

FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN

Bericht über die Arbeit und die Ergebnisse
der Stellen zur Bekämpfung von
Fehlverhalten im Gesundheitswesen



Analog §§ 197a SGB V und 47a SGB XI
für den Zeitraum
1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019

Stand: Dezember 2020

Arbeit und Ergebnisse der Stellen der AOKs zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sowie der Koordinierungsstelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im AOK-Bundesverband

Der Bericht wurde auf der Grundlage der Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der folgenden AOKs erstellt:

AOK Baden-Württemberg
AOK Bayern
AOK Bremen/Bremerhaven
AOK Hessen
AOK Niedersachsen
AOK Nordost
AOK NORDWEST
AOK PLUS
AOK Rheinland/Hamburg
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
AOK Sachsen-Anhalt

Berichtszeitraum: 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019

Impressum

AOK-Bundesverband,
Stabsbereich Revision, Datenschutz,
Fehlverhaltensbekämpfung
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Inhalt

Einleitung	4
1 Grundlagen	5
1.1 Gesetzlicher Auftrag	5
1.2 Fehlverhalten im Gesundheitswesen	5
1.3 Berichtspflichten der Krankenkassen an die Selbstverwaltung	5
1.4 Nähere Bestimmungen des GKV-SV	6
1.5 Standardisierte Fallfassung aller gesetzlichen Krankenkassen	6
2 Rechtliche Rahmenbedingungen in den Jahren 2018 und 2019	7
2.1 Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	7
2.2 Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz	8
2.3 Antikorruptionsgesetz – Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen	9
3 Organisation und Zusammenarbeit	11
3.1 AOK-Gemeinschaft	11
3.2 AOK-Bundesverband	11
3.3 AOK-Kooperationsvertrag	11
3.4 Kassenartenübergreifende Zusammenarbeit auf Krankenkassenebene	11
3.5 GKV-SV	12
3.6 Staatsanwaltschaften und Polizei	12
3.7 Bekämpfung von Fehlverhalten in den AOKs – Vorgehen im Einzelfall	12
4 Kennzahlen des Berichtszeitraums	14
4.1 Standardisierte Fallfassung des GKV-SV	14
4.2 Hinweise	15
4.3 Verfolgte Fälle	15
4.4 Verursachende	16
4.5 Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	17
4.6 Schäden und gesicherte Forderungen	17
5 Fallbeispiele	21
5.1 Ausgewählte Beispiele aus dem AOK-System	21
5.2 Beispielfälle aus den Jahren 2018 und 2019	21
6 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen	27
6.1 Änderungsbedarf des § 197a SGB V	28
6.2 Änderungsbedarf im Apothekenrecht	29
6.3 Schaffung von erweiterten Erlaubnistatbeständen zur Datenverarbeitung	29
6.4 Erweitertes Betäubungsmittelregister	29
6.5 Pflegebetrug – Forderung nach übergreifenden Datenbanken	30
7 Resümee, Ausblick	31
Anlage 1: Gesetzestexte: § 197a SGB V und § 47a SGB XI	32
Abbildungsverzeichnis	35

Einleitung

Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen – insbesondere Korruption, Abrechnungsbetrug und -manipulationen – werden dem Gesundheitssystem gewaltige Finanzmittel entzogen, die den Krankenkassen nicht mehr zur Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung stehen. Allein in der vorangegangenen Berichtsperiode 2016/2017 summierten sich die gesicherten Forderungen – also die zum Beispiel im Rahmen von Urteilen oder Vergleichen verbrieften Schäden, die die gesetzlichen Krankenkassen zugunsten der Versichertengemeinschaft zurückgeholt haben – bereits auf insgesamt 49 Millionen Euro.¹ Allerdings liegt die wahre Dunkelziffer der durch das Fehlverhalten entstandenen Schäden viel höher. Basierend auf Erkenntnissen internationaler Studien wird sie allein in Deutschland für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf bis zu 16 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt.²

Mit dem zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden die §§ 197a SGB V und 47a SGB XI neu eingeführt. Danach müssen Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) organisatorische Einheiten einrichten, die Fällen und Sachverhalten nachgehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf die rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse hindeuten.

Das AOK-System hat diese gesetzliche Aufgabe umgesetzt. Alle AOKs haben Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet und Fehlverhaltensbeauftragte benannt.

