversicherung (SGB V)
3.154	569	1.493	2.606	2.273	856	23.550.210,00	3.783.862,20		172	aa) Ärztliche Leistung
703	298	449	830	629	256	2.765.242,50	1.456.283,00		36	bb) Zahnärztliche Leistung
1.869	1.396	1.665	2.520	2.429	948	64.844.301,00	13.888.257,00		435	cc) Arznei- und Verbandmittel
4.569	535	2.706	3.278	2.917	1.542	11.354.132,00	6.133.914,50		273	dd) Heilmittel
1.516	1.057	1.035	1.889	1.935	1.108	4.121.152,40	2.912.464,80		116	ee) Hilfsmittel
722	158	276	558	496	150	18.806.356,00	6.181.657,60		37	ff) Krankenhausbehandlung
818	130	319	551	469	194	3.526.741,20	1.044.909,00		59	gg) Fahrkosten
237	40	102	195	138	46	229.479,29	79.551,73		11	hh) Vorsorge und Rehabilitation
173	102	76	197	147	70	601.230,41	537.577,35		36	ii) Soziale Dienste, Prävention
527	118	282	412	371	142	784.442,17	275.032,53		35	jj) Schwangerschaft/ Mutterschaft
9.328	942	3.472	7.674	6.115	2.968	41.460.002,00	18.376.440,00		504	kk) Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
6.777	755	1.511	4.147	4.093	1.403	6.859.841,50	4.061.113,60		369	b) Pflegeversicherung (SGB XI)
1.941	1.229	1.232	2.156	1.924	743	4.797.053,52	2.025.332,62		602	c) Versichertenbezogene Leistungen
832	196	341	483	411	122	2.296.655,62	962.516,39		98	d) Arbeitgeberbezogene Leistungen
1.376	283	488	701	1.889	1.341	588.552,58	293.472,79		169	e) Sonstige Hinweise und Fälle
34.542	7.808	15.447	28.197	26.236	11.889	186.585.392,19	62.012.385,11		2.952	Summen der Hinweise, Fälle und Schäden

Teil 2: Anzahl der hinter den Hinweisen und Fällen stehenden Leistungserbringer und Versicherten

6. Anzahl der Leistungserbringer (Hinweise)		7. Anzahl der Leistungserbringer (verfolgte Fälle)		8. Anzahl der Leistungserbringer (abgeschlossene Fälle)		
6.1. bei denen es die o. g. externen Hinweise gab	6.2. bei denen es die o. g. internen Hinweise gab	7.1. bei denen die o. g. Bestandsfälle verfolgt wurden	7.2. bei denen die o. g. Neufälle verfolgt wurden	8.1. bei denen die o. g. Fälle abgeschlossen wurden	8.2. bei denen die o. g. Fälle nachgewiesen wurden	
3.298	1.073	1.894	3.202	2.643	928	aa) Ärztliche Leistungserbringer
715	267	407	835	637	272	bb) Zahnärztliche Leistungserbringer
1.328	1.073	1.388	2.001	1.894	688	cc) Apotheken
4.418	626	3.085	3.577	3.058	1.503	dd) Heilmittelerbringer
1.569	1.363	1.478	2.384	2.325	1.271	ee) Hilfsmittelerbringer
689	153	281	567	501	138	ff) Krankenhaus
752	144	327	583	486	180	gg) Krankenförderungsunternehmen
229	42	94	201	150	42	hh) Leistungserbringer Vorsorge und Rehabilitation
151	91	70	180	138	65	ii) Leistungserbringer Soziale Dienste, Prävention
478	123	272	414	378	124	jj) Hebammen
8.720	1.094	3.523	7.818	6.135	2.809	kk) Leistungserbringer Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
5.933	826	1.508	3.961	4.001	1.241	b) Leistungserbringer Pflegeversicherung (SGB XI)
2.402	1.751	1.872	3.102	2.762	1.154	c) Versicherte
721	201	409	414	454	113	d) Arbeitgeber
11	23	13	29	20	13	e) Mitarbeiter Kranken- und Pflegekassen
1.015	279	584	611	2.401	199	f) Sonstige
32.429	9.129	17.205	29.879	27.983	10.740	Summe der Anzahl der Leistungserbringer/Versicherten

5.3.1 Abgeschlossene Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen

Abbildung 4: Abgeschlossene Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen

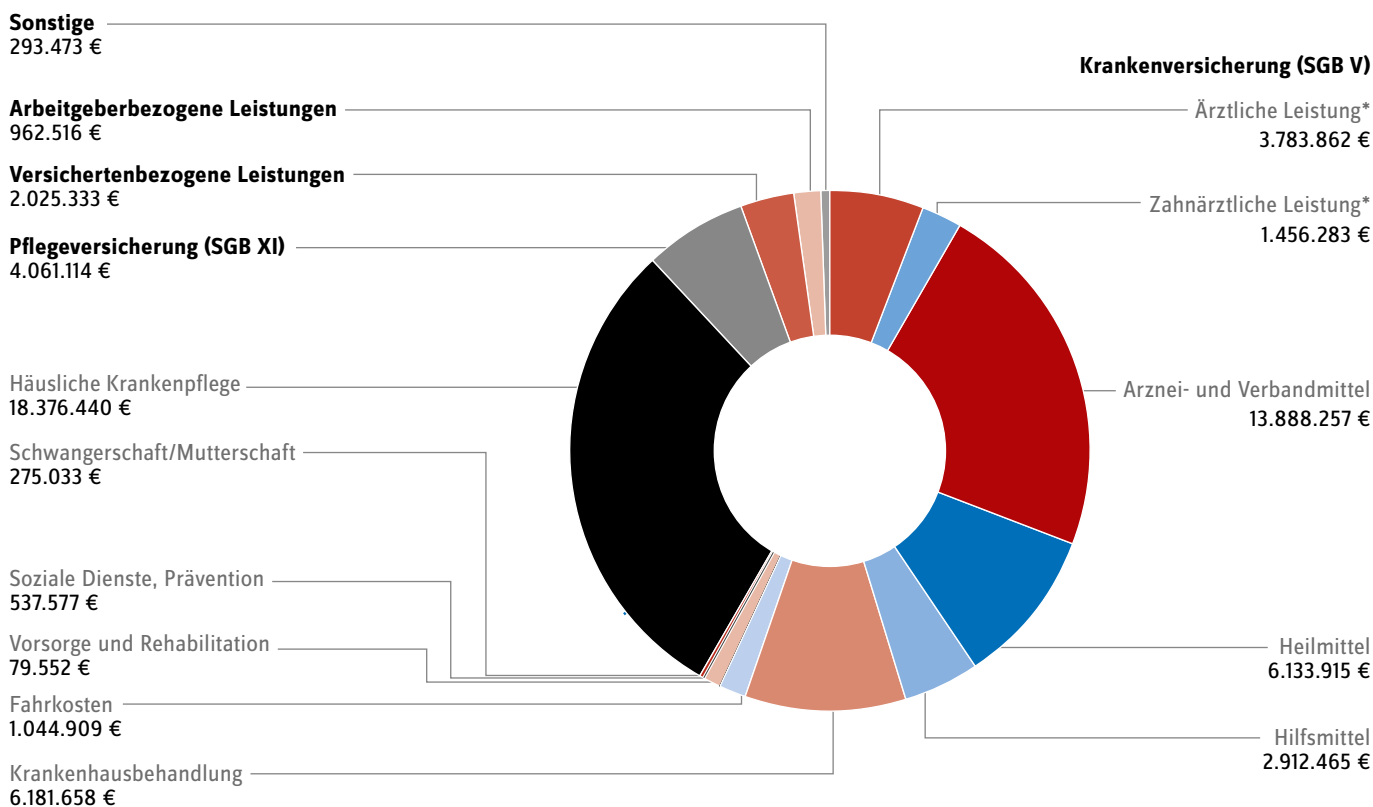


* Die Bekämpfung von Fällen vertrags(-zahn-)ärztlichen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen ist gem. § 81a Abs. 1 SGB V die originäre Aufgabe der Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen. Die Ergebnisse entsprechender Pflichtverletzungen werden deshalb in den Berichten der insoweit zuständigen Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammengeführt, vgl. § 81a Abs. 6 Satz 3 SGB V.

Die vorliegende GKV-Gesamtsicht erfasst für die Leistungsbereiche Ärztliche Leistung bzw. Zahnärztliche Leistung demgegenüber nur abgeschlossene Fälle außerhalb der Verwendung der Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 1 SGB V), z .B. aus extrabudgetären Einzelleistungsvergütungen oder Selektivverträgen.

5.3.2 Gesicherte Forderungen nach betroffenen Leistungsbereichen in Euro

Abbildung 5: Gesicherte Forderungen in Euro nach betroffenen Leistungsbereichen

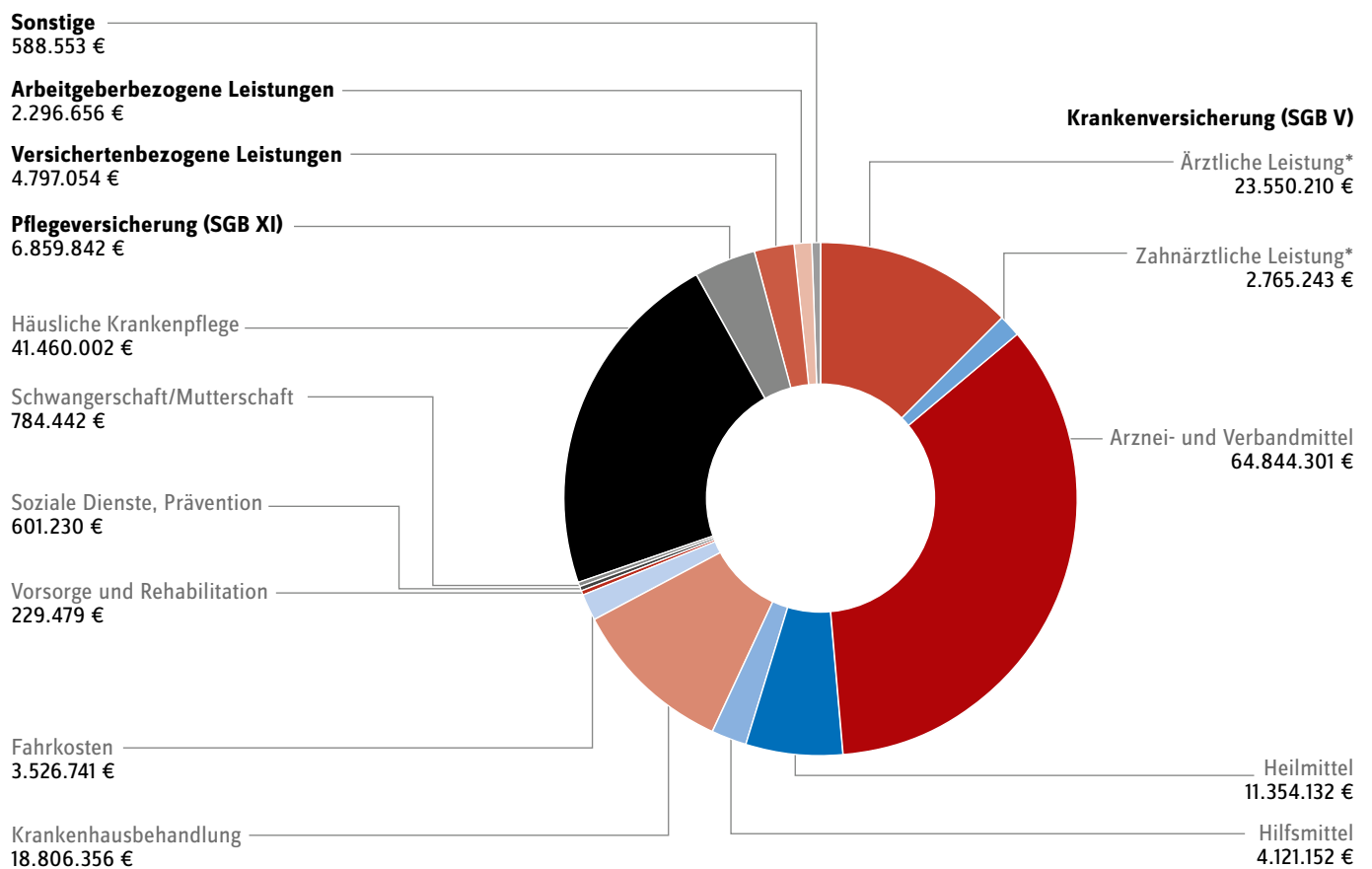


* Die Bekämpfung von vertrags(-zahn-)ärztlichem Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist gem. § 81a Abs. 1 SGB V die originäre Aufgabe der Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen. Die Ergebnisse entsprechender Pflichtverletzungen werden deshalb in den Berichten der insoweit zuständigen Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammengeführt, vgl. § 81a Abs. 6 Satz 3 SGB V.

Die vorliegende GKV-Gesamtsicht erfasst für die Leistungsbereiche Ärztliche Leistung bzw. Zahnärztliche Leistung demgegenüber nur gesicherte Forderungen außerhalb der Verwendung der Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 1 SGB V), z. B. aus extrabudgetären Einzelleistungsvergütungen oder Selektivverträgen.

5.3.3 Entstandene Schäden nach betroffenen Leistungsbereichen in Euro

Abbildung 6: Entstandene Schäden in Euro nach betroffenen Leistungsbereichen



* Die Bekämpfung von vertrags(-zahn-)ärztlichem Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist gem. § 81a Abs. 1 SGB V die originäre Aufgabe der Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen. Die Ergebnisse entsprechender Pflichtverletzungen werden deshalb in den Berichten der insoweit zuständigen Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammengeführt, vgl. § 81a Abs. 6 Satz 3 SGB V.

Die vorliegende GKV-Gesamtsicht erfasst für die Leistungsbereiche Ärztliche Leistung bzw. Zahnärztliche Leistung demgegenüber nur entstandene Schäden außerhalb der Verwendung der Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 1 SGB V), z. B. aus extrabudgetären Einzelleistungsvergütungen oder Selektivverträgen.

5.4 Bewertung ausgewählter GKV-Kennzahlen

Die nach betroffenen Leistungsbereichen differenzierten GKV-Kennzahlen dokumentieren für den Berichtszeitraum 2018/2019 erneut den bereits im Zweiten Periodischen Sicherheitsbericht der Bundesregierung aufgestellten Befund: „Illegale Bereicherungen zum Nachteil der gesetzlichen Krankenversicherung durch Akteure aus fast allen Tätigkeitsbereichen des Gesundheitswesens haben nahezu den Charakter eines Systems.“³⁸

Mit der Berichtspflicht der Vorstände über die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sollen sich die

Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung eine konkrete Vorstellung über das „tatsächliche Ausmaß“ des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen machen können.³⁹ Die Aussagekraft der hier zusammengeführten Kennzahlen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist aber – ebenso wie die Polizeiliche Kriminalstatistik – von vornherein begrenzt: Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die nicht bekannt wurden, können hier auch nicht abgebildet werden.

5.4.1 Höhe der gesicherten Forderungen in Euro

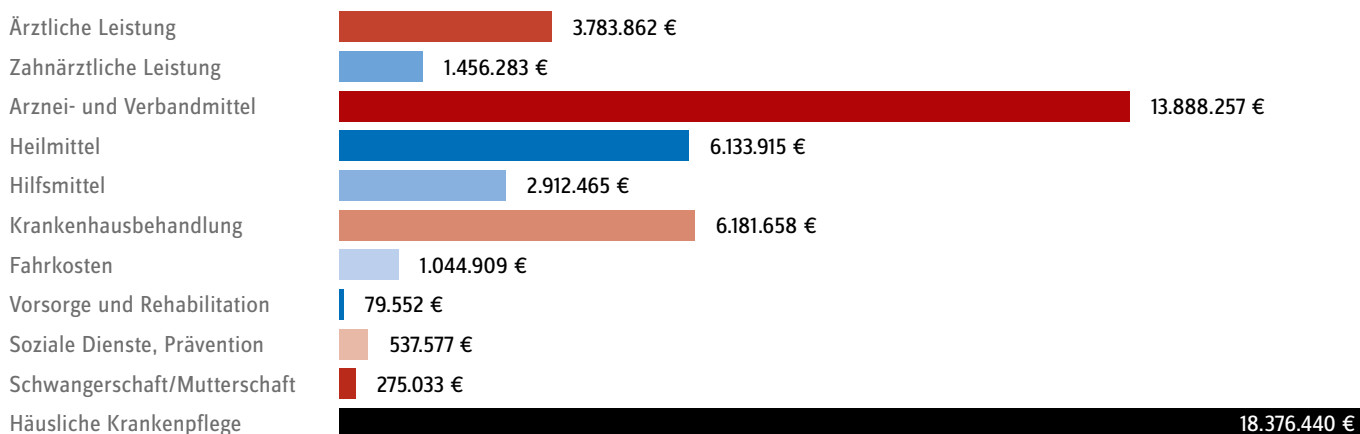
Die Höhe der gesicherten Forderungen erreicht mit über 62 Mio. Euro den höchsten Wert seit

38 Vgl. BT-Drs. 16/3930, S. 191.

39 Vgl. die entsprechende Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/6446, S. 24.

Abbildung 7: Höhe der gesicherten Forderungen in Euro nach betroffenen Leistungsbereichen

Krankenversicherung (SGB V)



Pflegeversicherung (SGB XI)

4.061.114 €

Versichertenbezogene Leistungen

2.025.333 €

Arbeitgeberbezogene Leistungen

962.516 €

Sonstige

293.473 €

dem Beginn der Berichterstattung. Aus der vorstehenden Darstellung in Abbildung 7 geht detailliert hervor, wie sich die gesicherten Forderungen nach den betroffenen Leistungsbereichen aufteilen. Danach konnten im abgeschlossenen Berichtszeitraum die mit Abstand höchsten Forderungen im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege gesichert werden.

Die Einrichtung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen stärkt nach der Gesetzesbegründung den „effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich“⁴⁰. Vor allem der Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen stellt dabei gegenwärtig eine besonders sozialschädliche Form der Wirtschaftskriminalität mit hohen Schadenssummen und negativer Auswirkung auf die Integrität des Gesundheitswesens dar.

Dem Kontenrahmen entsprechend bildeten die Kassen damit aber nur die Forderungsbeträge ab, die tatsächlich gesichert werden konnten bzw. bereits an die GKV zurückgeflossen sind. Demgegenüber bestand für die Mitgliedskassen in der Vergangenheit keine gesetzliche Verpflichtung, zusätzlich auch über die Höhe der darüber hinaus entstandenen Schäden zu berichten.

Die Höhe dieses entstandenen Schadens war gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V erstmals im abgeschlossenen Berichtszeitraum 2018/2019 zu erheben. Mit dieser Erweiterung der Berichtspflicht der Vorstände über die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen soll für die Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung zukünftig „auch das tatsächlich weitgehend unklare Ausmaß des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen erhellt werden“.⁴¹

5.4.2 Höhe der tatsächlich entstandenen Schäden in Euro

Nach der Gesetzesbegründung zur Neuregelung des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V musste beginnend mit dem Berichtszeitraum 2018/2019 erstmals der „entstandene Schaden“ beziffert werden, d. h. der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, „der durch Prüfungen nicht vermieden werden konnte“.⁴²

Die Höhe der entstandenen Schäden beträgt über 186 Mio. Euro. Aus der nachfolgenden Darstellung in Abbildung 8 geht detailliert hervor, wie sich die entstandenen Schäden nach den betroffenen Leistungsbereichen aufteilen. Danach sind im abgeschlossenen Berichtszeitraum die mit Abstand höchsten Schäden im Leistungsbereich Arznei- und Verbandmittel entstanden. Erst an zweiter Stelle steht hier die häusliche Krankenpflege, gefolgt von der ärztlichen Leistung an dritter Stelle.

Ein Vermögensschaden entsteht, wenn die Vermögensverfügung des Getäuschten bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise unmittelbar zu einer nicht durch Zuwachs ausgeglichenen Minderung des Gesamtwerts des Vermögens des Verfügenden führt (Gesamtsaldierung, ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs).⁴³ Das ist der Fall, wenn z. B. Leistungen abgerechnet wurden, die nicht erbracht wurden. Der entstandene Schaden berechnet sich hier aus der Differenz zwischen der Vergütung der abgerechneten und der abrechenbaren Leistung.

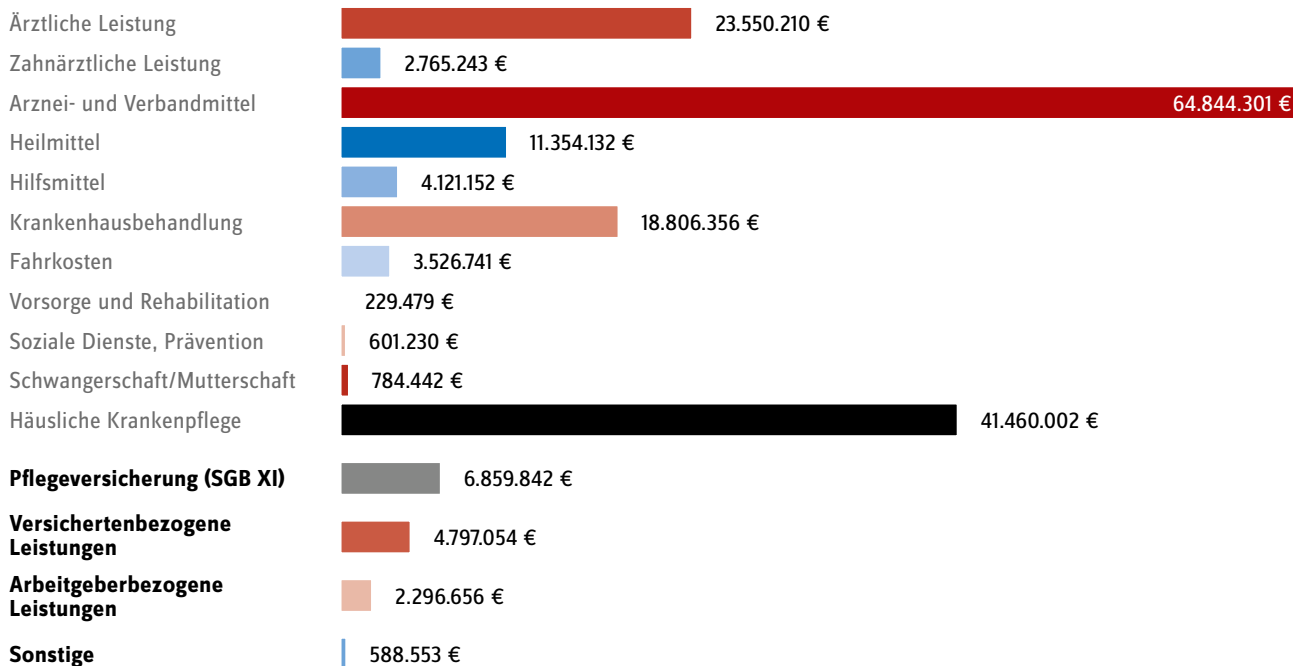
In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung liegt ein Vermögensschaden aber auch dann vor, wenn Leistungen tatsächlich erbracht wurden, dabei aber gegen gesetzliche Vorschriften oder vertragliche Vereinbarungen, z. B. eine formale Qualifikation des Personals, verstoßen wurde. Der entstandene Schaden entspricht dann dem gesamten Wert der abgerechneten Leistung.

40 Vgl. BT-Drs. 15/1525, S. 99.

41 Vgl. die Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/6446, S. 24.

42 Vgl. BT-Drs. 18/6446, S. 24 f.

43 Vgl. etwa BGH, Beschl. v. 16.06.2014 - 4 StR 21/14 m. w. N.

Abbildung 8: Höhe der entstandenen Schäden in Euro nach betroffenen Leistungsbereichen**Krankenversicherung (SGB V)**

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Nach den insoweit maßgeblichen Grundsätzen des Sozialrechts entfällt nämlich der gesamte Vergütungsanspruch des Leistungserbringers (streng formale Betrachtungsweise). Dies ergibt sich aus Folgendem: Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts können die Krankenkassen z. B. auf formalen Ausbildungs- und Weiterbildungsqualifikationen bestehen, weil sonst eine den praktischen Erfordernissen entsprechende Qualitätskontrolle der Leistungserbringung nicht möglich ist. Die Abrechenbarkeit von Leistungen knüpft streng an die formale Qualifikation des Personals an, wobei die vertragliche Vereinbarung mit dem Leistungserbringer maßgeblich ist. Dem Leistungserbringer steht daher für Leistungen, die er unter Verstoß gegen gesetzliche Vorschriften oder vertragliche Vereinbarungen bewirkt, auch

dann keine Vergütung zu, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht sind.⁴⁴

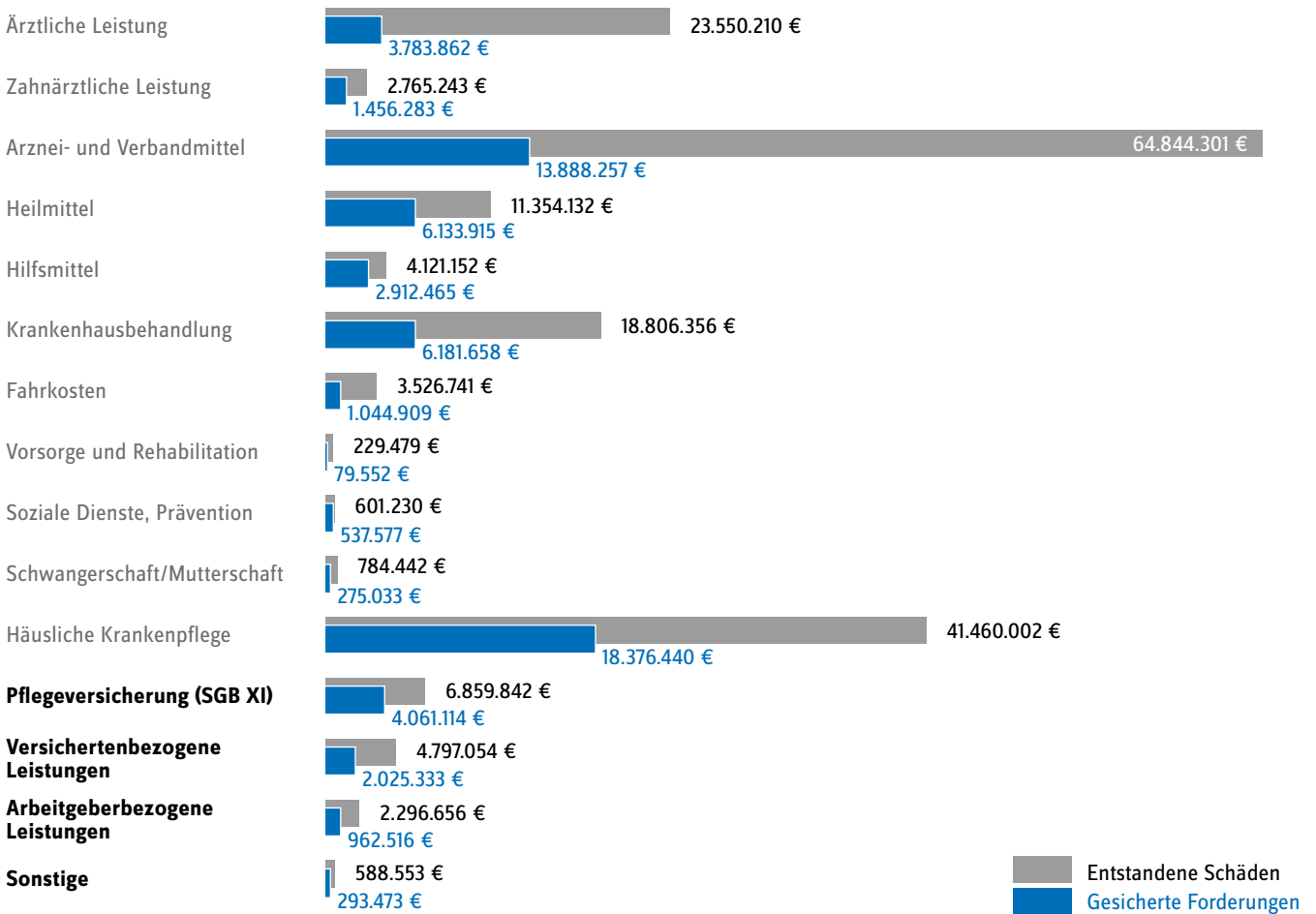
Die entstandenen Schäden lassen sich häufig nur als Ergebnis eines Ermittlungsverfahrens in ihrer tatsächlichen Höhe bestimmen. Sofern es nach den Umständen des Einzelfalls nahe liegt, dass sich Falschabrechnungen gleichmäßig auf alle Abrechnungen eines zu überprüfenden Zeitraums erstrecken, sollte zukünftig aber auch bei nicht-ärztlichen Leistungserbringern auf die anerkannte Möglichkeit der Schadenshochrechnung hingewirkt werden.⁴⁵ Anders können Ausmaß und Umfang von Manipulationen bei typischerweise mehreren hundert oder tausend Abrechnungsfällen nicht mit zumutbarem Aufwand beziffert werden.

44 Vgl. etwa BSGE 94, 213, 220 m. w. N.

45 Vgl. zu dieser Schlussfolgerung auch Schmidt, Strafrechtliche Aspekte der Schadenshochrechnung in Fällen des vertragsärztlichen Abrechnungsbetrugs, medstra 2017, 79-85.

Abbildung 9: Darstellung der tatsächlich entstandenen Schäden in Euro und der davon gesicherten Forderungen in Euro, nach betroffenen Leistungsbereichen

Krankenversicherung (SGB V)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

5.4.3 Anzahl der abgeschlossenen und nachgewiesenen Fälle

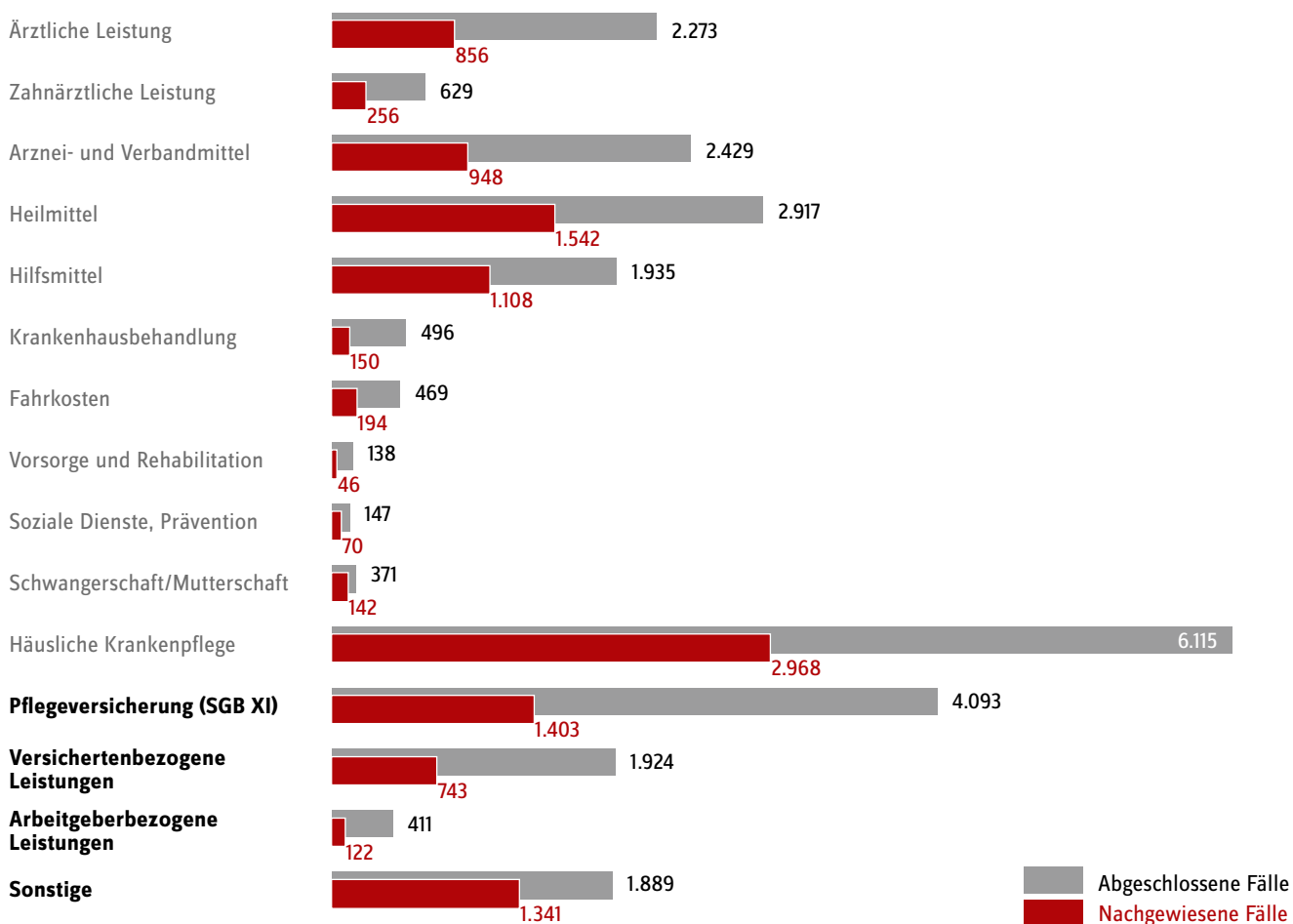
Ein Fall gilt als abgeschlossen, wenn ein Verdacht auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen nachgewiesen bzw. nicht nachgewiesen wurde. Als nicht nachgewiesen gelten die abgeschlossenen Fälle, in denen sich ein Verdacht auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen nicht bestätigt hat. Gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V bestand für die Mitgliedskassen im abgeschlossenen Berichtszeit-

raum erstmals die gesetzliche Verpflichtung, auch die Anzahl der nachgewiesenen Fälle gesondert auszuweisen. Ein abgeschlossener Fall gilt als nachgewiesen, wenn sich ein Verdacht auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen bestätigt hat.

Abzustellen ist dabei allein auf die bei einer Kasse zur Verfügung stehenden Beweismittel. Es kommt nicht notwendig darauf an, ob z. B. nach einer Unterrichtung der Staatsanwaltschaft auch rechtskräftig darüber entschieden wurde.

Abbildung 10: Darstellung der Anzahl der abgeschlossenen Fälle und der insoweit nachgewiesenen Fälle, nach betroffenen Leistungsbereichen

Krankenversicherung (SGB V)



Die abschließende Beweiswürdigung durch Staatsanwaltschaft und/oder Gerichte liegt außerhalb der Zuständigkeit der Stellen und ergibt sich aus der Justizstatistik. Hinzu kommt auch, dass es in Strafsachen gegen Angehörige der Heilberufe nach wie vor keine Mitteilungspflichten zum Ausgang des Verfahrens gegenüber den Kassen gibt.⁴⁶

Eine Auswertung der Kennzahlen zeigt, dass durchschnittlich etwa jeder zweite abgeschlossene Fall von den Kassen auch nachgewiesen werden konnte. Je nach betroffenem Leistungsbereich bestehen aber deutliche Unterschiede.

Besonders deutlich treten Schwierigkeiten der Nachweisführung am Beispiel der ambulanten Pflege zutage. Dort lässt sich beispielsweise die

⁴⁶ Vgl. Nummer 26 Abs. 3 der Anordnung über Mitteilungen in Strafsachen (MiStra).

anerkannte Fallgruppe des Abrechnungsbetrugs, die Abrechnung tatsächlich nicht erbrachter Leistungen, selbst für hochspezialisierte Staatsanwältinnen und Staatsanwälte in Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Vermögensstraftaten im Gesundheitswesen derzeit nur sehr schwer nachweisen.⁴⁷ Hier ist der Gesetzgeber gefordert, die dabei vorherrschenden praktischen Probleme zugunsten der Möglichkeit einer effektiveren Beweisführung zeitnah aufzulösen.

Nur eine zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes ermöglicht es, durch die Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Kranken- und Pflegekassen festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes überhaupt plausibel erbracht werden konnten. Der GKV-Spitzenverband leitet daraus weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf ab (vgl. Punkt 7.4 und 7.5).

5.4.4 Anzahl der verfolgten Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen

Nach den näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes werden bei jeder einzelnen Kranken- und Pflegekasse die dort verfolgten und abgeschlossenen Fälle gezählt. Wenn mehrere Kassen, zunächst unabhängig voneinander, zufällig wegen des gleichen Sachverhalts ermitteln, wird folgerichtig bei jeder Kasse ein verfolgter Fall gezählt. Aber auch wenn mehrere Kassen im Wege der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit den gleichen Sachverhalt bearbeiten, wird trotzdem bei jeder Kasse folgerichtig ein verfolgter Fall gezählt.

Der GKV-Spitzenverband hat in seinen vorangegangenen Berichten stets darauf hingewiesen, dass die bestehende Regelung in Bezug auf die Anzahl der verfolgten und abgeschlossenen Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen zwangsläufig

dazu führte, dass bei der Zusammenführung auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes unvermeidlich „Mehrfachzahlungen“ auftreten. Diese „Mehrfachzahlungen“ betreffen jedoch nicht die Gesamtsumme der von den Mitgliedskassen verfolgten oder abgeschlossenen Fälle je Leistungsbereich, sondern allein die Anzahl der hinter diesen Fällen stehenden Leistungserbringer oder Versicherten.

Im Berichtszeitraum 2018/2019 wurden insgesamt 43.644 verfolgte Bestands- und Neufälle erfasst. Beispielhaft soll nachfolgend der Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) näher betrachtet werden. Die dort ausgewiesene Kennzahl von 11.146 verfolgten Bestands- und Neufällen im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege bedeutet ausdrücklich nicht, dass 11.146 unterschiedliche Leistungserbringer verfolgt wurden: Da Leistungserbringer im Regelfall immer mit mehreren Kassenarten abrechnen, werden bei einem verfolgten Fall typischerweise oft mehrere Kassen betroffen sein. Auch wenn es sich dabei teilweise um denselben Leistungserbringer handeln könnte, wird bei jeder betroffenen Kasse ein eigener verfolgter Fall gezählt.

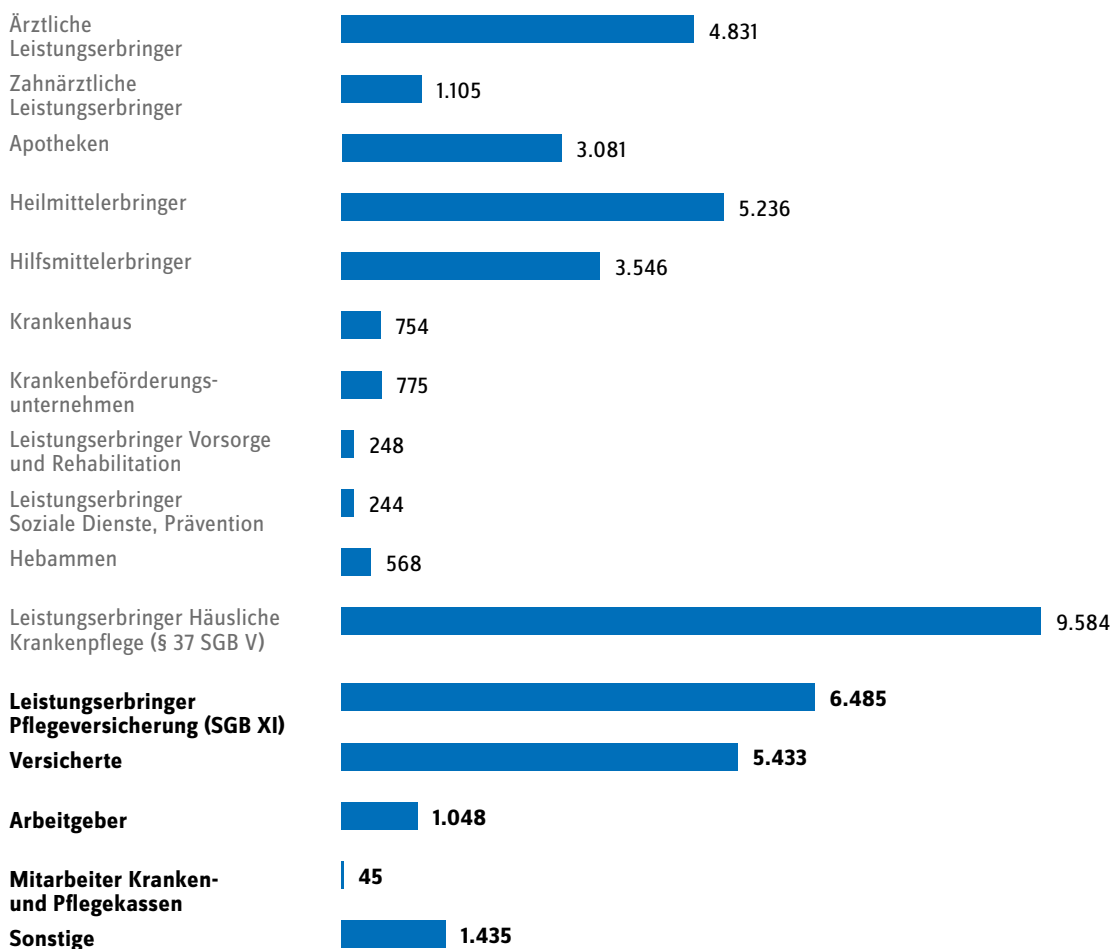
5.4.5 Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten

Nach der Neuregelung des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V war beginnend mit dem Berichtszeitraum 2018/2019 erstmals zusätzlich auch über die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten hinter den eingegangenen Hinweisen bzw. verfolgten und abgeschlossenen Fällen zu berichten (vgl. Punkt 5.3, Tabelle Teil 2). Diese Notwendigkeit erschließt sich daraus, dass ein Leistungserbringer typischerweise nicht nur gegenüber einer Kasse Abrechnungsbetrag begeht, sondern gegenüber mehreren Kassen.

⁴⁷ Stellvertretend für die Perspektive einer Schwerpunktstaatsanwaltschaft zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen Rettke, Probleme des Abrechnungsbetrugs in der Pflege. medstra 2019, 262, 263.

Abbildung 11: Darstellung der Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten hinter den verfolgten Bestands- und Neufällen (bereinigte GKV-Gesamtsicht)

Krankenversicherung (SGB V)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Da alle insoweit geschädigten Kassen aber nur über ihren eigenen Fall berichten können, kann erst durch eine darüberhinausgehende abschließende „Bereinigung“ ermittelt werden, hinter welchen der beim GKV-Spitzenverband zentral zusammengeführten Fällen derselbe Leistungserbringer steht.

Voraussetzung für die notwendige Bereinigung auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes ist, dass es

sich sowohl um denselben Leistungserbringer als auch um denselben Sachverhalt handeln muss. Eine belastbare Bereinigung kann deshalb nur dort erfolgen, wo mehrere geschädigte Kassen bei der Verfolgung eines kassenübergreifenden Falls gem. § 197a Abs. 3a SGB V zusammengearbeitet haben. Solange mehrere Kassen nur unabhängig voneinander gegen denselben Leistungserbringer vorgegangen sind, kann vom GKV-Spitzenverband nicht zweifelsfrei festgestellt werden, ob den

Fällen auch tatsächlich dieselben Sachverhalte zugrunde lagen.

Die entscheidende Voraussetzung für die praxistaugliche Bereinigung auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes war deshalb, dass beginnend ab dem 1. Januar 2018 im Rahmen der verstärkten kassenübergreifenden Zusammenarbeit in den einzelnen Bundesländern, z. B. in Prüfgruppen, für denselben Leistungserbringer und denselben Sachverhalt stets eine einheitliche „Fall-ID“ vergeben, erfasst und schließlich an den GKV-Spitzenverband gemeldet wurde.

Für eine Berechnung der Anzahl der Leistungserbringer je Leistungserbringer-Kategorie wurde zudem noch die Summe der Leistungserbringer bzw. Versicherten ermittelt, in denen keine Zusammenarbeit erfolgte. Dies dürfte z. B. fast ausnahmslos bei Versicherten der Fall gewesen sein.

Sofern dabei mehrere geschädigte Kassen im Rahmen der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit wegen desselben Sachverhalts gegen denselben Leistungserbringer ermittelt haben, ist auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes eine Bereinigung der Kennzahlen in der Tabelle der GKV-Gesamtsicht Teil 2 erfolgt. Alle insoweit betroffenen Leistungserbringer werden nur einmal gezählt. Sofern die Kassen jedoch unabhängig voneinander gegen denselben Leistungserbringer ermittelt haben, z. B. wegen unterschiedlicher Sachverhalte, war eine Bereinigung auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes dagegen nicht angezeigt.

Im Ergebnis der Bereinigung haben die Mitglieds-kassen des GKV-Spitzenverbandes also in dem hier beispielhaft ausgewählten Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) nach eigenen Angaben gegen 9.584 Leistungserbringer (z. B. ambulante Pflegedienste) ermittelt.

5.5 Schlussfolgerung und Ausblick

Die mit dem Inkrafttreten von Art. 3 des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen erfolgte Neuregelung des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V bewirkt eine wesentliche Erweiterung des vom GKV-Spitzenverband seit dem Berichtszeitraum 2010/2011 auf freiwilliger Grundlage entwickelten Berichtswesens. Mit der vorliegend dokumentierten Erweiterung der Berichtspflicht der Vorstände über die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen kann für die Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung erstmals „auch das tatsächlich weitgehend unklare Ausmaß des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen etwas weiter erhellt werden“.⁴⁸

Die Höhe der gesicherten Forderungen erreicht mit über 62 Mio. Euro zwar den höchsten Wert seit dem Beginn der Berichterstattung. Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung im abgeschlossenen Berichtszeitraum aber ein tatsächlicher Schaden in Höhe von über 186 Mio. Euro entstanden. Die tatsächlich entstandenen Schäden betragen damit das Dreifache der gesicherten Forderungen.

Nach der Neuregelung des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V muss zukünftig auch der „verhinderte Schaden“ beziffert werden. Nach der Gesetzesbegründung soll hier der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung beziffert werden, „der durch Prüfungen vermieden werden konnte“.⁴⁹

Die belastbare Bezifferung des verhinderten Schadens ist gegenwärtig noch nicht praktisch umsetzbar. Auch nach einer der wenigen diesbezüglich bereits veröffentlichten Kommentierungen handelt es sich bei dieser Anforderung bislang „um eine

⁴⁸ Vgl. die Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/6446, S. 24.

⁴⁹ Vgl. BT-Drs. 18/6446, S. 24 f.

spekulative Angabe, denn in den seltensten Fällen wird das konkrete Ausmaß eines nicht eingetretenen Schadens festzustellen sein“.⁵⁰

Ein sog. verhinderter Schaden ist zwar in vielen Bereichen außerhalb der Gesundheitswirtschaft bereits ein anerkanntes Element von ökonomischen Kosten-Nutzen-Analysen im Allgemeinen. In der Bundesrepublik Deutschland sind bislang aber noch keine systematischen Kosten-Nutzen-Analysen als Beurteilungsinstrument zur Kriminalitätsprävention durchgeführt worden.⁵¹

Bereits mit Schreiben vom 27. November 2017 hatte der GKV-Spitzenverband das BMG darum gebeten, den Auftrag für eine wissenschaftliche Begleitforschung zu vergeben, die eine belastbare Methodenbeschreibung zur Bezifferung des verhinderten Schadens gem. §§ 81a Abs. 5, 197a Abs. 5 SGB V entwickelt. Mit Antwortschreiben vom 5. April 2018 hat das BMG jedoch mitgeteilt, dass es dieses Anliegen derzeit „nicht als vorrangig erachtet“.

Demgegenüber hält der GKV-Spitzenverband die praxisprojektbezogene Durchführung einer systematischen ökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse zur Kriminalitätsprävention im Gesundheitswesen unverändert für erforderlich, um den gesetzlichen Auftrag zur Bezifferung des verhinderten Schadens gem. § 197a Abs. 5 SGB V erfüllen zu können. Neueste wissenschaftliche Forschungsergebnisse unterstützen diese Schlussfolgerung.⁵²

Mit Prof. Dr. Entorf hatte der GKV-Spitzenverband einen der wenigen ausgewiesenen deutschen Expertinnen und Experten zur Ökonomik von Kriminalität für die Durchführung einer Pilotstudie gewonnen. Seine dazu im Rahmen des

Erfahrungsaustausches gem. § 197a Abs. 3 SGB V vorgestellten Thesen haben großes Interesse und breite Unterstützung der teilnehmenden Mitglieds-kassen hervorgerufen. Der Forschungsauftrag für die erste deutsche Pilotstudie zur Kosten-Nutzen-Analyse in der Kriminalprävention im Gesundheitswesen konnte jedoch nicht mehr vergeben werden, nachdem Prof. Dr. Entorf am 16. Februar 2020 überraschend verstorben war.