Der vorliegende Bericht des AOK-Bundesverbandes fasst die Tätigkeiten und die Ergebnisse der elf AOKs im achten Berichtszeitraum der Fehlverhaltensbekämpfung vom 1. Januar 2018 bis zum 31. Dezember 2019 zusammen.

Exemplarisch werden im aktuellen Bericht auch ausgewählte Fehlverhaltensmuster aufgeführt und anonymisierte Fälle geschildert, die die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der AOK-Gemeinschaft im Berichtszeitraum verfolgten.

Ziel der regelmäßigen Berichterstattung über die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist es, die immer im Verborgenen stattfindende Kriminalität öffentlich zu machen, um die Wahrnehmung in der Bevölkerung und die Entwicklung eines Problembewusstseins insbesondere bei politischen Entscheidungsträgern zu fördern.

1 Vgl. Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, 2016–2017, Hg. GKV-SV, Berlin 2018, S. 29.

2 J. Gee, M. Button, *The financial Cost of Healthcare Fraud – What Data from around the world shows*, Portsmouth, 2015. Die in der Dunkelfeldforschung seit vielen Jahren führende University of Portsmouth errechnete für das Jahr 2019 einen Anteil von rund 6,5 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen in Europa, der aufgrund von Betrug und Korruption verloren ging. Vortrag von Prof. Mark Button, EHFCN, Berlin 18.–19.11.2019: *The Cost of Fraud in Healthcare in Europe*, University of Portsmouth.

1 Grundlagen

1.1 GESETZLICHER AUFTRAG

Die gesetzliche Grundlage zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist für die Krankenkassen in § 197a SGB V und für die Pflegekassen in § 47a SGB XI verankert. Eine entsprechende Vorschrift für die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen findet sich in § 81a SGB V, vergleiche im Einzelnen Anhang 1.

1.2 FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN

Der Rechtsbegriff „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ umfasst nach § 197a Abs. 1 SGB V und § 47a SGB XI grundsätzlich alle Fälle und Sachverhalte, die auf eine rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln oder darüber hinaus auf alle sonstigen Unregelmäßigkeiten hindeuten. Die einzige gesetzliche Eingrenzung besteht in dem notwendigen Zusammenhang der betroffenen Finanzmittel mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse. Ob das Fehlverhalten durch Leistungserbringer, Arbeitgeber, Versicherte oder Mitarbeitende der Kranken- und Pflegekassen begangen wurde, ist unerheblich.

Mit Blick auf die in § 197a Abs. 4 SGB V und § 47a SGB XI geregelte Pflicht, bei einem Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung die Staatsanwaltschaft zu unterrichten, erfasst der Begriff Unregelmäßigkeiten strafrechtlich relevantes Verhalten, das heißt vorsätzliche Vermögensstraftaten:

- 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.

Hinzu kommen typische Begleitdelikte, wie zum Beispiel Urkundenfälschung (§ 267 StGB), oder das Fälschen beziehungsweise Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§§ 277, 278 StGB) sowie einschlägige Straftatbestände des Nebenstrafrechts (zum Beispiel § 29 BtMG oder § 95 AMG) und Ordnungswidrigkeiten.

Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch, die nicht als Unregelmäßigkeiten aufgefasst werden, fallen unter den Begriff der „rechtswidrigen Nutzung von Finanzmitteln“, ohne dass es auf ein Verschulden ankommt.

Damit werden – letztlich im Sinne eines Auffangtatbestandes – alle nach dem geltenden Strafrecht straflosen regelwidrigen Vermögensverfügungen zulasten der GKV oder der Pflegeversicherung erfasst. Dazu zählen nicht nur Verstöße gegen sozialgesetzliche Verbote, zum Beispiel

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

Darüber hinaus fallen darunter insbesondere Vertragsverstöße, 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, vergleiche § 128 Abs. 3 SGB V.

1.3 BERICHTSPFLICHTEN DER KRANKENKASSEN AN DIE SELBSTVERWALTUNG

Gemäß § 197a Abs. 5 SGB V und § 47a SGB XI haben die Vorstände der Kranken- und Pflegekassen und des GKV-SV dem jeweiligen Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten. In dem Bericht sind zusammenfassend die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, die

Anzahl der nachgewiesenen Fälle, die Art und Schwere des Pflichtverstoßes und die dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sowie sonstige geeignete Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.