Da die erstmalige Durchführung einer Pilotstudie zur Kosten-Nutzen-Analyse in der Kriminalprävention im Gesundheitswesen erwartungsgemäß mit einer Reihe von Unwägbarkeiten verbunden bleibt, prüft der GKV-Spitzenverband im Nachgang zu der gemeinsam mit dem Europäischen Netzwerk gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (EHFCN) durchgeführten internationalen Konferenz (vgl. Punkt 3.4), inwieweit ggf. auch praktische Erfahrungen aus europäischen Nachbarländern ausgewertet werden könnten, namentlich zur Messung der möglicherweise vergleichbaren Kategorie des „prevented fraud“ in Großbritannien.⁵³

⁵⁰ Vgl. Steinmann-Munzinger, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 81a SGB V, Rn 25.1.

⁵¹ Vgl. Thomsen, Gutachten für den 20. Deutschen Präventionstag: Kosten und Nutzen von Prävention in der Ökonomischen Analyse, in: Marks & Steffen (Hrsg.), Prävention rechnet sich. Zur Ökonomie der Kriminalprävention. Ausgewählte Beiträge des 20. Deutschen Präventionstages, 2015, S. 51-124.

⁵² Vgl. Entorf & Schulan, Kosten-Nutzen-Analyse in der Kriminalprävention, in: Walsh, Pniewski, Kober & Armbrorst (Hrsg.), Evidenzorientierte Kriminalprävention in Deutschland, 2018, S. 369-383.

⁵³ National Audit Office, Cross-Government Fraud Landscape Review, 2016, 17, 19 sowie zuletzt Cabinet Office, Cross-Government Fraud Landscape Annual Report 2019, 17, 23.

6. Anonymisierte Fallbeispiele

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen haben im Berichtszeitraum 2018/2019 erneut eine Vielzahl von Fällen bearbeitet, die nur im Ergebnis der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft oder nach einer gerichtlichen Entscheidung abgeschlossen werden konnten. Mit der Fallbearbeitung gehen häufig noch ungeklärte Rechtsfragen einher. Zu einigen dieser ungeklärten Rechtsfragen sind im Berichtszeitraum neue höchstrichterliche Grundsatzentscheidungen ergangen. Diese wurden teilweise bereits veröffentlicht.

Für den abgeschlossenen Berichtszeitraum sollen darüber hinaus weitere ausgewählte anonymisierte Fallbeispiele aus der Ermittlungstätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes beschrieben werden.

Die anonymisierten Fallbeispiele wurden von den Mitgliedskassen übermittelt und für den vorliegenden Bericht lediglich redaktionell angepasst, ansonsten aber weitgehend unverändert übernommen. Bei der Mehrzahl der Beispiele handelt es sich um Fallkonstellationen, bei denen mehrere Kassen in einem Bundesland betroffen waren und daher gem. §§ 197 a Abs. 3 SGB V, 47 a SGB XI bei der Ermittlung und Prüfung sowie Unterrichtung der Staatsanwaltschaft kassenartenübergreifend zusammengearbeitet haben.

Die Beschreibung von wiederholt aufgetretenen oder sonstigen geeigneten Fällen soll helfen, bestehende Strukturen der Leistungserbringung und Versorgung, die Fehlverhalten im Gesundheitswesen gegenwärtig begünstigen, aufzudecken und organisatorische Maßnahmen zu deren Vermeidung zu entwickeln. Hierzu zählen auch Pflichtverletzungen, die sich wegen ihrer Art der Begehungsweise oder wegen der Höhe des eingetretenen Schadens als besonders schwerwiegend erwiesen haben.⁵⁴

Dabei wird deutlich, dass insoweit auch gesetzgeberischer Regelungsbedarf besteht, um dem dargestellten Fehlverhalten zukünftig erfolgreich entgegenwirken zu können (vgl. dazu die entsprechenden Forderungen des GKV-Spitzenverbandes unter Punkt 7).

⁵⁴ Vgl. BT-Drs. 18/6446.

6.1 Organisierter Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste

Fallbeschreibung 1: Im Oktober 2019 fanden groß angelegte polizeiliche Durchsuchungsmaßnahmen im Umfeld der Betrugsbekämpfung im Gesundheitswesen in einem Bundesland statt. Die Ermittlungen richteten sich gegen organisierte Kriminelle bei 13 osteuropäischen Pflegediensten. Die Pflegedienste sollen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen im großen Stil Leistungen abgerechnet haben, die tatsächlich nicht erbracht worden waren – nicht zuletzt auch deswegen, weil die Leistungen medizinisch überhaupt nicht notwendig waren und der vermeintliche Pflegebedarf durch Vorspiegelung falscher Tatsachen bzw. durch Gefälligkeitsgutachten von Ärztinnen und Ärzten erschlichen wurde. Versicherte sollen als Gegenleistung für ihre Teilnahme durch Kick-back-Zahlungen entschädigt worden sein. Insgesamt wurden über 200 Objekte, z. B. Räumlichkeiten von Pflegediensten, Ärztinnen und Ärzten und Versicherten, durchsucht. An der Aktion waren über 600 Kriminalbeamte und 33 Staatsanwältinnen und Staatsanwälte beteiligt. Unterstützt wurden sie vom Hauptzollamt, Dolmetscherinnen und Dolmetschern, zwei externen IT-Firmen und von 40 Pflegegutachterinnen und -gutachern des Medizinischen Dienstes. Der Schaden zulasten der Kranken- und Pflegekassen, der Sozialhilfeträger und nicht zuletzt der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler dürfte weit in den Millionenbereich gehen. Es erfolgte bisher eine Vermögensabschöpfung in Höhe von rund 3,6 Mio. Euro. Weiterhin wurde am Durchsuchungstag Bargeld in Höhe von knapp 8 Mio. Euro in zahlreichen Geldkoffern, Schließfächern, Kopfkissen etc. sichergestellt. Zudem wurden Goldbarren und Luxusuhren im Wert von ca. 220.000 Euro beschlagnahmt. Die Strafverfahren gegen die Täterinnen und Täter sind noch nicht abgeschlossen. Insgesamt bestehen Tatvorwürfe gegen 68 Beschuldigte. Es wurden 13 Haftbefehle aufgrund von Verdunklungs- und Fluchtgefahr erlassen.

Aufgreifkriterien: diverse Hinweise

Täterinnen und Täter, Beteiligte: Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten, Pflegedienste

Vorgehen im Fall: Enge Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden bereits im Vorfeld und begleitend zu den Durchsuchungsmaßnahmen

Fallbeschreibung 2: Aufgrund einer Patientenbeschwerde erfolgte im Februar 2016 eine Anlassprüfung durch den Medizinischen Dienst bei einem ambulanten Intensivpflegedienst. Der Prüfbericht bestätigte den Einsatz nicht ausreichend qualifizierten Personals. Die Angehörigen des betroffenen Patienten stellten Strafanzeige wegen Körperverletzung.

Da der Geschäftsführer des Pflegedienstes in mehreren Bundesländern Einrichtungen betrieb, erfolgte im Folgenden ein intensiver Austausch der Kranken- und Pflegekassen im Rahmen des § 197a Abs. 3 SGB V i. V. m. § 47a Abs. 2 SGB XI. Nach Bekanntwerden der Auffälligkeiten wurden u. a. die vorgelegten Qualifikationsunterlagen überprüft. Im Rahmen dieser Prüfung wurde festgestellt, dass die vorgelegte Berufsurkunde des Geschäftsführers/Pflegedienstleiters eine Fälschung war. Die von ihm erbrachten Leistungen waren mangels ausreichender Qualifikation somit nicht abrechnungsfähig. Da die gefälschte Berufsurkunde auch im Zulassungsverfahren des Pflegedienstes vorlegt wurde, ist die gesamte Zulassung des Pflegedienstes unter falschen Voraussetzungen zustande gekommen, mithin „erschlichen“ worden. Verschiedene AOKs brachten den Sachverhalt zur Anzeige.

Ermittlungen von Polizei und Staatsanwaltschaft haben ergeben, dass der Beschuldigte ab dem Jahr 2015, teilweise unter Einschaltung von „Strohleuten“, zahlreiche personell und wirtschaftlich miteinander verflochtene Pflegedienste gegründet hatte. In der Spitze beschäftigten die Unternehmen im Bereich der häuslichen Pflege bis zu 156 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Nachdem gegen den Pflegedienstbetreiber bereits 2017 ein Haftbefehl erlassen, aber Haftverschonung angeordnet

worden war, gründete er unter Verwendung eines Alias-Namens vier weitere Pflegedienste. Die strafrechtliche Verfolgung erfolgt dort separat. Die Ermittlungen haben weiterhin ergeben, dass das polizeiliche Führungszeugnis gefälscht worden war. Auch wurden Vorstrafen bekannt, die eine Zulassung des Pflegedienstes durch den Pflegedienstbetreiber von vornherein ausgeschlossen hätten. Im Dezember 2019 verurteilte das zuständige Landgericht den Pflegedienstbetreiber wegen Betrugs in 89 Fällen und Urkundenfälschung zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren und acht Monaten. Das Urteil ist rechtskräftig. Der formale Gesamtschaden der Krankenkassen wurde im Urteil mit ca. 1,6 Mio. Euro beziffert. Über das Vermögen der Gesellschaft wurde ein Insolvenzverfahren eröffnet. Die AOK hat die Eintragung der Schadensbeträge zur Insolvenztabelle beantragt. Dieses Verfahren läuft noch.

Aufgreifkriterium: Patientenbeschwerde, Anlaufprüfung des Medizinischen Dienstes

Täterinnen und Täter, Beteiligte: Pflegedienstbetreiber, welcher unter Einschaltung von Strohleuten zahlreiche, personell und wirtschaftlich miteinander verflochtene (Intensiv-)Pflegedienste gegründet hatte.

Vorgehen im Fall: Bundesweite Zusammenarbeit der beteiligten Krankenkassen, Strafanzeige

6.2 Banden- und gewerbsmäßiger Betrug mit gefälschten Arzneimittelverordnungen

Fallbeschreibung 1: Bereits über Jahre hinweg hatten die Kostenträger jeweils als Einzelfall gefälschte Arzneimittelverordnungen bei den Ermittlungsbehörden in Berlin zur Anzeige gebracht. Nachdem die Fälle bei den Ermittlungsbehörden in Berlin gebündelt bearbeitet wurden und ein Muster erkannt werden konnte, erfolgten Telefonüberwachungen der Tatverdächtigen.

Das Großverfahren wurde strafrechtlich 2018 in erster und 2019 in letzter Instanz hinsichtlich der fünf Haupttäterinnen und Haupttäter teilweise abgeschlossen. Diese erhielten hohe Freiheitsstrafen (fünf Jahre und zehn Monate, vier Jahre und vier Monate, drei Jahre und vier Monate, drei Jahre sowie zur Bewährung ausgesetzt ein Jahr und zwei Monate) wegen banden- und gewerbsmäßigen Betrugs in Tateinheit mit banden- und gewerbsmäßiger Urkundenfälschung. Hinzu kamen teilweise die Tatvorwürfe der Verabredung zu einem Raub in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung.

Die Haupttäterinnen und Haupttäter organisierten das Geschäftsmodell. Sie beschafften Originale von Kassenrezepten und bedruckten diese mit hochpreisigen Arzneimitteln. Weiterhin fügten sie echte Versichertendaten ein, die sie pro Datensatz von einem in einer öffentlichen Apotheke angestellten Apotheker kauften. Diese gefälschten Verordnungen lösten sie in unterschiedlichen Apotheken ein. Somit erhielten sie hochwertige Arzneimittel ohne Wareneinsatz, welche sie an eingeweihte Apothekerinnen und Apotheker übergaben. Diese brachten die Arzneimittel mittels ihrer Großhandelslizenz wiederum auf den Markt. Die Erlöse aus diesen Verkäufen wurden geteilt. Auch gutgläubige Apothekerinnen und Apotheker wurden hier „benutzt“, um die gefälschten Verordnungen gegen den Erhalt hochpreisiger Arzneimittel einzulösen.

Nach Auskunft der Ermittlungsbehörden handelte es sich um sehr professionell hergestellte Verordnungen, denen auch eine sachkundige Person nicht ansehen konnte, dass sie nicht echt waren. Aus diesem Grunde waren und sind Rückforderungen bei den Apothekerinnen und Apothekern, denen eine Bösgläubigkeit nicht nachgewiesen werden kann, nicht möglich. Rückforderungen haben direkt gegen die Haupttäterinnen und -täter zu erfolgen, ggf. durch Zugriff auf im Verfahren gesicherte Vermögenswerte. Teilweise konnten Rückforderungen bereits direkt bei den Apothekerinnen und Apothekern realisiert werden, angekündigte und durchgeführte Aufrechnungen wurden zum Teil in „Rückzahlungsvereinbarungen“ überführt. Hierbei erfolgte eine enge und mit unterschiedlicher Beteiligung aller Kostenträger besetzte Zusammenarbeit.

Die Vielfältigkeit der Tatvorwürfe sowie die breite Streuung der involvierten Apothekerinnen und Apotheker, mit unterschiedlichen Graden der Beteiligung, stellen hier eine große Herausforderung dar. Mindestens 14 unterschiedliche Inhaberinnen und Inhaber bzw. Angestellte von Apotheken waren in unterschiedlichen Konstellationen beteiligt. Im Berichtszeitraum war beispielsweise eine mehrseitige Anfrage der zuständigen Staatsanwaltschaft in einem Einzelverfahren zu beantworten. Der einzelne Apotheker hatte z. B. die durch die Haupttäterinnen und -täter erlangte Hehlerware seinerseits als Großhändler an unterschiedlich beteiligte und auch an unbeteiligte Kolleginnen und Kollegen verkauft. Parallel hatte er selbst als Inhaber einer öffentlichen Apotheke auch gefälschte Verordnungen wissentlich gegenüber den Kostenträgern zur Abrechnung gebracht - und hier so vermutlich „Luft“ abgerechnet.

Da auch Eurobeträge von 6.600 Euro je Verordnung keine Seltenheit waren, teilweise Fälle bekannt sind, in denen der „Wert“ der einzelnen abgerechneten Verordnung 21.000 Euro betrug, sind die verursachten Schäden zulasten der Kostenträger enorm. Die bisher im Kontext des Falles nachgewiesenen Schäden belaufen sich auf über 2 Mio. Euro.

Aufgreifkriterium: Die zahlreichen Fälschungen konnten erst in der (fachlich spezialisierten) Gesamtschau EINEM Fall zugeordnet und angemessen ermittelt werden; hochprofessionelle, kaum erkennbare Fälschungen

Täterinnen und Täter, Beteiligte, Netzwerke: Ausnutzung der Großhandels-Erlaubnis einiger (bösgläubiger) Apothekerinnen und Apotheker zum Vertrieb von Hehlerware; bandenmäßiges Vorgehen

Fallbeschreibung 2: Von September 2015 bis Mai 2019 hielt eine Serie von nachgewiesenen Rezeptfälschungen im Arzneimittelbereich durch eine Apotheke an. Die betrügerisch erlangten Arzneimittel wurden anschließend in der eigenen Apotheke auf tatsächliche Verordnungen herausgegeben bzw. über die Großhandelserlaubnis an andere Apotheken weiterverkauft. Die Fälschungen waren selbst für Fachleute erst bei genauer Betrachtung als solche zu erkennen. Ein besonderes Merkmal dieser Fallkonstellation war, dass die Täterinnen und Täter für die Einlösung der gefälschten Rezepte jedes Mal eine andere Apotheke im gesamten Bundesgebiet aufgesucht hatten. Dadurch ergab sich ein erhebliches Problem bei der Zusammenführung der Einzeltaten zu einem Gesamtvorgang aufgrund verschiedener Zuständigkeiten der lokalen Staatsanwaltschaften. Nur durch das Engagement einer ortszuständigen Polizeibehörde konnten die Vorgänge schließlich gebündelt und zusammengeführt werden.

Das Vorgehen wurde hochprofessionell organisiert und ließ auf einen gewerbs- bzw. bandenmäßigen Betrug schließen. Die Täterinnen und Täter bezogen selbst die Blanko-Verordnungsblätter (sog. Muster-16-Formulare in Rosa) aus einer externen Druckerei. Dies erklärt die Qualität der Fälschungen, die in der Optik nur in winzigen Einzelheiten vom Original der Formulardruckerei abwichen. Bei der Einlösung der Rezepte wurden durch die Täterinnen und Täter hochpreisige Standardarzneimittel für völlig unterschiedliche Anwendungsgebiete erlangt, was den Eigenkonsum der Arzneimittel ausschloss. Die Rezeptformulare

wurden mit unterschiedlichen Schriften und nahezu fehlerfrei mit Arztdaten bedruckt, wodurch das Erkennen der Fälschungen erheblich erschwert wurde. Besonders hervorzuheben ist, dass die Verordnungen teilweise - seit Mai 2018 durchgehend - mit echten Daten von Versicherten gefüllt wurden, sodass die Verordnungen bei einer standardisierten (Anspruchs-)Prüfung nicht aufgefallen waren. Nach umfangreichen Recherchen konnte festgestellt werden, dass die Täterinnen und Täter offensichtlich Zugriff auf echte Versichertendaten einer Physiotherapiepraxis in einem anderen Bundesland hatten. Von den Fälschungen sind zahlreiche Krankenkassen bundesweit betroffen. Die AOK erstattete bereits im Juli 2016 Strafanzeige. Die Vermutung, dass es sich nicht nur um eine Einzeltäterin bzw. einen Einzeltäter handeln könnte, wurde durch die Ermittlungen von Polizei und Staatsanwaltschaft bestätigt. Da es sich bei den Täterinnen und Tätern um eine Apothekerin, deren Ehemann sowie eine pharmazeutische Fachangestellte handelte, verfügten sie über umfangreichen, pharmazeutischen Sachverstand. Laut Urteil des zuständigen Amtsgerichts, das lediglich einen kleinen Ausschnitt des Gesamtvorgangs verhandelte, haben sich die Beschuldigten in 45 Fällen des gemeinschaftlichen gewerbsmäßigen Betrugs und der Urkundenfälschung schuldig gemacht. Der Ehemann wurde zu drei Jahren und zehn Monaten und die Apothekerin zu drei Jahren und vier Monaten Haft verurteilt. Die Angestellte erhielt eine Bewährungsstrafe von einem Jahr und acht Monaten. Vor Vorstellung der Schlussanträge erwähnte der Oberstaatsanwalt einen „Brandbrief“ der AOK. Dieser habe bewirkt, dass der Angelegenheit Fortgang gegeben werden konnte. Der Schaden beläuft sich auf 80.000 Euro. Das Einziehungsverfahren wurde abgetrennt. An anderen Gerichten laufen ebenfalls Verfahren gegen das Apotheker-Ehepaar.

Aufgreifkriterium: Hinweis aus dem Fachbereich Rezeptprüfung auf drei Rezepte mit falschen Versichertendaten

Täterinnen und Täter, Beteiligte: Apothekerin, Ehemann der Apothekerin, Angestellte, Inhaberin der Physiotherapiepraxis, Druckereimitarbeiter

Vorgehen im Fall: Enge und vor allem lange Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden, Strafanzeige

6.3 Banden- und gewerbsmäßiger Betrug im Zusammenhang mit dem Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums

Fallbeschreibung: Im Jahr 2015 erreichte die Kostenträger ein Hinweis auf den verbotswidrigen Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Um Rückforderungen zu realisieren, sind die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund des umfangreichen Sachverhalts parallel in Sozialrechts-, Strafrechts- und Verfahren der ärztlichen Selbstverwaltung tätig.

Neben rund 1,5 Mio. Euro an Honorarrückforderungen für ärztliche Leistungen sind auch im aktuellen Berichtszeitraum 2018/2019 Schadensersatzansprüche wegen Vergütungen von Arzneimittelbelieferungen in Höhe von ca. 2,5 Mio. Euro in kassenärztlichen Prüfverfahren anhängig.

Den Hinweis auf die zulassungsrechtlich komplexe Konstruktion der Trägerschaft am MVZ erhielten die Kostenträger direkt vom Mitgesellschafter des Apothekers. Grundlage war eine seit 2012 geltende Gesetzesänderung zu der Zulässigkeit von Gründung und Trägerschaft eines MVZ. Diese werden von einer Inhaber-/Verwaltungsebene geführt und beschäftigen Ärztinnen und Ärzte überwiegend als Angestellte. Apothekerinnen und Apotheker durften seit 2012 nicht (mehr) MVZ betreiben. Hier wollte der Gesetzgeber ausdrücklich eine mögliche Verquickung von rein kaufmännischen Interessen mit ärztlichen Entscheidungen verhindern, die auf medizinischen Notwendigkeiten basieren.

Die Große Strafkammer des zuständigen Landgerichts ging von einer Umgehung dieses sozialrechtlichen Verbots aus: Der Apotheker habe faktisch und nachweisbar 51 % der Gesellschafter-

anteile am MVZ gehalten, während nach außen und gegenüber den Zulassungsbehörden ein Arzt mit kassenärztlicher Zulassung eines Bezirks mehr als 300 km entfernt vom MVZ als Inhaber fungierte. Einziger Grund für diese Konstellation sei die Verdeckung der sozialrechtlich verbotenen Inhaberschaft des MVZ durch einen Apotheker.

Das erstinstanzliche Strafurteil erging im März 2019.⁵⁵ Die Konstruktion über einen Strohmännchen und anschließende Abrechnung über ein im System widerrechtlich bestehendes MVZ stufte das Landgericht als bandenmäßigen Betrug ein. Beteiligt an dieser Bande seien der Apotheker als tatsächlicher Inhaber, sein Mitgesellschafter und der lediglich für die Zulassungsstelle „vorgeschobene“ Strohmännchen. Alle Beteiligten wurden zu Freiheitsstrafen verurteilt. Während zweimal Bewährungsstrafen ergingen, verurteilte das Gericht den beteiligten Apotheker zu einer Freiheitsstrafe von 3 Jahren und 5 Monaten. Dieses Urteil ist mittlerweile zu großen Teilen rechtskräftig.

Während die Revisionsinstanz hinsichtlich der Schuldprüche und der Höhe der Einziehung von Taterträgen an das Landgericht zurückverwies, verwarf sie die Revision im Übrigen als unbegründet. Insbesondere habe das Landgericht die Einreichung der Abrechnungen von ärztlichen Leistungen und Verordnungen unter Verschleierung der Umgehung des in § 95 Abs. 1a SGB V normierten Beteiligungsverbots für Apothekerinnen und Apotheker an einem MVZ rechtsfehlerfrei als Betrug gewertet.⁵⁶

Aufgreifkriterium: Fehlen eines bekannten Präzedenzfalls, auf den hätte verwiesen werden können

Täterinnen und Täter, Beteiligte, Netzwerke: Hinweis durch Insider (Mitgesellschafter) trotz dessen Wissen, sich selbst strafrechtlich zu belasten; Arztzulassung war hier Basis für eine Stellung als Strohmännchen

⁵⁵ LG Hamburg, Urt. v. 11. März 2019 – 618 KLS 2/17 – 3490 Js 94/15.

⁵⁶ BGH, Urt. v. 19. August 2020 – 5 StR 558/19.

6.4 Fehlverhalten eines Leistungserbringers der Wundversorgung und kooperierender Hausärzte

behalte gegenüber dem Leistungserbringer sowie Prüfanträge gegen die kooperierenden Hausarztpraxen; Forderungsanmeldung im Insolvenzverfahren

Fallbeschreibung: Ein Leistungserbringer der Wundversorgung rechnet gegenüber der AOK über Jahre hinweg in erheblichem Umfang die Abgabe rezeptpflichtiger Verbandmittel und Wundversorgungsmaterialien an Wundpatientinnen und -patienten ab. Wie sich durch Aussagen von „Whistleblowern“ aus dem Umfeld des Leistungserbringers erhärtet, handelt es sich weitgehend um Luftleistungen, die in diesem Umfang tatsächlich nie erbracht wurden. Ermöglicht wird dem Leistungserbringer die betrügerische Abrechnung dadurch, dass mindestens drei kooperierende Hausarztpraxen dem Leistungserbringer massenhaft blanko unterschriebene Rezeptverordnungen überlassen, die der Leistungserbringer nach freiem Belieben durch Einsetzen angeblich abgegebener Wundmaterialien vervollständigt und anschließend zur Bezahlung vorlegt. Nach Aufdeckung dieses „Geschäftsmodells“ und Erstattung einer Strafanzeige gegen die verantwortlichen Personen kommt es zunächst zu Zahlungseinbehalten der AOK gegenüber dem Leistungserbringer, der nach wenigen Monaten Insolvenz anmeldet. Die mögliche Schadenssumme für die Abrechnungsjahre 2015-2018 beläuft sich auf insgesamt rund 8 Mio. Euro.

Aufgreifkriterium: Erhörende Aussagen von „Whistleblowern“ aus dem Umfeld des Leistungserbringers nach vorangegangenen Verdachtshinweisen aus einem Abrechnungszentrum

Täterinnen und Täter, Beteiligte, Netzwerke: Firmeninhaber des Leistungserbringers und mitarbeitende Familienangehörige, kooperierende Hausärztinnen und -ärzte

Konkretes Vorgehen im Fall: Nach Hinweis Eingang Auswertung von Abrechnungen des Leistungserbringers, eigene Recherche und Schadensberechnung; Strafanzeige gegen die verantwortlich handelnden Personen, Zahlungsein-

6.5 Abrechnungsbetrug im Krankenhaus

Fallbeschreibung: Von einem Krankenhaus sind Vorgaben zur Kodierung bei Erbringung und Abrechnung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung mit den gesetzlichen Krankenkassen zu erfüllen. Bei dem für diesen Fall relevanten OPS ist die Behandlungsleitung auf der internistischen Intensivstation durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ zu erbringen und zu dokumentieren.⁵⁷ Genau diese Voraussetzung war laut eines Hinweisgebers vom Krankenhaus in der Zeit zwischen 2013 und 2017 nicht erfüllt worden. Dadurch wurden Leistungen im intensivmedizinischen Bereich in nicht berechtigter Höhe mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet. Der hinweisgebende Mediziner gab an, als Einziger auf der dortigen Intensivstation über die benötigte Zusatzqualifikation verfügt, jedoch zu keinem Zeitpunkt die Behandlungsleitung auf der internistischen Intensivstation innegehabt zu haben. Die AOK ging bis zum Eingang dieses Hinweises von der Erfüllung der Mindestvoraussetzungen in diesem Krankenhaus aus, denn seit dem Jahr 2013 wurden in regelmäßigen Abständen Mitteilungen über die Erfüllung der strukturellen Kodiervoraussetzungen für diesen OPS vorgelegt. Dadurch täuschte die Geschäftsführung des Krankenhauses der AOK vor, die Mindestvoraussetzungen für die Abrechnung der DRG-Fallpauschale mit den OPS für intensivmedizinische Komplexbehandlung zu erfüllen. Ende Oktober 2017 erfolgte die Anzeige des Sachverhalts bei der zuständigen Schwerpunkt-Staatsanwaltschaft im Gesundheitswesen. Der für die betroffenen Kassen errechnete und in der Anzeige angegebene normative Schaden

betrug über 9 Mio. Euro. Im Frühjahr 2018 durchsuchten Wirtschafts- und IT-Spezialistinnen und -Spezialisten des Polizeipräsidiums Unterfranken zusammen mit Staatsanwältinnen und Staatsanwälten der Staatsanwaltschaft Hof die Räumlichkeiten des Krankenhauses und stellten umfangreiches Beweismaterial sicher. Im April 2019 führte die AOK – mittlerweile für insgesamt 22 gesetzliche Krankenkassen handelnd – ein Sondierungsgespräch mit Klinikverantwortlichen. Es konnte ein außergerichtlicher Vergleich erzielt werden. Man einigte sich auf eine pauschale Rückzahlung in Höhe von 2,9 Mio. Euro. Damit konnte der bei den betroffenen gesetzlichen Kassen tatsächlich entstandene Differenzschaden komplett reguliert werden. Die Staatsanwaltschaft hat im Januar 2020 Anklage gegen zwei Mitarbeiter des Krankenhauses vor der Wirtschaftskammer des zuständigen Landgerichts erhoben.

Aufgreifkriterien: Information durch vormalig im Krankenhaus beschäftigten Arzt

Täterinnen und Täter, Beteiligte: Krankenhaus

Vorgehen im Fall: Informationen wurden innerhalb der regionalen Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen thematisiert; Strafanzeige, ganzheitliche Fallfederführung durch die AOK; enge Zusammenarbeit der Kassen untereinander und mit den Ermittlungsbehörden

⁵⁷ Exkurs: Krankenhausleistungen werden in Deutschland verbindlich über Fallpauschalen, sog. DRGs (Diagnosis Related Groups), mit den Krankenkassen abgerechnet. In der stationären Versorgung wird der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) im System der DRG dafür benutzt, Behandlungsfälle anhand von Diagnosen und Prozeduren einer bestimmten DRG-Gruppe zuzuordnen. Herausgegeben und weiterentwickelt werden OPS vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Zur Abbildung und Abrechnung von Leistungen an Patientinnen und Patienten, bei denen während der Krankenhausbehandlung der Aufenthalt auf einer Intensivstation notwendig ist, wurde die Intensivmedizinische Komplexbehandlung – OPS 8-980.* entwickelt. Zur weiteren Differenzierung und Etablierung wurde im weiteren Verlauf eine neue Teilmenge des OPS 8-980.* eingeführt, die Aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung – OPS 8-98f.*

6.6 Fehlverhalten eines ermächtigten Arztes wegen fehlender persönlicher Leistungserbringung

Fallbeschreibung: Anlässlich der Überprüfung einer Arzneimittelverordnung fiel auf, dass die Rezepte eines von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigten Arztes nicht von ihm selbst, sondern von anderen Ärztinnen und Ärzten unterschrieben wurden. Eine ermächtigte Ärztin bzw. ein ermächtigter Arzt unterliegt der höchstpersönlichen Leistungserbringung. Demzufolge ergab sich aus der über Jahre hinweg fehlenden persönlichen Unterschrift des ermächtigten Arztes ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlung aufgrund des Verstoßes gegen die persönliche Leistungserbringung. Die Staatsanwaltschaft leitete aufgrund der Verdachtsmitteilung der AOK ein Verfahren ein und gab noch während des laufenden Strafverfahrens ihr Einverständnis zu Maßnahmen der Schadensregulierung. Der entstandene Schaden belief sich auf ca. 80.000 Euro und wurde bereits beglichen.

Aufgreifkriterium: Hinweis aus Fachabteilung
Täterinnen und Täter, Beteiligte: Ermächtigter Arzt

Vorgehen im Fall: Schriftliche Befragung einer Versicherten, Auswertung der abgerechneten Arzneimittelverordnungen, Strafanzeige, Einleitung der Schadensregulierung (Antrag auf Feststellung eines Sonstigen Schadens)

6.7 Fehlverhalten bei Präventionskursen

Fallbeschreibung: Im Beratungszentrum einer AOK fiel den Mitarbeitenden auf, dass gehäuft Versicherte Kurskostenerstattungen eines bestimmten Fitnessstudios zur Erstattung einreichten. Es handelte sich hierbei um Gesundheitskurse gem. § 20 SGB V, welche auf Grundlage des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes von der GKV erstattet bzw. bezuschusst werden können. Im Laufe der Ermittlungen ergaben sich gravierende Auffälligkeiten in Bezug auf die Teilnehmerzahlen bestimmter Kurszeiträume. Beispielsweise wurden für einen Kurszeitraum 44 Kurskostenerstattungsanträge eingereicht, obwohl die maximale Teilnehmerzahl auf 15 begrenzt war. Weiterhin wurden sowohl von den Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern selbst, als auch von einer Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Fitnessstudios Kurskostenerstattungen eingereicht. Bei mindestens vier Versicherten erschien die Teilnahme unwahrscheinlich, da sie über 50 km Fahrweg zum Anbieter hatten oder körperliche Einschränkungen vorwiesen, die die Teilnahme an einem Sportkurs nahezu ausschlossen. Neben dem Verfahren gegen die Inhaber/ Geschäftsführer des Fitnessstudios hat die Staatsanwaltschaft bis dato ca. 50 Ermittlungsverfahren gegen Versicherte eingeleitet. Der entstandene Schaden beläuft sich auf ca. 33.000 Euro und wurde teilweise bereits beglichen.

Aufgreifkriterium: Hinweis aus dem Beratungszentrum

Täterinnen und Täter, Beteiligte: Inhaber/ Verantwortliche im Fitnessstudio, Versicherte

Vorgehen im Fall: Mündliche und schriftliche Befragung der Versicherten, Auswertung der abgerechneten Kurskosten, Strafanzeige, Maßnahmen zum Entzug der Zertifizierung der Gesundheitskurse des Fitnessstudios bei der Zentralen Prüfstelle für Prävention

7. Aktuelle Positionen und Forderungen

Der GKV-Spitzenverband unterstützt seine Mitgliedskassen und ihre Verbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und der Wahrnehmung ihrer Interessen bei der Bekämpfung und Prävention von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Der GKV-Spitzenverband hat von Anfang an, erstmals im Rahmen einer Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 12. November 2008, konkrete Vorschläge zur Optimierung der Voraussetzungen und zur Verbesserung der Transparenz bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen unterbreitet und im unmittelbaren Nachgang auch der Bundesregierung übermittelt.

Die daraus abgeleiteten Forderungen und Positionen hat der GKV-Spitzenverband in seinen Berichten über Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen seit dem Berichtszeitraum 2008/2009 kontinuierlich weiterentwickelt und mit dem vorliegenden Bericht erneut aktualisiert und erweitert.

7.1 Schutz der Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen („Whistleblower“)

Ziel der Richtlinie (EU) 2019/1937 ist es, einen EU-weiten Mindeststandard für den Schutz von Personen zu etablieren, die Verstöße gegen das Unionsrecht im beruflichen Kontext melden oder offenlegen. Die Hinweisgeber-Richtlinie ist am 16. Dezember 2019 in Kraft getreten. Sie ist nach Art. 26 Abs. 1 der Richtlinie bis zum 17. Dezember 2021 in innerstaatliches Recht umzusetzen.

Der vorliegende Bericht des GKV-Spitzenverbandes belegt, dass die Anzahl der eingegangenen externen Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen die Anzahl der internen Hinweise sehr deutlich übersteigt. Mehr als 80 % aller eingegangenen Hinweise wurden von externen Hinweisgebenden übermittelt. Externe Hinweisgebende sind für die wirksame Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen folglich unverzichtbar. Viele Fälle von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen konnten nur durch Insider-Informationen besonders couragierter Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber aufgedeckt und verfolgt werden.

Zwar soll sich nach der bereits bestehenden gesetzlichen Regelung der §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI „jede Person“ mit einem Hinweis auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen an die externen Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen wenden können. Da dieser Bereich bislang jedoch nicht in den sachlichen Anwendungsbereich der Hinweisgeber-Richtlinie nach Art. 2 Abs. 1a) fällt, fehlt für die Meldung von entsprechenden Verstößen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland praktisch auch für die Zukunft jeglicher gesetzlicher Hinweisgeberschutz. Kriminologische

Forschungsergebnisse belegen, dass Hinweisgebenden deshalb häufig erhebliche Nachteile entstehen, die sogar existenzbedrohend sein können.⁵⁸

7.1.1 Ausdehnung des Anwendungsbereichs auf Verstöße gegen nationales Recht

Der GKV-Spitzenverband unterstützt deshalb den Beschluss der 90. Justizministerkonferenz vom 7. November 2019, TOP II. 12., bei der nationalen Umsetzung der Richtlinie den Schutz von Hinweisgebenden nicht auf die Meldung von Verstößen gegen EU-Recht zu beschränken, sondern insbesondere unter Wahrung berechtigter Schutzbelange der Betroffenen auch auf die Meldung von Verstößen gegen nationales Recht auszuweiten.

Nicht jeder deutschen Rechtsnorm steht die europäische Herkunft unmittelbar auf die Stirn geschrieben. Hinzu kommt, dass der deutsche Gesetzgeber bei der Umsetzung europarechtlicher Vorgaben immer wieder verwandte Lebenssachverhalte national mitgeregelt hat. Es würde selbst für die gewissenhaft agierenden Hinweisgebenden ein beträchtliches Risiko darstellen, wenn vor einer Meldung eines Rechtsverstößes stets zu klären wäre, ob der in Rede stehende Verstoß europäische oder nationale Rechtsbereiche verletzt. Diese im Einzelfall wohl selbst für Expertinnen und Experten schwierige Zuordnung können potenzielle Hinweisgebende ohne juristische Kenntnisse an ihrem Arbeitsplatz jedenfalls nicht sicher treffen. Die Ausweitung des Anwendungsbereichs auf Verstöße gegen nationales Recht ist daher dringend erforderlich, um alle Hinweisgebenden gleichermaßen schützen zu können.

Darüber hinaus hält der Erwägungsgrund 5 der Hinweisgeber-Richtlinie die Ausweitung des sachlichen Anwendungsbereichs noch aus einem

weiteren Grund für erforderlich, nämlich „um auf nationaler Ebene für einen umfassenden und kohärenten Rahmen für den Hinweisgeberschutz zu sorgen“.

Dabei sollte aber nicht die Meldung sämtlicher Verstöße gegen nationales Recht einbezogen werden. Denn dann würde man außer Acht lassen, dass die Förderung des Whistleblowing Kosten verursacht, die mit den Kosten des jeweiligen Rechtsverstößes abzugleichen sind. Der deutsche Umsetzungsgesetzgeber sollte daher eine bewusste Auswahl der vom Hinweisgeberregime erfassten Rechtsverstöße treffen und stets berücksichtigen, dass Hinweisgebende im Regelfall juristische Laien sind.⁵⁹

7.1.2 Einheitliches Hinweisgeberschutzgesetz

Der deutsche Umsetzungsgesetzgeber wird darüber hinaus eine Entscheidung zu treffen haben, ob die Neuerungen des Hinweisgeberschutzes im Rahmen eines Artikelgesetzes auf die einschlägigen Rechtsgebiete verteilt oder in einem neu zu schaffenden eigenständigen „Hinweisgeberschutzgesetz“ zusammengezogen werden sollten.

In der Bundesrepublik existieren bislang nur wenige bundesgesetzliche Regelungen zur externen Meldung von Rechtsverstößen gegen nationales Recht.⁶⁰ Vereinzelt sind auch landesgesetzliche Regelungen in Kraft getreten, namentlich etwa § 15 Krankenhausgesetz Niedersachsen.

Für einen kohärenten Hinweisgeberschutz dürfte es schon aus Gründen des besseren Zugangs für potenzielle Hinweisgebende und (sonstige) Rechtsanwenderinnen und -anwender sinnvoll sein, die maßgeblichen Bestimmungen verständlich und übersichtlich im Rahmen eines „Hin-

58 Vgl. die empirischen Forschungsergebnisse von Kölbel/Herold, in: Ludwig-Maximilians-Universität München, Sonderforschungsbereich 1369 Vigilanzkulturen, Working Paper 01/2020, Zur anstehenden Regulierung von Whistleblowing in Deutschland, S. 4-12.

59 Vgl. in diesem Sinne bereits Schmolke, Die neue Whistleblower-Richtlinie ist da! Und nun?, NZG 2020, 5-12.

60 Vgl. im Einzelnen bereits BT-Drs. 19/14980.

weisgeberschutzgesetzes“ zu regeln und dadurch Rechtssicherheit zu schaffen. Damit wird auch der Gefahr vorgebeugt, dass im Lichte der Richtlinienvorgaben einheitlich auszulegende Rechtsvorschriften in ihren jeweiligen Regelungszusammenhängen unterschiedlich interpretiert werden. Ein einheitliches „Hinweisgeberschutzgesetz“ hätte zugleich eine Ordnungs- und Koordinierungsfunktion. Sonderfragen für einzelne Rechtsgebiete könnten dann in den jeweiligen Spezialgesetzen geregelt werden.⁶¹

7.1.3 Entgegennahme anonymer Hinweise

Art. 6 Abs. 2 der Richtlinie stellt es den Mitgliedstaaten anheim, ob sie die externen Meldestellen verpflichten, anonyme Hinweise entgegenzunehmen und weiterzuverfolgen. Diese Regelung will offenbar einer verbreiteten Skepsis gegenüber anonymen Meldungen Rechnung tragen, die in Zweifeln an der Glaubwürdigkeit solcher Meldungen gründet. Die Meldebereitschaft potenzieller Hinweisgebender hängt nach den Erfahrungen des GKV-Spitzenverbandes aber ganz wesentlich von der Möglichkeit ab, anonym bleiben zu können.

Ein attraktives und praktisch wirksames Hinweisgebersystem kann deshalb kaum darauf verzichten, auch für anonyme Meldungen offenzustehen. Es ist nicht auszuschließen, dass eine Verpflichtung, wonach Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen personenbezogene Angaben zur hinweisgebenden Person enthalten müssen, zu einem erheblichen Rückgang der Hinweise führen würde.⁶²

Vor diesem Hintergrund sollte der deutsche Umsetzungsgesetzgeber die Pflicht externer Meldestellen zur Entgegennahme und Weiterverfolgung von Hinweisen auch weiterhin auf anonyme Meldungen erstrecken.

7.1.4 Gesetzliche Regelungen zur Wahrung der Vertraulichkeit

Darüber hinaus sind klare gesetzliche Regelungen zur Wahrung der Vertraulichkeit von Meldungen sowie der Identität der hinweisgebenden Person erforderlich, wenn diese der Empfängerin bzw. dem Empfänger der Meldung bekannt ist. Es sollte eine vorhersehbare Vertraulichkeitsgarantie eingeführt werden, nach der die Weitergabe der Identität der hinweisgebenden Person gegen deren Willen ausdrücklich nur im Ausnahmefall in Betracht kommt.⁶³

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen können Hinweisgebenden auf Anfrage bislang keine vollständige Vertraulichkeit versprechen, weil sie eine solche Zusage verfahrensrechtlich gar nicht einhalten können. Sie sind dann häufig gezwungen, die hinweisgebende Person ziehen zu lassen, wenn diese unter solchen Umständen lieber keine Meldung machen möchte. Zwar ist es möglich, einen Hinweis auch anonym zu übermitteln, etwa per Brief ohne Absender. Bei einem anonymen Hinweis ist aber damit zu rechnen, dass diesem später von den Strafverfolgungsbehörden weniger Glauben geschenkt wird. Außerdem gehört es in der Regel zur ersten polizeilichen Aufklärungspflicht, die Identität der Hinweisgeberin oder des Hinweisgebers trotzdem ermitteln zu müssen. Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sollten deshalb ein Zeugnisverweigerungsrecht erhalten, damit sie die Identität von Hinweisgebenden zukünftig auf deren Wunsch effektiv schützen können.⁶⁴

61 Vgl. in diesem Sinne bereits Schmolke, NZG 2020, 5-12; ferner Colneric/Gerdemann, Die Umsetzung der Whistleblower Richtlinie in deutsches Recht, 2020, S. 182.

62 Vgl. dazu bereits BT-Drs. 17/13588, Seite 6.

63 Vgl. auch Colneric/Gerdemann, Die Umsetzung der Whistleblower Richtlinie in deutsches Recht, 2020, S. 181.

64 Vgl. in diesem Sinne bereits Forst, Whistleblowing im Gesundheitswesen, SGB 08.14, 413, 418.

7.2 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse personenbezogener Daten zum Aufbau einer Betrugspräventionsdatenbank

7.2.1 Änderungsbedarf

Der Gesetzgeber muss endlich die datenschutzrechtliche Rechtsgrundlage zum Aufbau einer Betrugspräventionsdatenbank für das Gesundheitswesen schaffen. Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes ist dafür z. B. in § 197a Abs. 3b SGB V gesetzlich klarzustellen, dass der Austausch von personenbezogenen Daten zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zukünftig auch unter Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten betrieben werden.

7.2.2 Begründung

Mit dem Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist u. a. die Neureglung des § 197a Abs. 3b SGB V in Kraft getreten. Danach dürfen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zukünftig personenbezogene Daten an zahlreiche enumerativ aufgeführte Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist.

Durch die ausdrückliche Benennung der „Verhinderung“ von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wurde unmissverständlich klargestellt, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die (reaktive) Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein kann, sondern gerade auch auf eine (präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten abzielen soll.⁶⁵ Somit ist denkbar,

dass mit Blick auf ein schwerwiegendes Fehlverhalten z. B. die Zulassung von Leistungserbringern verweigert werden kann. Dies betrifft typischerweise Tatsachen, die für Entscheidungen über die Erteilung bzw. die Rücknahme oder den Widerruf einer Erlaubnis von Belang sind, z. B. die Unzuverlässigkeit zur Berufsausübung.⁶⁶

Der Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen kommt zukünftig vor allem im Bereich der außerklinischen Intensivpflege eine herausgehobene Bedeutung zu. So wurde mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) in einem neuen § 132l Abs. 5 SGB V klar geregelt, dass Verträge über die Erbringung außerklinischer Intensivpflege nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden dürfen, die insoweit die notwendige Zuverlässigkeit für einen Vertragsabschluss aufweisen. Der Begriff der „Zuverlässigkeit“ wird bereits in anderen Vorschriften der Sozialgesetzbücher im Zusammenhang mit geeigneten Vertragspartnern verwendet. In der Gesetzesbegründung zu § 37c Abs. 2 SGB V wurde unmissverständlich dargestellt, dass der Medizinische Dienst bei Zweifeln an der Zuverlässigkeit eines Leistungserbringers die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen informieren soll.⁶⁷

Aktuelle Erkenntnisse des BKA über bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug in der außerklinischen Intensivpflege durch sog. russischsprachige Pflegedienste belegen dabei u. a. folgenden Modus Operandi:

- Regelmäßige Eröffnung und Schließung von Pflegediensten unter anderem Namen mit demselben Personal- und Patientenstamm
- Bundesweite Vernetzung der Pflegedienste über Betreibende und Mitarbeitende (Mitarbeiter- und Patiententausch verschiedener Pflegedienste); Angestellte in einem Pflege-

⁶⁵ Vgl. BT-Drs. 19/6337, S. 103.

⁶⁶ Vgl. BT-Drs. 19/8351, S. 220f.

⁶⁷ Vgl. BT-Drs. 19/20720, S. 58.

dienst sind z. B. Geschäftsführer in einem anderen Pflegedienst, an einem anderen Ort

- Nutzung von gefälschten Fortbildungszertifikaten zur Verschleierung des Einsatzes von nichtqualifiziertem Personal

Für diese und weitere Sachverhalte muss zukünftig effektiv Vorsorge getroffen werden. Vor allem auch dann, wenn sich bereits auffällig gewordene Anbieter einer gegebenenfalls drohenden Kündigung ihres Versorgungsvertrages entziehen, um stattdessen eine neue Zulassung – unter eigenem Namen oder durch einen „Strohmann“ – zu erlangen.⁶⁸

Gerade zur effektiven Verhinderung derart organisierten Fehlverhaltens im Gesundheitswesen ist auch nach der Bewertung des BKA der Aufbau einer Betrugspräventionsdatenbank für das Gesundheitswesen erforderlich. Der Gesetzgeber muss endlich die dafür erforderlichen datenschutzrechtlichen Rechtsgrundlagen schaffen. Dazu muss gesetzlich klargestellt werden, dass der Austausch von personenbezogenen Daten zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auch unter Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten betrieben werden.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hatte bereits für eine vergleichbare Sachverhaltskonstellation (hier: den „Fraud Prevention Pool“ der Kreditwirtschaft) eine entsprechende gesetzgeberische Klarstellung angeregt, die inzwischen gem. § 47 Abs. 5 GwG auch in datenschutzrechtlicher Hinsicht die hinreichende Rechtsgrundlage für den bankenübergreifenden Informationsaustausch darstellt.⁶⁹ Die hier eingeforderte gesetzliche Klarstellung sollte deshalb in analoger Weise auch auf das Gesundheitswesen übertragen werden.

7.2.3 Änderungsvorschlag 1

Dem § 197a Abs. 3b SGB V wird nachfolgend ein Satz 5 angefügt:

„Die nach Satz 1 und 3 übermittelten Daten dürfen unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.“

7.2.4 Änderungsvorschlag 2

Dem § 47a Abs. 3 SGB XI wird nachfolgend ein Satz 5 angefügt:

„Die nach Satz 1 und 3 übermittelten Daten dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.“

68 Vgl. in diesem Sinne bereits BT-Drs. 18/9518, S. 72 f.

69 Vgl. insoweit zusammenfassend BT-Drs. 18/12405, S. 169 f.

7.3 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an Gesundheitsbehörden

7.3.1 Änderungsbedarf

Es werden klarstellende Regelungen zur Zusammenarbeit mit anderen Sozialversicherungsträgern und Behörden bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hinsichtlich erforderlicher Datenübermittlungen vorgeschlagen.