Aufgrund dieser Vorschrift erfolgt die Berichterstattung zur Fehlverhaltensbekämpfung bei der AOK auf mehreren Ebenen. Zum einen erfolgt je AOK eine Berichterstattung im jeweiligen Verwaltungsrat, die die Situation zum Fehlverhalten bezogen auf das jeweilige Geschäftsgebiet darstellt. Weiterhin erfolgt für das AOK-System eine Zusammenführung auf Ebene dieses Berichtes durch die beim AOK-Bundesverband eingerichtete Koordinierungsstelle (siehe 3.2). Diese Zusammenführung dient der Transparenz und Vergleichbarkeit der AOK-Gemeinschaft gegenüber bundesunmittelbaren Krankenkassen und der Gesamt-GKV. Ebenso können so gemeinsame Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen kommuniziert werden (siehe 6). Auf Ebene des AOK-Bundesverbandes erfolgt eine Berichterstattung im Aufsichtsrat analog zum Vorgehen bei den Verwaltungsräten der Krankenkassen und beim GKV-SV. Darüber hinaus fließen die Zahlen der AOK in den Gesamtbericht des GKV-SV ein, der dem dortigen Verwaltungsrat vorgelegt wird. Die Berichtszeiträume sind jeweils synchron, sodass eine Vergleichbarkeit der Entwicklungen gewährleistet wird.

1.4 NÄHERE BESTIMMUNGEN DES GKV-SV

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen vom 4. Juni 2016 wurde der GKV-SV im neu eingefügten Abs. 6 des § 197a SGB V verpflichtet, nähere Bestimmungen über die Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu treffen. Eine Arbeitsgruppe im GKV-SV, in der alle Kassenverbände und auch die AOK-Gemeinschaft vertreten sind, hat die „Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a Abs. 6 SGB V und § 47a SGB XI erarbeitet. Sie sind zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Daraus ergeben sich für den

Berichtszeitraum ab dem 1. Januar 2018 sowohl Neuregelungen für die Organisation und Arbeit der Stellen als auch Änderungen in Bezug auf die Tätigkeitsberichte und die darin enthaltenen Kennzahlen.

1.5 STANDARDISIERTE FALLERFASSUNG ALLER GESETZLICHEN KRANKEN- KASSEN

Um eine bessere Vergleichbarkeit, Auswertbarkeit und Transparenz der Berichte aller Krankenkassen zu schaffen, hat die Arbeitsgruppe Fehlverhalten des GKV-SV eine „Standardisierte Fallfassung“ entwickelt, die den Berichten zugrunde liegenden Falldaten vereinheitlichen soll.

Alle Kranken- und Pflegekassen erheben zu diesem Zweck im Bereich der Fehlverhaltensbekämpfung abgestimmte Basisdaten nach einem standardisierten Verfahren. Auf Basis der standardisierten Daten berechnet jede Krankenkasse einheitliche Kennzahlen, die in die Berichte eingehen und einen Überblick über die Bekämpfung von Fehlverhalten sowie eine Vergleichbarkeit zwischen den Krankenkassen bieten.

Im Zuge der Weiterentwicklung der näheren Bestimmungen erhebt der GKV-SV auch neue Kennzahlen. Bisher wurden die Summen der Hinweise, Fälle und Schäden jeweils nach dem betroffenen Leistungsbereich erfasst. Im aktuellen Bericht ist darüber hinaus die Anzahl der hinter den Hinweisen und Fällen stehenden Verursachenden, also die Anzahl der Leistungserbringer, Versicherten oder sonstigen Verursachenden (zum Beispiel unbekanntere Täterinnen und Täter) erfasst. Des Weiteren werden erstmalig nicht nur die gesicherten Forderungen, sondern auch die entstandenen Schäden dokumentiert.

Die Erfassung der neuen Kennzahlen soll zukünftig zu mehr Transparenz führen und kann helfen aufzuzeigen, welche Tatbeteiligten welche Schäden verursacht haben. So wurde in der Vergangenheit ein Betrug im Bereich Pflegeversicherung häufig mit einem Betrug durch Pflegedienste gleichgesetzt. Dabei wurde übersehen, dass auch Versicherte, Familienangehörige oder sonstige Personen, zum Beispiel Betreuerinnen und Betreuer, Täterinnen und Täter oder Tatbeteiligte bei einem Betrug im Bereich Pflegeversicherung sein können.