7.3.2 Begründung

Mit der jüngsten Einfügung der §§ 197a Abs. 3 b SGB V, 47a Abs. 3 SGB XI sollten datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gesondert klargestellt werden. Dadurch wurde Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung der gesetzlichen Krankenkassen Rechnung getragen.⁷⁰

In der Praxis der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind mit fortschreitender organisationsübergreifender Zusammenarbeit aber neue Rechtsunsicherheiten zutage getreten, denen durch eine weitergehende gesetzliche Klarstellung abgeholfen werden muss. Die Unsicherheiten betreffen typische Informationsflüsse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu anderen Behörden bzw. Trägern der Sozialversicherung:

Es wird z. B. in § 197a Abs. 3 b Satz 1 Nr. 5 SGB V keine umfassende Bezugnahme auf „Behörden“

vorgenommen. Einbezogen werden bislang lediglich alle Approbations- bzw. Zulassungsbehörden der Länder, die Entscheidungen über die Erlaubnis zur Ausübung eines Heilberufs treffen oder berufsrechtliche Verfahren durchführen.⁷¹ Andere Behörden werden somit nicht erfasst. In einzelnen Bundesländern, z. B. im Freistaat Bayern, müssen Informationen zur Qualifikation von Pflegen dienstmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, aber z. B. auch an die Gesundheitsämter übermittelt werden. Deshalb seien in Bezug auf beispielsweise Gesundheitsämter und Heimaufsichten sowie weitere - nach Landesrecht - zuständige Ordnungsbehörden, Klarstellungen erforderlich.⁷² Die Notwendigkeit einer Klarstellung wird im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Fehlverhalten darüber hinaus in der außerklinischen Intensivpflege besonders offenkundig, da mit der Neuregelung des § 132l Abs. 7 SGB V ein Informationsaustausch zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung nach § 23 Abs. 6 und 6a des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern eingeführt wird.⁷³

Bislang besteht nach § 47a Abs. 2 SGB V nur eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Demgegenüber gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung bei der Aufdeckung von Betrugsfällen im Zusammenhang mit Erwerbsminderungsrentenanträgen problematisch. Während die Deutsche Rentenversicherung die Auffassung vertritt, dass ein Datenaustausch gem. §§ 76 Abs. 2 Nr. 1 i. V. m. 69 SGB X möglich sei, bestehen bei den Krankenkassen, die in vielen Bundesländern kassenartenübergreifend in Arbeitsgemeinschaften zusammenarbeiten, nach wie vor Unsicherheiten. Deshalb muss auch für diese überaus praxisrelevanten Sachverhalte die

70 Vgl. BT-Drs. 19/6337, S. 103, 134 und 152.

71 Vgl. BT-Drs. 19/8351, S. 210.

72 Vgl. in diesem Sinne bereits Grinblat/Schirmer, Befugnis zur Übermittlung personenbezogener Daten durch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, SGB 03.20, 133, 135.

73 Vgl. BT-Drs. 19/20720, S. 22.

gesetzliche Übermittlungsbefugnis explizit klar gestellt werden.

Nach Ansicht der Bundesagentur für Arbeit dürfen die Jobcenter bei den Krankenkassen Auskünfte zu Beitragszahlungen für einzelne Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einholen. Rechtsgrundlage ist § 69 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB X i. V. m. § 67a Abs. 2 Nr. 2b, Doppelbuchstabe aa SGB X. Die Bundesagentur für Arbeit, die zugelassenen kommunalen Träger, gemeinsamen Einrichtungen und die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch und illegaler Beschäftigung zuständigen Stellen sollen sich außerdem gem. § 50 Abs. 1 SGB II gegenseitig Sozialdaten übermitteln, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem SGB II oder SGB III erforderlich ist. Die wichtigste Erkenntnisquelle für die Feststellung von Leistungsmissbrauch bildet der automatisierte Datenabgleich nach § 52 SGB II. In diesen Datenabgleich sind die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bislang nicht einbezogen. Auch in Bezug auf die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II bzw. die Bundesagentur als Träger der Arbeitsförderung nach dem SGB III sollte deshalb eine Klarstellung gesetzlicher Übermittlungsbefugnisse erfolgen.

Schließlich erweist sich die derzeitige Regelung des § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V als praxisfern. Es greift zu kurz, wenn nur der Medizinische Dienst personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen übermitteln darf, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist. Die Datenübermittlungsbefugnis muss konsequent auf sämtliche der in § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V genannten Stellen erweitert werden.

7.3.3 Änderungsvorschlag

I. Der § 197a Abs. 3b Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,

7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind,

8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.

II. Der § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

Die Stellen nach Abs. 3b Satz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist.

7.4 Bekämpfung von Fehlverhalten in der häuslichen Krankenpflege

7.4.1 Änderungsbedarf

Nach der geltenden Fassung des § 302 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege insbesondere die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen sowie der Tag und die Zeit der Leistungserbringung, die Arztnummer der verordnenden Ärztin bzw. des verordnenden Arztes und bestimmte Angaben der Verordnung anzugeben. Die Regelung bedarf zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsauslegung der Konkretisierung, dass die Anfangs- und Endzeiten der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben sind.

7.4.2 Begründung

Im Rahmen der Abrechnung der Leistungen reicht lediglich die Angabe des Tages sowie die Dauer der Leistungserbringung ohne die konkrete Zeit, in der die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbracht wurden, nicht als zahlungsbegründende Unterlage aus, die eine Plausibilisierung abgerechneter Leistungen ermöglichen muss. Die Regelung bedarf zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit der Konkretisierung, dass die tatsächlichen Anfangs- und Endzeiten in Echtzeit der Leistungserbringung anzugeben sind. Anderenfalls wird es weiterhin unterschiedliche Rechtsinterpretationen geben bis hin zu der Fehlinterpretation, dass die Zeit der Leistungserbringung mit der Dauer der Leistungserbringung oder der Tageszeit (morgens, mittags, abends) gleichgesetzt wird.

Die Anfangs- und Endzeit in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz ist insbesondere vor dem

Hintergrund der Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch von hoher Relevanz. Grundsätzlich werden Leistungen der häuslichen Krankenpflege (insbesondere Leistungen der medizinischen Behandlungspflege) nur durch Pflegefachkräfte erbracht. Der Einsatz von Hilfskräften ist nur bei den sog. einfachsten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder im Rahmen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung - abhängig von den vertraglichen Regelungen - möglich. Daneben gibt es bestimmte Leistungen der Behandlungspflege, für die weitere Qualifikationen, die auf der dreijährigen Grundausbildung zur Kranken-/ Kinderkranken- oder Altenpflegerin bzw. -pfleger aufbauen, notwendig sind. Dazu gehören beispielsweise in der außerklinischen Intensivpflege⁷⁴ folgende Weiterbildungen/Qualifizierungsmaßnahmen:

- Atmungstherapeut/-in (Weiterbildung)
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Anästhesie und Intensivpflege (Weiterbildung)
- Pflegefachkraft/Pflegeexpertin/-experte für außerklinische Beatmung (sonstige Qualifizierungsmaßnahme)

Auch im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege⁷⁵ oder zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden⁷⁶ sind im Rahmen der Leistungserbringung weitere Zusatzqualifikationen der ausführenden Pflegefachkräfte erforderlich, um eine fachgerechte Versorgung sicherzustellen.

Die vertragsgemäße Erbringung und die Abrechnung qualifizierter Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege sind daher nur möglich, wenn entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte die Versorgung übernehmen. Werden stattdessen lediglich Hilfskräfte eingesetzt, die nicht über die vertraglich vereinbarte Qualifikation verfügen,

74 Vgl. Nr. 24 und 8 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie.

75 Vgl. Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie.

76 Vgl. die neue Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie.

dürfen diese nach dem Sozialrecht nicht abgerechnet werden. Insoweit handelt es sich um eine der beiden typischen Fallgruppen des Abrechnungsbetrugs in der ambulanten Pflege.⁷⁷ Auf dieser Fallgruppe liegt derzeit der Schwerpunkt der Ermittlungspraxis der Strafverfolgungsbehörden.

Demgegenüber lässt sich die zweite anerkannte Fallgruppe des Abrechnungsbetrugs in der ambulanten Pflege, die Abrechnung tatsächlich nicht erbrachter Leistungen, selbst durch hochspezialisierte Staatsanwältinnen und Staatsanwälte in Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Vermögensstraftaten im Gesundheitswesen derzeit nur sehr schwer nachweisen.⁷⁸ Deshalb ist der Gesetzgeber gefordert, die bestehenden praktischen Probleme zugunsten der Möglichkeit einer effektiveren Beweisführung zeitnah aufzulösen.

Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes ermöglicht es, durch die Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Krankenkassen festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes plausibel erbracht werden können. Fehlerhafte Abrechnungen können schneller und vor allem ressourcenschonender identifiziert werden.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von einer Pflegefachkraft erbracht wurden. Nur wenn auch Beginn und Ende der Leistungserbringung fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug mittels Erstellung von Tagesprofilen letztlich auch gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar. Ansonsten kann dem Leistungsmissbrauch nicht effektiv nach-

gegangen und er entsprechend nicht verfolgt werden.

7.4.3 Änderungsvorschlag

§ 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sind zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben.“

⁷⁷ Vgl. BGH, Beschluss vom 16. Juni 2014 - 4 StR 21/14.

⁷⁸ Vgl. Rettke, Probleme des Abrechnungsbetrugs in der Pflege, medstra 2019, 262, 263.

7.5 Bekämpfung von Fehlverhalten in der Pflegeversicherung

7.5.1 Änderungsbedarf

Für die Abrechnung von pflegerischen Leistungen nach § 105 SGB XI ist gesetzlich zu regeln, dass in den Abrechnungsunterlagen für den Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben sind, unabhängig davon, ob eine Zeitvergütung vorliegt oder nicht.

7.5.2 Begründung

Eine solche Neuregelung hat bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) gefordert⁷⁹ und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III) bekräftigt.⁸⁰ Dabei sollte zur Vermeidung von Missverständnissen in der Begründung darauf hingewiesen werden, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen der häuslichen Pflege innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Endzeiten des Pflegeeinsatzes und nicht jeder einzelnen Leistung anzugeben sind.

Die „Einvernehmliche Festlegung über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenaustausches gem. § 105 Absatz 2 SGB XI“ regelt bereits, dass bei der Abrechnung von Zeitvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben ist. Zur Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen ist mit den Leistungserbringern die Angabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung

vereinbart. Technisch ist zwar im Datenaustauschverfahren hinterlegt, dass auch bei der Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene getroffen worden sind. Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringernorganisationen, im Rahmen der Abrechnung die Angabe einsatzbezogener Anfangs- und Beendigungszeiten zu vereinbaren, ist eine gesetzliche Klarstellung unumgänglich, damit Falschabrechnungen kassenseitig identifiziert werden können.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht wurden. Nur wenn Beginn und Ende der Leistungserbringung in Echtzeit fixiert werden, kann Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

7.5.3 Änderungsvorschlag

§ 105 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung, im Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen einschließlich des Beginns und des Endes der Leistungserbringung in Echtzeit, [...]“

79 Vgl. BT-Drs. 18/6182, S. 9.

80 Vgl. BT-Drs. 18/9959, S. 16.

7.6 (Schwerpunkt-) Staatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen

Die 89. Gesundheitsministerkonferenz hat am 30. Juni 2016 einstimmig beschlossen, die Justizministerkonferenz um Prüfung zu bitten, inwieweit eine verstärkte Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften einen Beitrag zur effektiven Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege leisten kann. Spezifischer Hintergrund dieser Beschlussfassung war die öffentliche Diskussion um das bundesweite Phänomen des organisierten Abrechnungsbetrugs durch russischsprachige Pflegedienste. Die in diesem Bericht zusammengeführten neuen Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht belegen, dass das zugrunde liegende Problem nicht nur unverändert aktuell ist, sondern im Hinblick auf die Anzahl der Hinweise, Fälle und Schäden weiter angestiegen ist, vgl. Punkt 5.4.

Die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften, die gem. § 143 Abs. 4 GVG zulässig ist, obliegt allein den nach dem Grundgesetz für die Justiz zuständigen Ländern. Zuständig für staatsanwaltschaftliche Konzentrationszuweisungen innerhalb des Bezirks eines Oberlandesgerichts ist die Generalstaatsanwältin oder der Generalstaatsanwalt, im Übrigen die jeweilige Landesjustizverwaltung.

Gerade der Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen stellt sich zunehmend als eine besondere Form der organisierten Wirtschaftskriminalität dar, die typischerweise mit weiteren Delikten wie Korruption, aber auch Steuerhinterziehung oder Geldwäsche einhergehen kann. Bundesweit stehen für solche Ermittlungen ab einem entsprechenden Umfang zunächst die bereits etablierten Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Wirtschaftsdelikte bzw. Korruptionsdelikte zur Verfügung.

Die generelle Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften für das Gesundheitswesen wurde von den Justizministerinnen und -ministern seinerzeit als nicht zielführend bewertet. Ob und inwieweit eine entsprechende Zuständigkeitskonzentration förderlich sein könne, hänge stets von den individuellen Gegebenheiten und Strukturen in dem jeweiligen Bundesland ab.

Im Bundesland Thüringen war mit der Staatsanwaltschaft Meiningen bereits am 5. Juni 2007 erstmals eine Schwerpunktstaatsanwaltschaft für die landesweite Bekämpfung von Vermögensstraf-taten im Gesundheitswesen bestimmt worden. Der Bayerische Staatsminister der Justiz hatte dann am 1. Oktober 2014 die Einrichtung von drei entsprechenden Schwerpunktstaatsanwaltschaften für den Bezirk eines jeden Oberlandesgerichts - München I, Nürnberg-Fürth und Hof - verfügt.

Im abgeschlossenen Berichtszeitraum sind zwei neue Schwerpunktstaatsanwaltschaften hinzugekommen: Mit einer Rundverfügung hat der Generalstaatsanwalt des Landes Schleswig-Holstein die Staatsanwaltschaft Lübeck zum 1. Mai 2018 zur Schwerpunktstaatsanwaltschaft für Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein bestimmt. Mit einer Dienstanweisung vom 2. Dezember 2019 hat die Generalstaatsanwältin des Landes Mecklenburg-Vorpommern bei der Staatsanwaltschaft Rostock eine Schwerpunktstaatsanwaltschaft zur Bekämpfung von Straftaten im Gesundheitswesen im Land Mecklenburg-Vorpommern eingerichtet.

Neben der Möglichkeit der Bildung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften machen die Länder aber auch von anderen Möglichkeiten der Spezialisierung Gebrauch: In mehreren Bundesländern wurden entsprechende Sonderdezernate innerhalb der landesweit einzigen Staatsanwaltschaft gebildet, namentlich in Berlin, Bremen und Hamburg. Bereits zum 1. Oktober 2009 war bei der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main außerdem die „Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraf-taten und Korruption im Gesund-

heitswesen“ für das gesamte Bundesland Hessen errichtet worden, die im Jahr 2019 in „Zentralstelle für Medizinwirtschaftsstrafrecht“ umbenannt wurde. Im Zusammenhang mit einem laufenden Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts der langjährigen und systematischen Korruption wird die Zentralstelle für Medizinwirtschaftsstrafrecht zwar abgewickelt. Eine Arbeitsgruppe aus Fachleuten soll aber einen Vorschlag erarbeiten, wie die komplexen medizinstrafrechtlichen Verfahren in Hessen zukünftig geführt werden.⁸¹

Zum Schutz des Gesundheitssystems geht der Freistaat Bayern zukünftig jedenfalls noch gezielter gegen Betrug und Korruption im Gesundheits- und Pflegebereich vor. Der Bayerische Staatsminister der Justiz hat dazu bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg eine neue „Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen in Bayern“ (ZKG) eingerichtet.⁸² Aufgabe der ZKG ist die bayernweit einheitliche, spezialisierte und deshalb besonders effektive Verfolgung von Korruptions- und Vermögensstraftaten durch Angehörige der Heilberufe, wie z.B. Ärzte, Apotheker oder Pflegekräfte. Diese neue zentrale Ermittlungseinheit bündelt die Kompetenzen, die bisher auf drei Schwerpunktstaatsanwaltschaften in Bayern verteilt waren. Damit werden die Ermittlungsstrukturen weiter optimiert. Die ZKG wird künftig alle Ermittlungsverfahren wegen Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen führen, darunter auch besonders komplexe Verfahren, sog. Struktur- und Sammelverfahren.

Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens sind eine absolute Spezialmaterie. Das zugrunde liegende Sozialversicherungsrecht ist äußerst komplex, da nicht nur die gesetzlichen,

sondern auch die vertraglichen Vorgaben zu den Leistungs- und Abrechnungsbeziehungen im Gesundheitswesen zu beachten sind. Das Gesundheitswesen ist in seiner Entwicklung außerdem extrem dynamisch, da sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen vergleichsweise häufig ändern. Darauf müssen die Strafverfolgungsbehörden aber auch reagieren können. Eine effektive Strafverfolgung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen wird erwartungsgemäß dort erfolgen, wo sich nicht nur Richterinnen und Richter⁸³, sondern auch Staatsanwältinnen und Staatsanwälte längerfristig und durchgängig mit dieser Spezialmaterie befassen und durch Bündelung von Fachkompetenzen eine entsprechende Expertise aufbauen können. Durch eine stärkere Konzentration sachlicher Zuständigkeiten können außerdem justizielle Ressourcen freigelegt werden.⁸⁴

Inwieweit die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften oder Zentralstellen auch in weiteren Bundesländern einen Beitrag zur Effektivierung der Strafverfolgung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen leisten kann, sollte deshalb unvoreingenommen im Rahmen einer Evaluation einschlägiger Ermittlungsverfahren empirisch belastbar untersucht werden. Nach einer ausdrücklichen Anregung des Vorsitzenden der 87. Justizministerkonferenz könnte dies z. B. auch im Rahmen des gesetzlich verpflichtenden Erfahrungsaustauschs der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen mit Vertreterinnen und Vertretern der Staatsanwaltschaft gem. § 197a Abs. 3 SGB V über den GKV-Spitzenverband erfolgen. So hat z. B. eine Vertreterin der Generalstaatsanwaltschaft Dresden bereits über ein dort durchgeführtes Modellprojekt informiert.

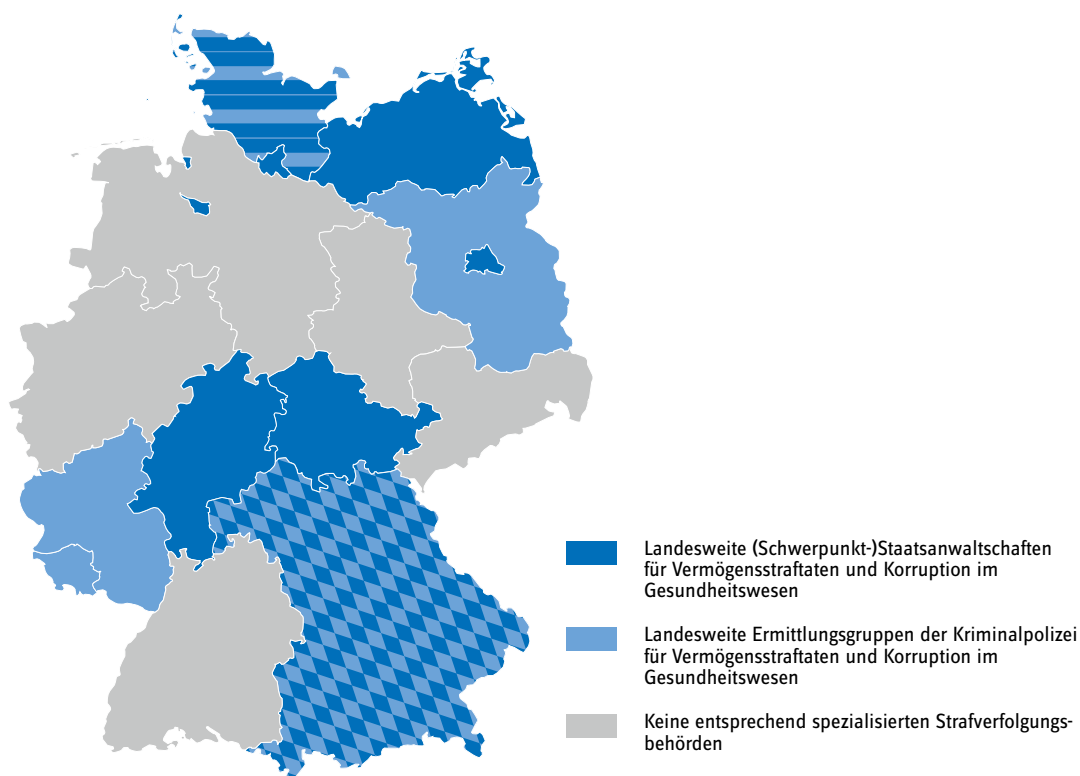
81 Vgl. die Pressemitteilung des Hessischen Ministeriums der Justiz vom 6. August 2020 und den dringlichen Entschließungsantrag des Hessischen Landtages, Drs. 20/3673 vom 17. September 2020.

82 Vgl. Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz 083/2020 vom 10. September 2020.

83 Nach Art. 2 des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen wurde die Zuständigkeit der Wirtschaftsstrafkammern bei den Landgerichten gem. § 74c Abs. 1 Satz 1 GVG allerdings nur für Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen erweitert, nicht dagegen für Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen.

84 Für eine konsequente Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes beschlossen vom Verwaltungsrat am 25. März 2015, S. 5.

Abbildung 12: Landesweite (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften und Fachkommissariate der Kriminalpolizei zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen



Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 31.12.2019

Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes sollte im Rahmen einer öffentlich geförderten Evaluation namentlich die Frage untersucht werden, ob und in welcher Hinsicht die Strafverfolgung an Effektivität gewinnt, wenn darin Schwerpunktstaatsanwaltschaften eingebunden sind. Die Vergleichskriterien könnten dabei die folgenden sein: Anzahl der Verfahren, Ausermittlungsgrad, Erledigungsart, Verfahrensdauer und wirtschaftliche Folgen. Methodisch kann diese Evaluation

nur auf der Basis einer umfangreichen Analyse der einschlägigen Ermittlungsakten erfolgen.⁸⁵ Die Analyse wäre außerdem in ein Vergleichsdesign einzubinden, z. B. ein Vergleich ähnlicher Verfahren in Regionen ohne/mit Schwerpunktstaatsanwaltschaften sowie ein Vorher-Nachher-Vergleich ohne/mit Schwerpunktstaatsanwaltschaften. Ergänzend wären außerdem qualitative Befragungen der beteiligten Akteure sinnvoll.

⁸⁵ Instruktiv Meier & Homann, Die Verfolgungspraxis der Staatsanwaltschaften und Gerichte bei Vermögensstraftaten im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 2009, S. 359-375.

Anhang

- A. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021 (Auszug)
- B. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 5. Oktober 2018 (Auszug)
- C. Programm des Workshops „Schadenshochrechnung bei Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“ am 15. und 16. November 2018, in Kooperation mit dem Fraunhofer ITWM
- D. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Terminservice - und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 10. Januar 2019 (Auszug)
- E. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 7. Februar 2019 (Auszug)
- F. GKV Expertise – Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Programm zum Erfahrungsaustausch der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit Vertretern der Strafverfolgungsbehörden gem. §§ 197a Abs. 3 SGB V, 47a SGB XI am 9. und 10. Mai 2019
- G. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum MDK-Reformgesetz vom 9. Oktober 2019 (Auszug)
- H. Programm der Internationalen Konferenz „Bytes without borders: preventing and countering healthcare fraud and corruption in the digital age“ am 18. und 19. November 2019, in Kooperation mit dem Europäischen Netzwerk gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (EHFCN)
- I. Kontaktadressen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen:
 - I. GKV-Spitzenverband
 - II. Kranken- und Pflegekassen (Stand zum 01.01.2020: 105)
 - III. Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen (sofern angezeigt)
 - IV. Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene



Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021

Berlin, den 28. Juni 2017

Organisierten Abrechnungsbetrug in der Pflege frühzeitig erkennen und unterbinden

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz hat der Gesetzgeber in der 18. Legislaturperiode wichtige und richtungsweisende Weichenstellungen zur Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug vorgenommen. Dazu gehört der gesetzliche Auftrag an die Pflegeeselsbverwaltung, die Voraussetzungen für die Verträge und deren Erfüllung im Hinblick auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu vereinbaren. Allerdings wurde den Kassen und deren Verbänden nur die Möglichkeit zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten eröffnet, soweit dies für die Überwachung der Abrechnung erforderlich ist.

Aktuelle Erkenntnisse der Ermittlungsbehörden über bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug ambulanter Pflegedienste belegen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen konsequent weiterentwickelt werden müssen. Damit die Kranken- und Pflegekassen zukünftig noch effektiver gegen bereits auffällig gewordene Anbieter von Pflegeleistungen vorgehen können, ist der Aufbau einer kassenübergreifenden Betrugspräventions-Datenbank erforderlich. Der Gesetzgeber muss die gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse schaffen, damit alle in die Zulassung und in den Entzug derselben eingebundenen Stellen einander relevante personenbezogene Daten übermitteln dürfen, nicht nur die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und die Sozialhilfeträger.

Damit die Kranken- und Pflegekassen zukünftig noch effektiver gegen bereits auffällig gewordene Anbieter von Pflegeleistungen vorgehen können, ist der Aufbau einer kassenübergreifenden Betrugspräventions-Datenbank erforderlich.



**Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes
vom 05.10.2018**

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung des Pflegepersonals
– Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG
(Bundestagsdrucksache 19/4453)**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Bundestagsdrucksache 19/4453)
Seite 189 von 196

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 Abs. 8 (neu) – Einführung eines Verzeichnisses über Pflegedienstbeschäftigte – mit Folgeänderungen in § 302 Abs. 1 SGB V sowie § 103 Abs. 2 und § 105 Abs. 1 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Entsprechend den Verzeichnissen für Vertragsärzte nach § 293 Absatz 4 SGB V und für Krankenhausärzte nach § 293 Absatz 7 SGB V soll auch ein bundesweites Verzeichnis für alle Beschäftigten von Pflegediensten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, Leistungen zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI und/oder Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen, geführt werden. Die das Verzeichnis führende Stelle vergibt für diese Beschäftigten personengebundene lebenslang gültige Pseudonyme (Beschäftigtennummern). Die Beschäftigtennummern werden bei der Abrechnung von Pflegeleistungen im Rahmen des Datenaustauschs nach § 302 SGB V und § 105 SGB XI verwendet.

B) Stellungnahme

Die Abrechnung von ambulanten Pflegeleistungen (Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, Leistungen zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI sowie Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI) im Rahmen des Datenaustausches zwischen Pflegediensten und Krankenkassen bzw. Pflegekassen erfolgt bislang durch die elektronische Übermittlung festgelegter Abrechnungsdaten und die ergänzende postalische Übersendung papiergebundener Leistungsnachweise. Auf den Leistungsnachweisen wird jede erbrachte und abzurechnende Leistung in der ambulanten Pflege eindeutig einer bestimmten pflegebedürftigen Person und einer bestimmten Pflegekraft bzw. einer bestimmten Mitarbeiterin/ einem bestimmten Mitarbeiter eines Pflegedienstes (nachfolgend Pflegekraft genannt) zugeordnet. Der Leistungsnachweis wird demnach von der pflegebedürftigen Person und der jeweiligen Pflegekraft unterschrieben. Die Pflegekraft verwendet hierbei bislang in der Regel ein ihr zuordenbares Handzeichen/ Unterschriftenkürzel. Dementsprechend hat derzeit jeder Pflegedienst eine stets zu aktualisierende Handzeichenliste zu führen und den Krankenkassen bzw. Pflegekassen zur Verfügung zu stellen. Den Krankenkassen und Pflegekassen ist es bislang nur anhand dieser Handzeichenliste möglich, die für die erbrachte Leistung erforderliche Qualifikation der Pflegekraft zu überprüfen.

GKV-Spitzenverband und die Verbände der ambulanten Pflegeeinrichtungen haben sich – insbesondere vor dem Hintergrund einer zukünftigen Erstellung elektronischer Leistungsnach-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Bundestagsdrucksache 19/4453)

Seite 190 von 196

weise – darauf verständigt, für jede Pflegekraft ein Pseudonym (Beschäftigtennummer) einzuführen und bei der Abrechnung in den Abrechnungsunterlagen zu verwenden. Die Beschäftigtennummer soll zum einen das bislang u. a. auf den Leistungsnachweisen verwendete Handzeichen der Pflegekraft ersetzen. Zum anderen soll sie Bestandteil des entsprechenden an die Krankenkassen bzw. Pflegekassen zu übermittelnden Abrechnungsdatensatzes sein. Mit dem Pseudonym (Beschäftigtennummer) wird es möglich sein, die Pflegekraft mit ihrer jeweiligen Qualifikation zu identifizieren, welche die abzurechnende Leistung erbracht hat. In dieser Funktion muss das Pseudonym eindeutig sein. Es soll personengebunden bundesweit vergeben werden und lebenslang seine Gültigkeit behalten, vergleichbar mit der lebenslangen Arztnummer gemäß § 293 Absatz 4 SGB V bzw. der Arztnummer für Krankenhausärzte nach § 293 Absatz 7 SGB V. Die Vertragsärzte im ambulanten Bereich erhalten seit dem Jahr 2008 von der zuständigen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung über die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung die lebenslange, personengebundene Arztnummer, kurz LANR. Ab dem 01.01.2019 müssen auch alle in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte in den gesetzlich bestimmten Fällen eine Arztnummer gemäß § 293 Absatz 7 SGB V verwenden und nutzen. Derzeit läuft das Ausschreibungsverfahren zur Beauftragung einer Stelle, die das bundesweite Verzeichnis aller in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzten führen wird.

Dementsprechend soll auch ein Verzeichnis über alle in den Pflegediensten Beschäftigte geführt werden, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI, Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, Leistungen zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI sowie Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen. Die das Verzeichnis führende Stelle soll für die Beschäftigten personengebundene lebenslang gültige Pseudonyme (Beschäftigtennummern) vergeben.

C) Änderungsvorschlag

In § 293 SGB V wird folgender Absatz 8 angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, auch in seiner Eigenschaft als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, beauftragt im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten nach diesem Buch maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie mit den Vereinigungen der Träger der nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste auf Bundesebene eine unabhängige Stelle, die ein bundesweites Verzeichnis aller in Pflegediensten Beschäftigten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 7 oder Leistungen nach §§ 36, 39, 45a oder 37 Absatz 3 Elftes Buch erbringen, führt. Für eine das Verzeichnis führende Stelle, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen ge-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Bundestagsdrucksache 19/4453)
Seite 191 von 196

hört, gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend. Das Verzeichnis enthält für alle Beschäftigten nach Satz 1 folgende Angaben:

1. Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),
2. Geschlecht der beschäftigten Person,
3. Vorname und Name der beschäftigten Person,
4. Geburtsdatum der beschäftigten Person,
5. Bezeichnung und Datum der abgeschlossenen Ausbildungen,
6. Bezeichnung und Datum der abgeschlossenen Weiterbildungen,
7. Bezeichnung und Datum sonstiger abgeschlossener Qualifizierungsmaßnahmen
8. Kennzeichen des Arbeitgebers (Träger des Pflegedienstes) nach Absatz 1,
9. Kennzeichen des Pflegedienstes, in dem die beschäftigte Person tätig ist (tatsächlicher Einsatzort) nach Absatz 1 oder ersatzweise Anschrift des Pflegedienstes, in dem die beschäftigte Person tätig ist (tatsächlicher Einsatzort),
10. Beginn und Ende der Beschäftigung bei dem Träger des Pflegedienstes nach Nummer 8,
11. Beginn und Ende der Tätigkeit im Pflegedienst (tatsächlicher Einsatzort) nach Nummer 9 und
12. Beginn und Ende der Gültigkeit der Beschäftigtennummer nach Nummer 1.

Die Beschäftigtennummer nach Satz 3 Nummer 1 folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. Die Pflegedienste, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen; die Hälfte der Kosten wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedern das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach diesem Buch und nach dem Elften Buch in aktualisierter Form zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis nicht verwenden. Die Pflegedienste sowie die Krankenkassen und Pflegekassen verwenden und nutzen die im Verzeichnis enthaltenen Angaben spätestens ab 1. Januar 2022 in den gesetzlich bestimmten Fällen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart im Einvernehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten nach diesem Buch maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie mit den Vereinigungen der Träger der nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2019 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Bundestagsdrucksache 19/4453)

Seite 192 von 196

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art, den Abgleich und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Angaben,
3. die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Beschäftigtennummer nach Satz 3 Nummer 1 sowie die Verarbeitung der Einträge nach Satz 3 Nummer 2 bis 12,
4. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren zur Löschung von Einträgen und
5. die Anforderungen an die Verwendung der im Verzeichnis enthaltenen Angaben.

Die Vereinbarung nach Satz 9 ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie dessen Mitglieder und für die Pflegedienste, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste verbindlich. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 9 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Anhörung der Beteiligten festgelegt.“

Als Folgeänderung ist § 302 Absatz 1 Satz 2 SGB V wie folgt zu ergänzen:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung und spätestens ab 1. Januar 2022 jeweils die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 3 Nummer 1 der Person anzugeben, die die Leistung erbracht hat.“

Als Folgeänderung ist § 103 SGB XI Absatz 2 wie folgt zu ändern:

„§ 293 Absatz 2, ~~und~~ 3 und 8 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

Als Folgeänderung ist § 105 Absatz 1 Nummer 1 SGB XI wie folgt zu ergänzen:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen sowie spätestens ab 1. Januar 2022 jeweils die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 3 Nummer 1 des Fünften Buches der Person anzugeben, die die Leistung erbracht hat.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Bundestagsdrucksache 19/4453)
Seite 193 von 196

Zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17a (neu)

§ 105 - Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Abrechnung von pflegerischen Leistungen nach § 105 SGB XI ist gesetzlich zu regeln, dass in den Abrechnungsunterlagen für den Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben ist, unabhängig davon, ob eine Zeitvergütung vorliegt oder nicht.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung hat bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) gefordert (vgl. BT-Drs. 18/6182, Seite 9) und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG II) bekräftigt (vgl. BT-Drs. 18/9959, Seite 16). Dabei ist zur Vermeidung von Missverständnissen darauf hinzuweisen, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Beendigungszeit des Pflegeeinsatzes und nicht die jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

Die „Einvernehmliche Festlegung über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenaustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI“ regelt bereits, dass bei der Abrechnung von Zeitvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben ist. Zur Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen ist mit den Leistungserbringern die Angabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung vereinbart. Technisch ist zwar im Datenaustauschverfahren hinterlegt, dass auch bei der Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene getroffen worden sind. Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringernorganisationen, im Rahmen der Abrechnung die Angabe einsatzbezogener Anfangs- und Beendigungszeiten zu vereinbaren, ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf unumgänglich, um Falschabrechnungen kassenseitig identifizieren zu können.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht wurden. Nur wenn Beginn und Ende

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Bundestagsdrucksache 19/4453)
Seite 194 von 196

der Leistungserbringung in Echtzeit fixiert werden, kann Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung, im Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen einschließlich des Beginns und der Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit, aufzuzeichnen,“

VERANSTALTUNGSHINWEISE



FRAUNHOFER-INSTITUT FÜR TECHNO-
UND WIRTSCHAFTSMATHEMATIK ITWM

Kontakt/Inhaltliche Informationen

Dr. Elisabeth Leoff
Abteilung Finanzmathematik, Fraunhofer ITWM
Telefon +49(0)6 31/3 16 00-48 57
elisabeth.leoff@itwm.fraunhofer.de

Kontakt/Organisatorische Informationen

Dr. Stephan Meseke
Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen,
GKV-Spitzenverband
Telefon +49(0)30/20 62 88-31 07
stephan.meseke@gkv-spitzenverband.de

Veranstaltungsort

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Hinweise

Die Teilnehmer werden gebeten, Laptops mitzubringen.

WORKSHOP: ABRECHNUNGSBETRUG IN DER AMBULANTEN PFLEGE – SCHADENSHOCHRECHNUNG IN »R«

15. – 16. November 2018, GKV-Spitzenverband, Berlin



WORKSHOP: ABRECHNUNGSBETRUG IN DER PFLEGE – SCHADENSHOCH- RECHNUNG IN »R«

Kursziel

Die »Möglichkeit von Schadenshochrechnungen« ist eine der zentralen Anregungen des »Abschlussberichts Curafair« des LKA Nordrhein-Westfalen.

Ziel des Workshops ist es, den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen und Strafverfolgungsbehörden das dafür notwendige »praktische« Erfahrungswissen und Rüstzeug zu vermitteln. Dazu wird zuerst ein typischer Datensatz in der Statistikumgebung »R« so bearbeitet und analysiert, dass dieser den Strafverfolgungsbehörden übergeben werden kann – idealerweise bereits zusammen mit der Unterrichtung gem. §§ 197a Abs. 4 SGBV, 47a SGB XI, d. h. in einem auswertungsfähigen Datenformat.

Während am ersten Veranstaltungstag die dazu notwendigen Arbeitsprozesse in den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen erläutert werden, steht der zweite Veranstaltungstag ganz im Zeichen der daran anschließenden Arbeitsschritte bei den Strafverfolgungsbehörden bzw. Sachverständigen des Fraunhofer-Instituts für Techno- und Wirtschaftsmathematik.

Donnerstag, 15. November, 10.30 – 17.00 Uhr

10.30 Grundlagen in »R«

- Grundlegende Einführung
- Datenimport aus Excel

12.30 Mittagspause

13.30 Beispiel: Weboberfläche zur Datenanalyse

13.45 Datenauswertung

- Datenaggregation
- Grundlegende Analysen

15.15 Kaffeepause

15.30 Visualisierung

- Einführung in »ggplot«
- Grafische Darstellungen der Analysen

17.00 Get-together

Freitag, 16. November, 9.00 – 14.30 Uhr

9.00 Einführung Schadenshochrechnung

- Einstieg anhand eines Praxisbeispiels
- Theorie der Schadenshochrechnung

10.30 Kaffeepause

11.00 Praktische Durchführung

- Beispielhafte Schadenshochrechnung
- Wissenswertes zur Durchführung

12.30 Mittagspause

13.30 Diskussion/offene Fragen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0053(15.2)
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -
TSVG
11.1.2019



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Drucksache 19/6337
vom 07.12.2018

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)
Seite 97 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

§ 81a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 81 a Absatz 3b sollen die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kassenärztlichen Vereinigungen klargestellt werden.

B) Stellungnahme

Da es sich um eine Parallelnorm zum der mit diesem Gesetzentwurf ebenfalls geänderten Regelung des § 197a Absatz 3b handelt, welcher die Zuständigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen und deren Landesverbänden regelt, wird auf die entsprechende Stellungnahme verwiesen (vgl. Nr. 83).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 273 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83

§ 197a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 197a Absatz 3b sollen datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt werden.

Zukünftig dürfen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen personenbezogene Daten nicht nur untereinander, sondern auch an die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die für die Leistungsgewährung und die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der Empfänger erforderlich ist. Darüber hinaus dürfen zukünftig auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung personenbezogene Daten, die von ihnen z. B. zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben wurden, an die die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen übermitteln.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll ausweislich der Gesetzesbegründung insbesondere den Erkenntnissen der Krankenkassen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung Rechnung getragen werden. Da der GKV-Spitzenverband entsprechenden gesetzlichen Änderungsbedarf bereits seit dem Jahr 2015 wiederholt vorgetragen und begründet hat, wird die insoweit konsequente Gesetzesänderung nachdrücklich begrüßt und unterstützt.

Durch die ausdrückliche Benennung der „Verhinderung“ von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als möglichen Übermittlungszweck wird unmissverständlich klargestellt, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die (reaktive) Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein kann, sondern gerade auch auf die (präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten abzielen soll, z. B. durch eine konsequente Verweigerung der Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)
Seite 274 von 421

Entgegen der gesetzgeberischen Zielrichtung wird vorliegend aber noch nicht allen datenschutzrechtlichen Rechtsunsicherheiten abgeholfen. Insoweit besteht gesetzlicher Änderungsbedarf.

Nach der Gesetzesbegründung soll die weit gefasste Umschreibung der möglichen Empfänger sicherstellen, „dass alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche genutzt werden können“. Problematisch ist aber, dass es sich bei den potentiellen Empfängern gerade nicht nur um Stellen innerhalb derselben Organisation handelt, bei der stets auch eine Fehlverhaltensstelle eingerichtet ist. Es kann und wird sich in der täglichen Praxis vielmehr regelmäßig auch um Empfänger außerhalb der betreffenden Organisation handeln.

Der Gesetzentwurf lässt bislang noch offen, welche Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche sinnvoll erscheinen, damit Fehlverhalten im Gesundheitswesen effektiv verhindert werden kann. Erkenntnisse des Bundeskriminalamtes über den bundesweit organisierten Abrechnungsbruch durch sog. russischsprachige Pflegedienste haben demgegenüber längst aufgezeigt, dass zur effektiven Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Aufbau einer organisationsübergreifenden GKV-Betrugspräventions-Datenbank erforderlich ist, vgl. LKA Nordrhein-Westfalen, Abschlussbericht vom 5.5.2017 zum Projekt Curafair, Abrechnungsbruch im Gesundheitswesen durch russischsprachige Pflegedienste, S. 13 f.

Deshalb muss zusätzlich gesetzlich klargestellt werden, dass der Austausch von personenbezogenen Daten zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auch unter Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten betrieben werden (sog. „Fraud Pool“). Die Regelung könnte sich z. B. an der erst jüngst erfolgten gesetzlichen Klarstellung des § 47 Abs. 5 GwG orientieren, mit der offenkundig langjährige Meinungsverschiedenheiten der Landesdatenschutzbeauftragten und der Bundesdatenschutzbeauftragten schließlich ausgeräumt werden konnten, vgl. BT-Drs. 18/12405, S. 169 f.

C) Änderungsvorschlag

Dem § 197a Absatz 3b wird folgender Satz 5 angefügt:

„Die nach Satz 1 und 3 übermittelten Daten dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)
Seite 352 von 421

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 47a - Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 47a Absatz 3 SGB XI soll klargestellt werden, an welche Befugten und zu welchem Zweck personenbezogene Daten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Pflegekassen übermittelt werden dürfen und zu welchem Zweck die Befugten die übermittelten Daten verarbeiten dürfen.

B) Stellungnahme

Da es sich um eine Parallelnorm zum der mit diesem Gesetzentwurf ebenfalls geänderten Regelung des § 197a Absatz 3b handelt, welcher die Zuständigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen und deren Landesverbänden regelt, wird auf die entsprechende Stellungnahme verwiesen (vgl. oben Nr. 83).

C) Änderungsvorschlag

Dem § 47a Absatz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Die nach Satz 2 und Absatz 2 Satz 6 übermittelten Daten dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 415 von 421

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Abrechnung von pflegerischen Leistungen nach § 105 SGB XI ist gesetzlich zu regeln, dass in den Abrechnungsunterlagen für den Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben ist, unabhängig davon, ob eine Zeitvergütung vorliegt oder nicht.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung hat bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) gefordert (vgl. BT-Drs. 18/6182, Seite 9) und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG II) bekräftigt (vgl. BT-Drs. 18/9959, Seite 16). Dabei ist zur Vermeidung von Missverständnissen darauf hinzuweisen, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Beendigungszeit des Pflegeeinsatzes und nicht die jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

Die „Einvernehmliche Festlegung über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenaustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI“ regelt bereits, dass bei der Abrechnung von Zeitvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben ist. Zur Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen ist mit den Leistungserbringern die Angabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung vereinbart. Technisch ist zwar im Datenaustauschverfahren hinterlegt, dass auch bei der Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene getroffen worden sind. Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringern, im Rahmen der Abrechnung die Angabe einsatzbezogener Anfangs- und Beendigungszeiten zu vereinbaren, ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf unumgänglich, um Falschabrechnungen kassenseitig identifizieren zu können.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht wurden. Nur wenn Beginn und Ende

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)
Seite 416 von 421

der Leistungserbringung in Echtzeit fixiert werden, kann Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung, im Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen einschließlich des Beginns und der Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit, aufzuzeichnen,“

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0058(21.1)

gel. VB zur öAnh am 13.2.2019 -

TSVG II

8.2.2019



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.02.2019

zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines
Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
BT-Drs. 19/(14)51.5

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.02.2019
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Seite 29 von 86

ÄA 7 – Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

§ 81a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des neuen § 81a Absatz 3b sollen weitere datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kassenärztlichen Vereinigungen klargestellt werden.

B) Stellungnahme

Da es sich um eine Parallelnorm zu der mit dem Änderungsantrag 7 ebenfalls geänderten Regelung des § 197a Absatz 3b handelt, welcher die Zuständigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen und deren Landesverbänden regelt, wird auf die entsprechende Stellungnahme verwiesen (vgl. Nr. 83).

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.02.2019
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Seite 30 von 86

ÄA 7 – Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83

§ 197a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des neuen § 197a Absatz 3b sollen datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt werden.

Zukünftig dürfen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen personenbezogene Daten nicht nur an die bereits im Gesetzentwurf genannten Stellen oder berufsständischen Kammern übermitteln, sondern auch an diejenigen Behörden, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband hat in früheren Stellungnahmen bereits wiederholt darauf hingewiesen, dass den Krankenkassen bislang keine den Kassenärztlichen Vereinigungen im vertragsärztlichen Bereich nach § 285 Absatz 3a SGB V korrespondierende Übermittlungsbefugnis an die Gesundheitsbehörden eröffnet ist und z.B. eine gesetzliche Klarstellung in § 284 Absatz 3a SGB V vorgeschlagen.

Die Krankenkassen erhalten darüber hinaus nicht nur Hinweise auf Fehlverhalten von Vertragsärzten, sondern gleichermaßen auch von nicht-ärztlichen Leistungserbringern. Da viele der betreffenden Heilberufe (mit Ausnahme der Pflegeberufe in einigen Bundesländern) nicht verkammert sind, werden die Kontroll- und Sanktionsbefugnisse insoweit nicht von Heilberufskammern, sondern von den Landesbehörden wahrgenommen. Zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sind diese regelmäßig auch auf die Übermittlung personenbezogener Daten durch die Fehlverhaltensstellen angewiesen. Deshalb wird der Änderungsantrag 7 nachdrücklich begrüßt und unterstützt.

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll ausweislich der Gesetzesbegründung zum Gesetzentwurf den Erkenntnissen der Krankenkassen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung Rechnung getragen werden. Durch die ausdrückliche Benennung der „Verhinderung“ von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als möglichen Übermittlungszweck wird unmissverständlich

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.02.2019
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Seite 31 von 86

lich klargestellt, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die (reaktive) Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein kann, sondern gerade auch auf die (präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten abzielen soll, z.B. durch eine konsequente Verweigerung der Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach der Gesetzesbegründung soll die weit gefasste Umschreibung der möglichen Empfänger zudem sicherstellen, „dass alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche genutzt werden können“. Die Änderungsanträge lassen aber offen, welche Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern datenschutzrechtlich tatsächlich zulässig sind.

Problematisch bleibt, dass mögliche Empfänger nicht nur Stellen innerhalb derselben Organisation sind, bei der stets auch eine Fehlverhaltensstelle eingerichtet ist. Mit dem MDK, den berufsständischen Kammern und den staatlichen Behörden handelt es sich zukünftig regelmäßig auch um Empfänger außerhalb der Krankenkassen. Insoweit besteht weitergehender gesetzlicher Änderungsbedarf.

Die veröffentlichten Erkenntnisse des Bundeskriminalamtes über den bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug durch sog. russischsprachige Pflegedienste haben bereits aufgezeigt, dass zur effektiven Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Aufbau einer organisationsübergreifenden GKV-Betrugspräventions-Datenbank erforderlich ist, vgl. LKA Nordrhein-Westfalen, Abschlussbericht vom 5.5.2017 zum Projekt Curafair, Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch russischsprachige Pflegedienste, S. 13 f.

Deshalb muss unmissverständlich klargestellt werden, dass der Austausch von personenbezogenen Daten zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auch unter Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten betrieben werden (sog. „Fraud Pool“). Die insoweit klarstellende Regelung könnte sich z.B. an der erst jüngst erfolgten Klarstellung des § 47 Abs. 5 GwG orientieren. Erst mit dieser gesetzlichen Klarstellung konnten die insoweit bestehenden langjährigen Meinungsverschiedenheiten zwischen den Landesdatenschutzbeauftragten und der Bundesdatenschutzbeauftragten endgültig ausgeräumt werden, vgl. BT-Drs. 18/12405, S. 169 f.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.02.2019
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Seite 32 von 86

C) Änderungsvorschlag

Dem § 197a Absatz 3b wird folgender Satz 5 angefügt:

„Die nach Satz 1 und 3 übermittelten Daten dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.02.2019
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Seite 33 von 86

ÄA 7 – Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 47a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung eines neuen § 47a Absatz 3 SGB XI sollen weitere datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen klargestellt werden.

B) Stellungnahme

Da es sich um eine Parallelnorm zu der mit dem Änderungsantrag 7 ebenfalls geänderten Regelung des § 197a Absatz 3b handelt, welcher die Zuständigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen und deren Landesverbänden regelt, wird auf die entsprechende Stellungnahme verwiesen (vgl. oben Nr. 83).

C) Änderungsvorschlag

Dem § 47a Absatz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Die nach Satz 2 und Absatz 2 Satz 6 übermittelten Daten dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.“



Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen:

Die ersten Strafanzeigen, Ermittlungsverfahren und Erkenntnisse

Erfahrungsaustausch am 9. und 10. Mai 2019

Programm

Donnerstag, 9. Mai 2019

- 10:30 Uhr **Begrüßung und Einführung**
Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes
- 10:45 Uhr **Grußadresse des Generalstaatsanwalts des Freistaates Sachsen**
StA'in Anja Schneider, Generalstaatsanwaltschaft Dresden
- 11:00 Uhr **Drei Jahre Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen:
Erwartungen und erste Erkenntnisse**
Markus Busch, Leiter des Referats Strafrechtliche Bekämpfung der Wirtschafts-, Computer-, Korruptions- und Umweltkriminalität, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
Prof. Dr. Dr. h. c. Michael Kubiciel, Lehrstuhl für Deutsches, Europäisches und Internationales Straf- und Strafprozessrecht, Medizin- und Wirtschaftsstrafrecht, Universität Augsburg
- 12:00 Uhr Mittagspause
- 13:00 Uhr **Korruptionsprävention im Gesundheitswesen:
Beratung durch die Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen**
Hon.-Prof. Dr. Karsten Scholz, Justiziar der Ärztekammer Niedersachsen
Dr. Christoph Weinrich, Bereichsleiter Transparenz und Compliance im Stabsbereich Recht, Stellvertretender Justiziar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- 14:00 Uhr **Diskussion**
- 14:15 Uhr **Die strafrechtliche Bewertung von Verstößen gegen § 128 Abs. 2 SGB V**
Dr. Simon RöB, Staatsanwaltschaft München I, derzeit wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bundesverfassungsgericht
- 14:45 Uhr **Die ersten Strafanzeigen und Ermittlungsverfahren**
OStA Alexander Badle, Leiter der Zentralstelle für die Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen, Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main
OStA Christian Müller, Dezernent der Zentralen Stelle Organisierte Kriminalität und Korruption, Generalstaatsanwaltschaft Celle
StA Fabian Londa, Zentralstelle für Korruptionsstrafsachen Braunschweig
- 15:45 Uhr Kaffeepause
- 16:15 Uhr **Diskussion**
- 17:00 Uhr Ende des ersten Veranstaltungstages und Get-together



@GKV_SV: #GKVExpertise



Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes
www.gkv-90prozent.de

Programm

Freitag, 10. Mai 2019

- 9:30 Uhr **Ausgewählte Sachverhaltskonstellationen im Fokus:
Entlassmanagement**
Dr. Judith Ihle, Justiziarin im Stabsbereich Justizariat des GKV-Spitzenverbandes
Dr. Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation, AOK-Bundesverband
- 10:15 Uhr **Anwendungsbeobachtungen als (institutionelle) Korruption im Gesundheitssystem.
Empirische Befunde**
Prof. Dr. Ralf Kölbl, Lehrstuhl für Strafrecht und Kriminologie,
Ludwig-Maximilians-Universität München
- 11:00 Uhr Diskussion
- 11:15 Uhr Kaffeepause
- 11:30 Uhr **Strafvereitelung wegen Nichtanzeige von Straftaten nach Prüfungen
durch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**
Dr. Ronny Rudi Richter, Justiziar der Zahnärztekammer Niedersachsen
- 12:15 Uhr **Ist der „Verhinderte Schaden“ gem. § 197a Abs. 5 SGB V bezifferbar?
Kosten-Nutzen-Analyse zur Kriminalprävention im Gesundheitswesen**
Prof. Dr. Horst Entorf, Lehrstuhl für Ökonometrie, Goethe-Universität Frankfurt am Main
- 13:00 Uhr **Diskussion**
- 13:15 Uhr **Resümee und Ausblick**
Dr. Stephan Meseke, Leiter des Stabsbereichs zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen,
GKV-Spitzenverband
- 13:30 Uhr Mittagsimbiss und Ende der Veranstaltung

Anmeldung

Die Teilnahme an der nicht-öffentlichen Veranstaltung ist nur auf persönliche Einladung des GKV-Spitzenverbandes möglich. Anmelden können sich gem. §§ 197a Abs. 3 SGB V, 47a SGB XI ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sowie Vertreterinnen und Vertreter der berufsständischen Kammern und der Strafverfolgungsbehörden.

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos. Wir bitten um verbindliche Anmeldung bis spätestens zum **30. April 2019** auf unserem Veranstaltungsportal: www.gkv-expertise.de.

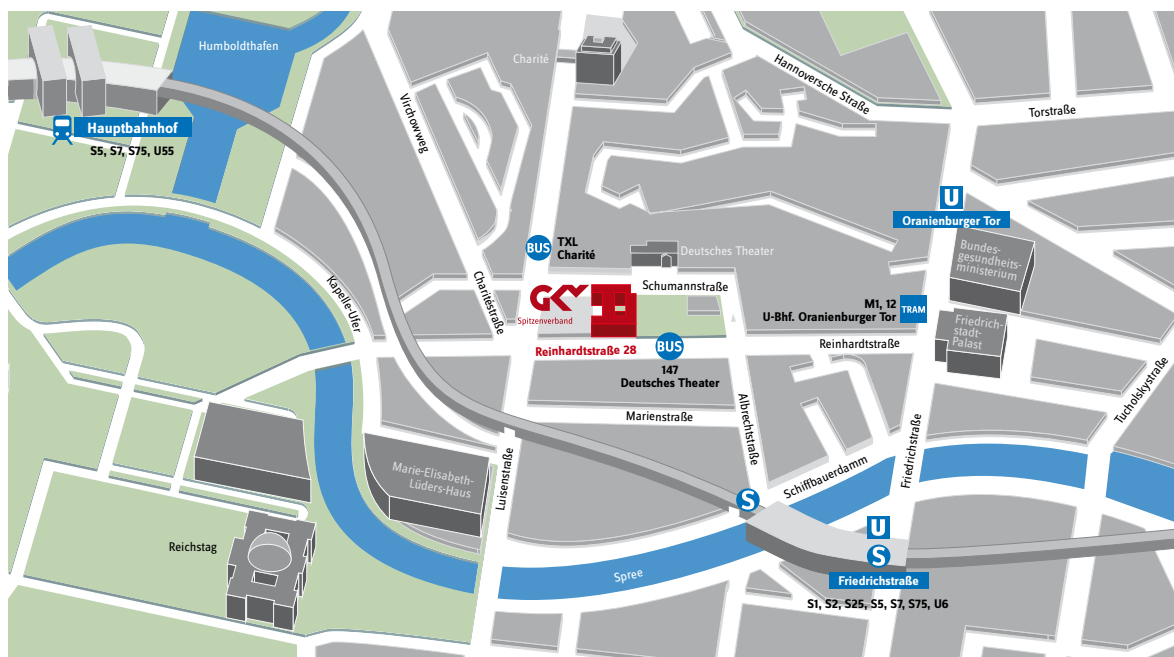
Bitte geben Sie folgenden Code ein: **3B751F**

Während der Veranstaltung werden Fotoaufnahmen für die interne und externe Öffentlichkeitsarbeit gemacht. Nähere Hinweise zu Ihren Rechten in diesem Zusammenhang finden Sie unter www.gkv-spitzenverband.de/datenschutz.

Veranstaltungsort und Anreise

🕒 **Donnerstag, 09.05.2019, 10:30-17:00 Uhr und Freitag, 10.05.2019, 9:30-13:30 Uhr**

🏠 **GKV-Spitzenverband**
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin



- 🚗 **ab Berlin-Hauptbahnhof** (Fahrzeit ca. 5 Minuten)
Bus 147 (▶ S Ostbahnhof / U Märkisches Museum) ▶ Deutsches Theater
alternativ: 15 Minuten Fußweg
- ✈️ **ab Flughafen Tegel TXL** (Fahrzeit ca. 30 Minuten)
Bus TXL (▶ S / U Alexanderplatz) ▶ Charité - Campus Mitte
- ✈️ **ab Flughafen Schönefeld SXF** (Fahrzeit ca. 25 Minuten)
Regionalbahn RE 7 (▶ Dessau) oder RB 14 (▶ Nauen) ▶ Bhf. Friedrichstraße



Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)102(9)

gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 -

MDK-Reform

09.10.2019

**Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes
vom 09.10.2019**

**zum Entwurf eines Gesetzes
für bessere und unabhängigere Prüfungen
(MDK-Reformgesetz)**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.10.2019 zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen
Seite 6 von 185

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) zielt im Wesentlichen zum einen auf eine umfassende und tiefgreifende Organisationsreform des Medizinischen Dienstes ab und regelt zum anderen die Prüfung von Krankenhausabrechnungen neu. Damit verbunden sind weitreichende negative Folgen für die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen und die Funktionsfähigkeit des Medizinischen Dienstes.

Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung im Medizinischen Dienst

Die vorgesehene Organisationsreform stellt einen weiteren Schritt zur Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung in den Organisationen der gesetzlichen Krankversicherung dar. Nach den vorgesehenen Regelungen werden die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste in den Bundesländern und auf Bundesebene vollständig umgestaltet. Demnach sollen sich die Verwaltungsräte aus 23 Mitgliedern zusammensetzen. Hiervon wählen die Krankenkassen 16 Vertreter mit Stimmrecht. Die Mitgliedschaft in einem Verwaltungsrat einer Krankenkasse bzw. Beschäftigung bei einem MDK, einer Krankenkasse oder einem ihrer Verbände soll unvereinbar mit der Wahl in den Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes sein. Dies bedeutet die faktische Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung im MDK und wird abgelehnt.

Als konstitutives Element der gesetzlichen Krankenversicherung muss die soziale Selbstverwaltung auch künftig in den Verwaltungsräten des MDK unmittelbar vertreten sein. Die Pläne bedeuten einen weiteren Angriff auf die soziale Selbstverwaltung, die offensichtlich aus den Gremien und Organisationen der gesetzlichen Krankenversicherung gedrängt werden soll. Dabei wird der gesellschaftliche Wert der Mitbestimmung im Gesundheitswesen verkannt. Die Beteiligung der in Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Mitglieder der Verwaltungsräte der Krankenkassen sorgt für praxisnahe Lösungen, einen fairen Ausgleich der Interessen und die größtmögliche Akzeptanz bei den Betroffenen. Die soziale Selbstverwaltung ist damit eine wichtige Grundsäule für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und finanzierbaren Versorgung.

Hinzu kommt, dass keinerlei Anlass für eine derartige tiefgreifende Neuorganisation besteht. Bereits heute ist eine Einflussnahme der Verwaltungsräte des MDK auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen medizinischen Sachverhalten ausgeschlossen. Die inhaltliche und rechtlich normierte Unabhängigkeit der medizinischen und pflegerischen Begutachtung durch den MDK ist umfassend gewährleistet. Auch die begrüßenswerte explizite gesetzliche Normierung der fachlichen Unabhängigkeit auch von nichtärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern unterstreicht die bereits bestehende klare Aufgabentrennung zwischen dem Verwaltungsrat

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.10.2019 zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

Seite 7 von 185

und der eigentlichen Begutachtung. Der Verwaltungsrat ist weder in die eigentliche Begutachtung von Fällen einbezogen, noch greift er darin ein. Daher setzt sich der GKV-Spitzenverband mit Nachdruck dafür ein, keine derartige Neuordnung vorzunehmen. In jedem Fall ist die Unvereinbarkeitsregelung aus dem Gesetzentwurf zu streichen.

Potential für Interessenkonflikte durch die weitere Besetzung der Verwaltungsräte

Auch bei der weiteren Besetzung der Verwaltungsräte des Medizinischen Dienstes sind Änderungen vorgesehen. Künftig sollen fünf Vertreter mit Stimmrecht auf Vorschlag der Patientenorganisationen durch die Länder benannt werden. Zudem benennen die Länder zwei Vertreter der Landespflegekammern und Landesärztekammern ohne Stimmrecht. Leistungserbringer werden damit in eine Gestaltungsverantwortung im Medizinischen Dienst gebracht.

Durch die Änderungen entsteht großes Potential für Interessenkonflikte, insbesondere bei Entscheidungen über Richtlinien, auf deren Grundlage die Leistungserbringung geprüft wird. Die Zielsetzung des Gesetzentwurfs zur Sicherstellung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste würde hierdurch konterkariert. Deshalb sollten die Berufsgruppen konsequenterweise nicht im Verwaltungsrat, sondern in Beiräten beteiligt werden – zumal die Finanzierung der Medizinischen Dienste weiterhin durch die Krankenkassen per Umlage erfolgt und keine Finanzverantwortung der Berufsgruppen oder der künftig stimmberechtigt beteiligten Patientenorganisationen vorgesehen ist.

Funktionsfähigkeit des Medizinischen Dienstes in Gefahr

Die Richtlinien für die gutachterliche Prüfung sollen künftig eigenständig vom MD Bund – und damit nicht mehr vom GKV-Spitzenverband – beschlossen werden. Die funktionierende Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Diensten bei der Entwicklung medizinisch-wissenschaftlicher Positionen und deren Vertretung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung werden damit zerschlagen. Die Neuordnung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) ist auch aus diesem Grund nicht zielführend und abzulehnen.

Neben medizinischen Aspekten spielen bei einer relevanten Anzahl von Richtlinien auch leistungsrechtliche Erwägungen bei gutachterlichen Entscheidungen eine wichtige Rolle. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen ist es von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der Krankenkassen übereinstimmen. Die Richtlinien schaffen sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen eine unverzichtbare, einheitliche Grundlage des gemeinsamen Handelns.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.10.2019 zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen

Seite 8 von 185

Die Frage der Richtlinienkompetenz steht in keinem Zusammenhang mit der fachlichen Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste bei der Wahrnehmung rein sozialmedizinischer Aufgabenstellungen. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund weder erforderlich, noch in der Ausgestaltung sachgerecht und wird deshalb abgelehnt.

Die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste stellt sicher, dass medizinisch-fachlich berechnete Leistungsansprüche der Versicherten gewährleistet werden und die Versichertengemeinschaft vor nicht gerechtfertigten Ansprüchen und unnötigen Leistungen geschützt wird. Die Erfüllung dieser Kernaufgabe ist für die Krankenkassen essentiell. Die funktionierende Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Diensten ist dringend aufrechtzuerhalten.

Mehrausgaben und Fehlanreize durch die Neuordnung der Abrechnungsprüfung

Jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung (mehr als 56 %) war 2017 fehlerhaft. Als Folge daraus mussten Krankenhäuser insgesamt ca. 2,8 Mrd. Euro an Krankenkassen zurückzahlen. Dies sind Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber, die ohne eine Prüfung für die Versorgung an anderer Stelle gefehlt hätten. Es ist unvorstellbar, wie hoch dieser falsch abgerechnete Betrag ohne die notwendigen qualitativen und quantitativen Prüfungen der Krankenkassen gewesen wäre.¹

Jahr	Ausgaben Krankenhausbehandlung	Quote Rückerstattung	Betrag Rückerstattung
2012	61,66 Mrd. Euro (KJ 1)	Ø 2,76 Prozent	1,70 Mrd. Euro
2017	74,90 Mrd. Euro (KJ 1)	Ø 3,73 Prozent	2,80 Mrd. Euro

Der vorliegende Gesetzentwurf regelt das Verfahren der Abrechnungsprüfung grundlegend neu. Der Entwurf birgt dabei sowohl die Gefahr drastischer Mehrausgaben als auch strategischer Fehlanreize. Hier ist insbesondere die willkürliche Quotierung der Abrechnungsprüfungen zu nennen, die sowohl im Grundsatz als auch in der beabsichtigten Höhe abzulehnen ist. Bei deren Einführung im Jahr 2020 wird keinerlei Zusammenhang zur Abrechnungsgüte des einzelnen Krankenhauses hergestellt. Durch die dramatisch zu gering festgesetzte maximale Prüfquote von 10 %

¹ Vgl. Korrekte Rechnungen und klare Strukturen. Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Krankenhausabrechnung, April 2019, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/2019-04-29_KH-Abrechnung_Argumentationspapier.pdf

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.10.2019 zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

Seite 9 von 185

pro Krankenhaus statt durchschnittlich 17,1 % (im Jahr 2017) über alle gesetzlichen Krankenkassen kommt es 2020 zu Mehrausgaben von mindestens 1,2 Mrd. Euro. Die im Gesetzentwurf proklamierte Ausgabenneutralität übersieht diesen Fakt. Auch die Verkehrung von BGB-Grundsätzen, wie die Möglichkeit, Forderungen unbürokratisch gegeneinander aufzurechnen, wird durch ein Verfahren ersetzt, in dem Krankenkassen jeden noch so geringen Betrag vom Krankenhaus gerichtlich erzwungen zurücküberweisen lassen müssen, anstatt ihn mit berechtigten Forderungen aufzurechnen. Damit entstehen unnötige Aufwände für die Krankenkassen bei der Durchsetzung berechtigter Forderungen. Zudem steht die Regelung einer Entlastung der Sozialgerichte entgegen.

Es lässt sich aber auch festhalten, dass der Gesetzgeber erstmalig in der langen Debatte um Falschabrechnung die Ursache der gestiegenen Abrechnungsprüfungen in den Blick nimmt: Die mangelhafte Qualität der Rechnungsstellung durch die Krankenhäuser. Die Rahmenbedingungen für korrekt abrechnende Krankenhäuser dürfen nicht schlechter sein als für Falschabrechner. So finden sich die vom GKV-Spitzenverband geforderten gesetzgeberischen Regelungen in Bezug auf die Etablierung von Strukturprüfungen bei fehlender Leistungsvoraussetzung, die Bereinigung der im internationalen Vergleich massiven Fehlbelegung durch eine Ausweitung des Katalogs sektorengleich vergüteter Leistungen und die längst überfällige Verbindlichkeit der vom Krankenhaus gestellten Rechnung ebenso im Gesetzentwurf, wie die Variation von Rechnungsaufschlägen anhand der krankenhausesbezogenen Abrechnungsgüte. Richtig umgesetzt, bergen diese Maßnahmen ein erhebliches Potenzial, die Notwendigkeit der Rechnungsprüfung zu reduzieren und Prüfaufwände gar nicht erst entstehen zu lassen. Der GKV-Spitzenverband gibt in seiner Stellungnahme wichtige Hinweise, diese Potenziale zu heben.

Da die Maßnahmen allerdings erst schrittweise ab dem Jahr 2021 Wirkung entfalten können, ist zur Vermeidung von massiven Mehrausgaben eine Streichung der maximal zulässigen Prüfquote unerlässlich. Es kann nicht sein, dass die Krankenkassen mit Mitteln der Beitragszahler im Umfang von 1,2 Mrd. Euro falsche Rechnungen bezahlen. Wird dennoch an der Einführung einer maximal zulässigen Prüfquote ab dem Jahr 2020 festgehalten, muss diese zumindest an den Durchschnittswert von 17,1 % des Jahres 2017 angepasst werden. In dem Umfang, wie die gesetzten Anreize zukünftig (möglichst zügig) wirken, fordert der GKV-Spitzenverband diese Prüfquoten algorithmisch, schrittweise und im Einklang mit den gesetzlichen Aufträgen zur Reduktion des Prüfbedarfs, anzupassen. Um den Bezug zur Abrechnungsgüte der Krankenhäuser herzustellen, sollte die maximale Prüfquote lediglich auf die Krankenkassen, nicht aber auf die Krankenhäuser fixiert werden. Die Krankenkassen hätten dann die Möglichkeit, bei einer durchschnittlichen maximalen Prüfquote die Zahl der Prüfungen pro Krankenhaus je nach Abrechnungsgüte zu variieren.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.10.2019 zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen

Seite 10 von 185

Wenn wie derzeit geplant ab 2021 selbst die Gruppe der Krankenhäuser, die am schlechtesten abrechnet, durch die Quotierung auf 15 % noch deutlich besser dasteht als heute, dann bestehen in dieser Gruppe massive Fehlanreize zur uneingeschränkten Falschabrechnung. Ebenso, wie es zukünftig keinen Sinn mehr ergibt, den Prüfern Aufwandspauschalen in Höhe von 300 Euro in Rechnung zu stellen und sie gleichzeitig zu quotieren, macht es keinen Sinn, die am schlechtesten abrechnenden Krankenhäuser mit einer Quote zu schützen.

Das – durch die Quotierung der Prüfungen entstehende – grundsätzliche Problem der umfangreichen Vergütung fehlerhafter Abrechnungen kann jedoch durch auf der Quotierung der Prüfungen aufbauende Alternativvorschläge nicht behoben werden. Auch stellt sich die Frage der Auswirkungen von begrenzten Prüfquoten auf die Beurteilung der Prüftätigkeit der Krankenkassen durch die Aufsichts-/Prüfbehörden.

Darüber hinaus regt der GKV-Spitzenverband an, das Thema des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen in den Medizinischen Diensten auch für den Krankenhausbereich prominent zu etablieren. Derzeit scheint es aufgrund der fehlenden Anreize zur korrekten Rechnungsstellung so, als ob es in deutschen Krankenhäusern kein Fehlverhalten gäbe (als einziger Bereich des deutschen Gesundheitswesens). Dies ist falsch. Rechnen Krankenhäuser zukünftig wiederholt falsch ab und ergeben sich bei der Prüfung der Akten durch den Medizinischen Dienst dabei Anzeichen für Fehlverhalten, so muss der Medizinische Dienst dem mit staatsanwaltlicher Hilfe nachgehen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.10.2019 zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

Seite 178 von 185

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275c (neu) Neuregelung der Krankenhausabrechnungsprüfung: Durchführung und Umfang von Prüfungen durch den MDK

A) Änderungsbedarf

Nach der zum 07.05.2019 in Kraft getretenen Neuregelung des § 197a Absatz 3b Satz 3 SGB V darf der Medizinische Dienst personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, zwar an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist. Die Regelung soll aber ausweislich der Gesetzesbegründung vor allem die bereits bestehenden Übermittlungsbefugnisse nach § 275b SGB V und den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulante Pflege vervollständigen. Sie soll deutlich machen, dass Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes, die bei der Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von § 197a Absatz 1 SGB V erlangen, diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen übermitteln dürfen. Zu denken sei daher in erster Linie an Abrechnungsverstöße ambulanter Pflegedienste.⁵

Auch für Abrechnungsverstöße im Krankenhaus müssen entsprechende gesetzliche Pflichten unmittelbar in § 275c SGB V neu geregelt werden: Bestätigt sich der Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, dann hat der Medizinische Dienst die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a SGB V der Krankenkasse einzubinden.

B) Begründung

Die Abgrenzung der gezielten Manipulation von Krankenhausabrechnungen (Upcoding) gegenüber nicht-intentionalen Abrechnungsfehlern setzt eine profunde Systemkenntnis voraus.⁶ Aufgrund seiner Möglichkeit der auftragsbezogenen Einsichtnahme in die Klinikdokumentation und seiner jahrzehntelangen Prüferfahrung im DRG-System ist der Medizinische Dienst am ehesten in der Lage, z. B. festzustellen, ob sich parallele Prüfanträge mehrerer Kassen immer wieder auf besonders „auffällige Krankenhäuser“ verdichten. Übermittelt werden sollen gerade auch Zufallsfunde, also Erkenntnisse, die anlässlich der Durchführung eines Auftrags mit ursprünglich anderer Zielrichtung gewonnen wurden.

⁵ Vgl. BT-Drs. 191/6337, S. 135.

⁶ Vgl. Dirschedl, P., Waibel, B.: Fehlerfeststellungen des MDK als Manipulationshinweis?, in: Köbel, R. (Hrsg.), Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung. Medizinische, ökonomische und juristische Perspektiven, Stuttgart 2014, S. 107 ff.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.10.2019 zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen
Seite 179 von 185

Zur verbesserten Aufdeckung, Bekämpfung und Prävention von Abrechnungsbetrug im Krankenhaus müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen auch für die Krankenhausabrechnung entsprechend weiterentwickelt werden. Wenn die Fehlverhaltensstellen der Kassen in den eindeutigen Verdachtsfällen häufiger als bislang die Staatsanwaltschaften unterrichten könnten, würde damit nicht nur das bisherige – beispielsweise im Vergleich zur MDK-Prüfung in der ambulanten Pflege – bestehende auffällige Ungleichgewicht in der Strafverfolgungspraxis ausgeglichen, sondern auch weiterer Druck auf die selbstregulativen Prozesse in den Krankenhäusern ausgeübt.⁷

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a neu eingefügt:

„(2a) Bestätigt sich der Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, dann hat der Medizinische Dienst die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a SGB V der Krankenkasse einzubinden. Das Nähere zum Verfahren regelt der GKV-Spitzenverband in einer Richtlinie.“

⁷ Vgl. Kölbel, R., Abrechnungsverstöße im Krankenhaus – ein kriminologischer Forschungsbericht, medstra 2015, 4, 10,



PROGRAMME

Day 1 - Monday November 18

08:30 Coffee & Registration

09:00 Welcome and introduction to the program

Conny Czymoch, journalist and moderator

09:10 Formal Opening of the Conference

Vassilis Plagianakos, President EOPYY (Greece) and President EHFCN

09:15 Opening speech

Dr. Doris Pfeiffer, Chair of the Board, GKV- Spitzenverband (Germany)

09:30 Digital Transformation of Healthcare Systems: risks and opportunities

Prof. Franz Benstetter, Hochschule Rosenheim (Germany)

10:00 Challenges for international cooperation in a changing environment (panel)

- Jo De Cock, CEO NIHDI (Belgium)
- Drs. Bart Combée, Member of the NZa board of directors, Dutch Healthcare Authority (The Netherlands)
- Dr Doris Pfeiffer, Chair of the Board, GKV-Spitzenverband (Germany)
- Vassilis Plagianakos, President EOPYY (Greece) and EHFCN
- Nicolas Revel, CEO Cnam (France)

10:55 Preventing corruption in the public sector: the perspective of the Council of Europe's Group of States against Corruption (GRECO)

Gianluca Esposito, GRECO's Executive Secretary and Head of the Council of Europe's Action against Crime Department

11:15 Coffee break

11:30 The work and results of the Anti-Misconduct Office for the German Healthcare System

Gernot Kiefer, Vice-Chair of the Board, GKV- Spitzenverband (Germany)

11:55 The Act to Combat Corruption in the German Healthcare System

Prof. Dr. Kirsten Graalman-Scheerer, Chief Public Prosecutor Free Hanseatic City of Bremen

12:20 Corruption in the German Healthcare System. The example of "Medical Tourism"

Prof. Dr. Hendrik Schneider, University of Leipzig Faculty of Law

12:45 Interactive discussion

13:00 Lunchtime

14:00 Interactive breakout sessions

New ways to counter fraud, waste and corruption in changing societies

Speakers share their best innovative practices in interactive parallel sessions focusing on practical tools and innovative solutions

Organized by Marieke Koken, Advisor at Zorgverzekeraars Nederland (ZN), (The Netherlands)

Session I (14:00-14:35)

Belgium: How to make big healthcare data useful to detect wasted spending?

Philip Tavernier, Acting medical director-general, Medical Evaluation and Inspection Department, NIHDI

Moderator: Professor Graham Brooks, University of West London (UK)

USA: Health Care Fraud Analytics

Ekin Tahir, PhD, Associate Professor of Quantitative Methods, Texas State University, Author of “Statistics and Health Care Fraud”

Moderator: Rob de Ridder, Senior Strategic Policy Advisor at NZa, Dutch Healthcare Authority (The Netherlands)

Lithuania: Corruption Risks in Lithuanian Healthcare System.

The Case of Public Procurement and Sponsorship

Dr. Margarita Svedkauskiene, Head of the Strategic Analysis Division, Special Investigation Service, Lithuania

Moderator: Francesco Macchia, President ISPE Sanità and Ordinary Member EHFCN (Italy)

USA: How Data Analytics can be the Key - Opioid Overprescribing and Misuse

Christopher Brossart, Senior Principal Healthcare Integrity and Fraud Prevention, The MITRE Corporation

Moderator: Hans Nagels, Counselor, Ministry of Social Affairs and Public Health, and Asylum Policy and Migration (Belgium)

Greece: Key Challenges for Developing Policies to Tackle Fraud and Eliminate Waste Based on Machine Learning and Artificial Intelligent Algorithms: The Experience of the Hellenic National Healthcare Organization (EOPYY)

Vassilis Plagianakos, President EOPYY (Greece) and EHFCN

Moderator: Dimitra Lingri, Head Legal Affairs EOPYY (Greece)

14:40

Session II (14:40-15:15)

Estonia: Using data to run health care smart

Kadri Haller-Kikkatalo, MD, PhD, Head of Department of Analytics, Estonian Health Insurance Fund (Eesti Haigekassa)

Moderator: Marta Gonçalves, Treasurer EHFCN (Portugal)

Belgium: Hospital Audit

Dr. Nick De Swaef, NIHDI-FPSH-Famph

Moderator: Tom Verdonck, Vice-Chair EHFCN (Belgium)

USA: Track and trace methods for prescription drugs, digital benefits and IOT solutions

Atac Aytac, PhD, Vice President, EMEA & APAC, Head of Germany Office, Supply Chain Wizard

Moderator: Alessandro Fiorenza, Coordinator for the fight against fraud and enforcement policy at INTERMUT (Belgium)

Ukraine: Prevention is the Cure: Corruption Ends with Open Access to Healthcare

Dr. Ulana Suprun, Former Acting Minister of Health of Ukraine

Moderator: Laura Roberta Ferrario, Vol. Researcher, ISPE Sanità (Italy)

France: Challenges of litigation control in risk management within healthcare institutions

Doctor Valérie-Jeanne Bardou, Head of the Department in charge of controls related to healthcare institutions - Direction of Audit, litigation and fraud control - French national health insurance fund (Cnam)

Moderator: Julie Galodé, Information Officer EHFCN

15:20

Session III (15:20-15:55)

Parallel Board meeting

Parallel to the interactive breakout sessions, all present board members in their respective organisation are kindly invited to attend the Board meeting for strategic consultation.

During this board meeting we will discuss the following questions:

- What connects all individual members in carrying out regulatory and enforcement practices?
 - What do EHFCN members need and expect from EHFCN?
 - What clear arrangements can we make to increase the networks added value for her members?
- Organisors: Nathalie De Wulf, Managing Director EHFCN (Belgium) and Marieke Koken, Advisor at Zorgverzekeraars Nederland (ZN), (The Netherlands)*

Sweden: Joint agreements in health care and in social services between the central contracting authorities and the tenders to combating corruption together

Ann Sofi Agnevik, Senior Legal Counsel, Legal Affairs Division, Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR)

Moderator: Hanna Ternes, Expert from Liaison Agency Health Insurance - International (Germany)

Australia: Machine Learning to identify Fraud

Roy Shubhabrata, Head of International Growth, Lorica Health

Moderator: Alessandro Fiorenza, Coordinator for the fight against fraud and enforcement policy at INTERMUT (Belgium)

Germany: Fraud detection in prescriptions - an advanced analytics use case of Techniker Krankenkasse

Hubertus Brandner, data scientist and Katharina Ackermann, data scientist, TK

Moderator: Johannes Eisenbarth, GKV-Spitzenverband (Germany)

The Netherlands: Collaboration is Key for succesfull fraud detection

Gerwin Marskamp, Product Manager SIU and Wouter Joosse, Product Manager Claims FRISS (The Netherlands)

Moderator: Dr. Stephan Meseke, GKV-Spitzenverband (Germany)

16:00 Outcomes of the interactive sessions

Prof. Franz Benstetter, Hochschule Rosenheim (Germany), Rapporteurs

16:30 2 final Winners of the New Ways and Innovation Award 2019 present their projects

EOPYY (Greece)

The uncovering of a big fraud case using the data and tools of the new EOPYY medical devices and FSMP's Registry

Dr. Konstantinos Zacharopoulos, Inspector, YPEDYFKA-EOPYY

IGAS (Portugal)

IGAS Antifraud Unit

Pedro Luiz, Inspector, General Inspectorate of Health

16:50 Closing

17:00 EHFCN Extra-Ordinary Session of the General Assembly

EHFCN Executive Committee and Delegates

18:00 End of the General Assembly

19:30 Networking Dinner (Käfer Berlin GmbH of the German Parliament)

Day 2 - Tuesday November 19

08:30 Coffee & registration

09:00 Opening, retrospect on day 1

09:15 Plenary Session: Innovative strategies and responses on a European and international level

Moderator: Paul Vincke, former President of EHFCN, Honorary Member

09:20 *The International Social Security Association (ISSA)*

Guidelines on error, evasion and fraud in social security

Professor Dr. Joachim Breuer, President

09:40 *The European Commission*

Study on Cross-Border Cooperation: Capitalising on existing initiatives for cooperation in cross-border regions (Fraud and Fraud mitigation)

Dr. Corina Vasilescu, Policy Officer, DG SANTE, European Commission

10:00 *The Benelux Union*

Benelux, healthcare and cross border fraud

Alain de Muyser, Deputy Secretary General

10:20 *Transparency International Germany*

Whistleblowing in Health - a systemic approach and the challenges of subsidiarity

Wolfgang Wodarg, board member of Transparency International Germany (TI-D) and head of the working group on Health - Annegret Falter, president of the Whistleblower Netzwerk e.V. in Germany and member of the TI-D working group on Whistleblowing

10:40 *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*

Integrity in health policy making

Julio Bacio Terracino, Head of Division, Public Sector Integrity, Public Governance Directorate

11:00 *Interactive discussion*

11:20 Coffee break

11:35 The Financial Cost of Healthcare fraud 2019: what the latest data from around the world show

Prof. Mark Button, Director, Centre for Counter fraud at the University of Portsmouth (UK)

12:00 Cybercrime and Healthcare

Jim Gee, Partner and National Head of Forensic Services at Crowe UK LLP (UK)

12:25 Interactive discussion

12:40 EHFCN Guidelines on Promoting integrity in the Healthcare Sector

Dr. Tilman Hoppe, Anti-corruption expert - Nathalie De Wulf, Managing Director EHFCN - Laura Roberto Ferrario, Voluntary Researcher, ISPE Sanità (Italy)

13:00 Outcomes of the conference - Where do we stand?

Prof. Graham Brooks, University of West London (UK) - Observer at the conference

13:20 Conclusions

13:30 Light lunch with Experience Exchange Market Place

End of the conference

I. Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband

Organisation	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
GKV-Spitzenverband	Reinhardtstraße 28	10117	Berlin	030 206288-3107	fehlverhalten@gkv-spitzenverband.de

II. Stellen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI bei den Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes (Stand: 01.01.2020)

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
1	actimonda BKK	Hüttenstraße 1	52068	Aachen	0241 90066-541	korruption@actimonda.de
2	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen	Hildesheimer Straße 273	30519	Hannover	0511 8701-13111	taskforce@nds.aok.de
3	AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	Kölner Straße 8	65760	Eschborn	06196 406120	fehlverhalten@he.aok.de
4	AOK Baden-Württemberg	Presselstraße 19	70191	Stuttgart	0711 2593-2021	fehlverhaltensbekaempfung@bw.aok.de
5	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse	Carl-Wery-Straße 28	81739	München	089 62730-333	fehlverhalten@by.aok.de
6	AOK Bremen/Bremerhaven	Bürgermeister-Smidt-Straße 95	28195	Bremen	0421 1761 302	ariane.weber@hb.aok.de
7	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	Behlertstraße 33 A	14467	Potsdam	0800 265080-50685	fehlverhaltensbekaempfung@nordost.aok.de
8	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse	Kopenhagener Straße 1	44269	Dortmund	0800 2655-505780	fehlverhaltensbekaempfung@nw.aok.de
9	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen	Ammonstraße 35	01067	Dresden	0800 10590-14000	fehlverhaltensbekaempfung@plus.aok.de
10	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse	Kasernenstraße 61	40213	Düsseldorf	040 2023-1780	fehlverhalten@rh.aok.de
11	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse	Virchowstraße 30	67304	Eisenberg	06381 4208352	fehlverhalten-im-gesundheitswesen@rps.aok.de
12	AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse	Lüneburger Straße 4	39106	Magdeburg	0391 2878-45453	ermittlungsgruppe.fehlverhalten@san.aok.de
13	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen	0421 43551-63	korruptionsbekaempfungsstelle@abkka.de
14	Audi BKK	Porschestraße 1	38440	Wolfsburg	05361 8482-150	korruptionsbeauftragte@audibkk.de
15	BAHN-BKK	Postfach 90 02 04	60442	Frankfurt am Main	069 770 78 370	korruptionsbekaempfungsstelle@bahn-bkk.de
16	BARMER	Gottlieb-Daimler-Straße 19	73529	Schwäbisch-Gmünd	0800 332060 99-1313	manipulationsabwehr@barmer.de
17	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Straße 214	33311	Gütersloh	05241 80-74120	nicole.ackemann@bertelsmann-bkk.de
18	Betriebskrankenkasse MOBIL OIL	Hühnerposten 2	20097	Hamburg	040 3002-17114	compliance@bkk-mobil-oil.de
19	Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers	Burgstraße 1-3	34212	Melsungen	05661 7302-86	larissa.bachmann@bkk-pwc.de
20	BIG direkt gesund	Rheinische Straße 1	44137	Dortmund	0231 5557-1015	fehlverhalten@big-direkt.de
21	BKK Achenbach Buschhütten	Siegener Straße 152	57223	Kreuztal	02732 767110	peter.docter@bkk-achenbach.de
22	BKK Akzo Nobel Bayern	Glanzstoffstraße 1	63906	Erlenbach	06022 7069-171	abrechnungsbetrug@bkk-akzo.de
23	BKK B. Braun Aesculap	Grüne Straße 1	34212	Melsungen	05661 71-1750	thomas.berninger@bkk-bba.de
24	BKK BPW Bergische Achsen KG	Ohler Berg 1	51674	Wiehl	022621 781-141	thorsten.linder@bkk-bpw.de
25	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 60c	40212	Düsseldorf	0211 9065-720	holger.jansen@db.com
26	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld	0521 329876-160	nicole.boehm@bkk-diakonie.de
27	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Straße 62	52525	Heinsberg	02452 1535-43	korruptionsbeauftragter@bkk-euregio.de
28	BKK evm	Schützenstraße 80-82	56068	Koblenz	0261 402-71510	melanie.blaum@bkk-evm.de

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
29	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg	0441 350 28 5110	bernd.rehenbrock@bkk-ewe.de
30	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte	05132 5001-20	claudia.eggers@bkkexklusiv.de
31	BKK Faber-Castell & Partner	Bahnhofstraße 45	94209	Regen	09921 9602-15	angela.meyer@bkk-faber-castell.de
32	BKK firmus	Gottlieb-Daimler-Straße 11	28237	Bremen	0541 33141-110	fehlverhalten@bkk-firmus.de
33	BKK Freudenberg	Höhnerweg 2-4	69465	Weinheim	06201 80-4762	uweber@bkk-freudenberg.de
34	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld	0521 5228-2624	fehlverhaltensstelle@bkkgs.de
35	BKK der Grillo-Werke AG	Weseler Straße 1	47169	Duisburg	0203 555 7313	rainer.behrendt@bkk-grillo.de
36	BKK Groz-Beckert	Unter dem Malesfelsen 72	72458	Albstadt	07431 10-2182	ralf.hauer@bkk-gb.de
37	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford	05221 1026-252	antikorruption@bkk-hmr.de
38	BKK Herkules	Jordanstraße 6	34117	Kassel	0561 20855-120	elena.hamann@bkk-herkules.de
39	BKK KARL MAYER	Industriestraße 3	63179	Obertshausen	06104 402-1408	andrea.duening@karlmayer-bkk.de
40	BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33	65187	Wiesbaden	0611 7366-839	sandra.haberland@bkk-linde.de
41	BKK MAHLE	Pragstraße 26-46	70376	Stuttgart	0711 501-1 26 61	dkalosyan@bkk-mahle.de
42	BKK Melitta Plus	Marienstraße 122	32425	Minden	0571 9759 1117	martin.goebel@bkk-melitta.de
43	BKK Miele	Carl-Miele-Straße 29	33332	Gütersloh	05241 89-2176	peter.kinnett@bkk-miele.de
44	BKK MTU	Hochstraße 40	88045	Friedrichshafen	07541 90-7123	fehlverhalten@bkk-mtu.de
45	BKK PFAFF	Pirmasenser Straße 132	67655	Kaiserslautern	0631 31876-88	agerhardt@bkk-pfaff.de
46	BKK Pfalz	Lichtenbergerstraße 16	67059	Ludwigshafen	0621 68 559 1355	korruptionsbekaempfung@bkkpfalz.de
47	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen	08131 6133 2011	hagen.stark@bkk-provita.de
48	BKK Public	Thiestraße 15	38226	Salzgitter	05341 405-303	fehlverhaltenimgesundheitswesen@bkk-public.de
49	BKK Rieker.RICOSTA.Weisser	Stockacher Straße 4-6	78532	Tuttlingen	07461 96646-49	strautner@bkk-rrw.de
50	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle	05141 9466-231	fehlverhalten@bkk-rwe.de
51	BKK Salzgitter	Thiestraße 15	38226	Salzgitter	05341 405-303	fehlverhaltenimgesundheitswesen@bkk-salzgitter.de
52	BKK Scheufelen	Schöllkopfstraße 120	73230	Kirchheim	07021 7374-250	afranck@bkk-scheufelen.de
53	BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg	Löhrstraße 45	78647	Trossingen	07425 94003 15	tkorhummel@bkk-sbh.de
54	BKK STADT AUGSBURG	Willy-Brandt-Platz 1	86153	Augsburg	0821 324-3228	bernd.heidler@bkk-stadt-augsburg.de
55	BKK Technoform	August-Spindler-Straße 1	37079	Göttingen	0551 308-3907	hanna.reimann@bkk-technoform.de
56	BKK Textilgruppe Hof	Fabrikzeile 21	95028	Hof	09281 49369	daniel.stroetz@bkk-textilgruppe-hof.de
57	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte	02304 9826-120	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-vidn.de
58	BKK VerbundPlus	Zeppelinring 13	88400	Biberach	07351 1824-291	fehlverhalten@bkkvp.de
59	BKK Verkehrsbau Union (VBU)	Lindenstraße 67	10969	Berlin	030 72612-2206	fehlverhalten@bkk-vbu.de
60	BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE	Neuffener Straße 54	72622	Nürtingen	07022 93246-31	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-voralb.de
61	BKK Werra-Meissner	Straßburger Straße 5	37269	Eschwege	05651 7451-700	gegen.fehlverhalten@bkk-wm.de
62	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstraße 19	34212	Melsungen	0561 5100 9820	maribel.sotosobrinob@bkk-wf.de
63	BKK Würth	Gartenstraße 11	74653	Künzelsau	07940 91 90 25	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-wuerth.de

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
64	BKK ZF & Partner	Otto-Lilienthal-Straße 10	88046	Friedrichshafen	07541 3908-1030	korruptionsbeauftragter@bkk-zf-partner.de
65	BKK_DürkoppAdler	Stieghorster Straße 66	33605	Bielefeld	0521 557 847 33	marc.hilken@bkk-da.de
66	BKK24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen	06731 9000-751	bekaempfung-von-fehlverhalten@bkk24.de
67	BMW BKK	Mengkofener Straße 6	84130	Dingolfing	08731 76-29878	fehlverhalten@bmwbkk.de
68	Bosch BKK	Kruppstraße 1	70469	Stuttgart	0711 252918-56	bekaempfung-fehlverhalten@bosch-bkk.de
69	Continental Betriebskrankenkasse	Sengelmanstraße 120	22335	Hamburg	040 526 777-1210	fehlverhalten@continentale-bkk.de
70	Daimler Betriebskrankenkasse	Mercedesstraße 1	28309	Bremen	0421 419-4616	hartmut.steffens@daimler-bkk.com
71	DAK-Gesundheit	Nagelsweg 27-31	20097	Hamburg	040 2396-1286	manipulationsverdacht@dak.de
72	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 40	56072	Koblenz	0261 94143-210	korruptionsbekaempfungsstelle@debeka-bkk.de
73	DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	Heresbachstraße 29	42719	Solingen	0212 2262-153	gegen.korruption@die-bergische-kk.de
74	Die Schwenninger Krankenkasse	Spittelstraße 50	78056	Villingen-Schwenningen	07720 9727 11220	korruptionsbekaempfung@die-schwenninger.de
75	energie-Betriebskrankenkasse	Brüsseler Platz 1	45131	Essen	0201 5657181 10	korruption@energie-bkk.de
76	Ernst & Young BKK	Rotenburger Straße 16	34212	Melsungen	05661 7076721	sabine.schneider@ey-bkk.de
77	Hanseatische Krankenkasse	Wandsbeker Zollstraße 86-90	22041	Hamburg	040 65696-1419	abrechnungsmanipulation@hek.de
78	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld	0521 92395-3151	fehlverhalten@heimat-krankenkasse.de
79	hkk Krankenkasse	Martinistraße 26	28195	Bremen	0421 3655-3190	sylvia.leineweber@hkk.de
80	IKK Brandenburg und Berlin	Fehrbelliner Straße 3	16816	Neuruppin	03391 517-12	ingo.besler@ikkbb.de
81	IKK classic	Tannenstraße 4b	01099	Dresden	07141 9416-15711	fehlverhaltensbekaempfung@ikk-classic.de
82	IKK gesund plus	Umfassungsstraße 85	39124	Magdeburg	0391 2806-1520	fehlverhalten@ikk-gesundplus.de
83	IKK Nord	Blücherstraße 27c	18055	Rostock	0381 367 1003	antikorruption@ikk-nord.de
84	IKK Südwest	Isaac-Fulda-Allee 7	55124	Mainz	06131 495-3060	fehlverhalten@ikk-sw.de
85	Kaufmännische Krankenkasse - KKH	Karl-Wiechert-Allee 61	30625	Hannover	0511 2802-3809	betrugsverdacht@kkh.de
86	KNAPPSCHAFT	Knappschaftstraße 1	44799	Bochum	0234 304-15100	korruptionsbekaempfung@kbs.de
87	Koenig & Bauer BKK	Friedrich-Koenig-Straße 4	97080	Würzburg	0931 909-4338	korruptionsbekaempfung@koenig-bauer-bkk.de
88	Krones BKK	Bayerwaldstraße 2L	93073	Neutraubling	09401 70-2606	oliver.zangl@krones.com
89	Merck BKK	Frankfurter Straße 129	64293	Darmstadt	06151 72 4908	sabine.itt@merckgroup.com
90	mhplus Betriebskrankenkasse	Franckstraße 8	71636	Ludwigsburg	07141 9790-9682	korruptionsbeauftragte@mhplus.de
91	Novitas BKK	Schifferstraße 92-100	47059	Duisburg	0203 545-8532	sabine.ostwald@novitas-bkk.de
92	pronova BKK	Horst-Henning-Platz 1	51373	Leverkusen	0214 32296-3092	frank.kammerer@pronovabkk.de
93	R+V Betriebskrankenkasse	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden	0611 99909-276	roland.werner@ruv-bkk.de
94	Salus BKK	Barfußgässchen 15	04109	Leipzig	0341 45337-575	fehlverhalten@salus-bkk.de
95	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg	040 3347 8169	20korruption@securvita-bkk.de
96	SIEMAG BKK	Hillnhütter Straße 89	57271	Hilchenbach	02733 29-2885	marcus.frenzel@siemagbkk.de
97	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)	Heimeranstraße 1	80339	München	089 62700-730	antikorruptionsstelle@sbk.org
98	SKD BKK	Schultesstraße 19a	97421	Schweinfurt	09721 9449-319	korruptionsbekaempfung@skd-bkk.de

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
99	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Weißensteinstraße 70-72	34131	Kassel	0561 785 13251	160_BvFKp_PF@svlfg.de
100	Südzucker BKK	Joseph-Meyer-Straße 13-15	68167	Mannheim	0621 32858-13	fehlverhalten@suedzucker-bkk.de
101	Techniker Krankenkasse	Bramfelder Straße 140	22305	Hamburg	040 6909-1110	frank.keller@tk.de
102	TUI BKK	Thiestraße 15	38226	Salzgitter	05341 405-303	fehlverhaltenimgesundheitswesen@tui-bkk.de
103	VIActiv Krankenkasse	Universitätsstraße 43	44789	Bochum	0234 479-2410	fehlverhalten@viactiv.de
104	Wieland BKK	Graf-Arco-Straße 36	89079	Ulm	0731 944-2375	u.brandel@wieland-bkk.de
105	WMF Betriebskrankenkasse	Eberhardstraße	73312	Geislingen	07331 9334-660	korruptionspraevention@wmf-bkk.de

III. Stellen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI bei den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen (sofern angezeigt)

Lfd. Nr.	Organisation	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
1	BKK Landesverband NORDWEST	Hatzper Straße 36	45149	Essen	040 25 15 05-289	korruptionsbekaempfung@bkk-nordwest.de
2	BKK Landesverband Süd	Stuttgarter Straße 105	70806	Kornwestheim	07154 1316-515	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-sued.de
3	BKK Landesverband Mitte	Olvenstedter Chaussee 126	39130	Magdeburg	0391 72518-720	ariane.pfeiler@bkkmitte.de
4	BKK Landesverband Mitte, BKK-Arbeitgebersversicherung	Olvenstedter Chaussee 126	39130	Magdeburg	0391 72518-720	korruption@bkk-aag.de
5	BKK Landesverband Bayern	Züricher Straße 25	81476	München	089 74579-111	deiler@bkk-lv-bayern.de

IV. Kontaktadressen bei den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Lfd. Nr.	Organisation	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
1	AOK-Bundesverband	Rosenthaler Straße 31	10178	Berlin	030 34646 2616	fehlverhaltensbekaempfung@bv.aok.de
2	IKK e. V.	Hegelplatz 1	10117	Berlin	030 202491-42	197a@ikkev.de
3	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	Askanischer Platz 1	10963	Berlin	030 26931-1713	manipulationsabwehr@vdek.com

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de