2 Rechtliche Rahmenbedingungen in den Jahren 2018 und 2019

Im aktuellen Berichtszeitraum hatten unter anderem folgende gesetzliche Änderungen Auswirkungen auf die Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

2.1 TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ (TSVG)

Mit dem durch das TSVG eingeführten neuen Absatz 3b im § 197a SGB V haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten – über die Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung hinaus – im Einzelfall personenbezogene Daten an weitere Stellen zu übermitteln, wenn es sich um einen in Bezug auf Korruption, Abrechnungsbetrug oder sonstige strafbare Handlung im Sinne des Absatzes 1 ungewöhnlichen Sachverhalt handelt. Mit der Einfügung des neuen Absatzes 3b wurden datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt. Die Notwendigkeit dieser gesetzlichen Änderung hatte die AOK bereits seit 2015 wiederholt vorgebracht und ausführlich begründet.

Seit dem Inkrafttreten des TSVG im Mai 2019 dürfen die Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung personenbezogene Daten nicht nur untereinander austauschen. Sie dürfen Daten auch an weitere Stellen, etwa an Zulassungs- oder Abrechnungsstellen, übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Empfängerstelle erforderlich ist. Darüber hinaus dürfen nun auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) personenbezogene Daten, die sie erheben, an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen übermitteln, wenn sie Auffälligkeiten im Rahmen ihrer Abrechnungsprüfungen feststellen.

Mit der von der AOK und dem GKV-SV vorgeschlagenen Änderung des § 197a SGB V werden die Krankenkassen in die Lage versetzt, sich mit dem MDK und den zuständigen Zulassungsstellen auszutauschen.

Die ausdrückliche Benennung der Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als möglichen Übermittlungszweck stellt unmissverständlich klar, 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. Allerdings gelingt es nur selten, die Vermeidung dem reaktiven Versuch vorzuziehen, nach der Tatbegehung den entstandenen Schaden durch mühevollen und oft fruchtlose Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverhandlungen wieder einzufordern.

Die Regelungen aus dem TSVG helfen aber noch nicht allen datenschutzrechtlichen Rechtsunsicherheiten ab. Insoweit besteht weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf.

Das Gesetz lässt noch offen, welche Übermittlungswege zum Informationsaustausch sinnvoll sind, um Fehlverhalten im Gesundheitswesen in sämtlichen Versorgungsbereichen effektiv zu verhindern. Erkenntnisse des Bundeskriminalamtes über den bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug, zum Beispiel durch Pflegedienste, haben demgegenüber längst aufgezeigt, dass zur effektiven Verhinderung von Fehlverhalten der Aufbau einer organisationsübergreifenden GKV-Betrugspräventions-Datenbank erforderlich ist.³ Deshalb setzt sich die AOK dafür ein, für den Austausch von personenbezogenen Daten im Rahmen der Fehlverhaltensbekämpfung auch Datenbanken zuzulassen, die von Dritten betrieben werden (Fraud Prevention Pool). Solch eine Regelung könnte sich zum Beispiel an der erst

³ Vgl. Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen, Abschlussbericht vom 5.5.2017 zum Projekt Curafair, Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch russischsprachige Pflegedienste, S. 13 f.

jüngst erfolgten gesetzlichen Klarstellung des § 47 Abs. 5 GwG orientieren, bei der es gelang, offenkundige langjährige Meinungsverschiedenheiten der Landesdatenschutzbeauftragten und der Bundesdatenschutzbeauftragten schließlich auszuräumen.⁴

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Dem § 197a Abs. 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.“

2.2 GESETZ FÜR BESSERE UND UNABHÄNGIGERE PRÜFUNGEN – MDK-REFORMGESETZ⁵

Nach der zum 7. Mai 2019 in Kraft getretenen Neuregelung des § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V darf der MDK personenbezogene Daten, die er zur Erfüllung seiner Aufgaben erhebt oder erhält, an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten erforderlich ist. Diese Regelung soll aber laut Gesetzesbegründung vor allem die bereits bestehenden Übermittlungsbefugnisse nach § 275b SGB V und die Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulante Pflege vervollständigen. Sie soll deutlich machen, dass Mitarbeitende des MDK, die bei der Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von § 197a Abs. 1 SGB V entdecken, diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen übermitteln dürfen, zum Beispiel bei Abrechnungsverstößen ambulanter Pflegedienste.

Auch für Abrechnungsverstöße im Krankenhaus sollten aus Sicht der AOK entsprechende gesetzliche Pflichten unmittelbar in § 275c SGB V neu geregelt werden. Bestätigt sich der Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, dann hat der MDK die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der zuständigen Krankenkasse einzubinden.

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

Zur verbesserten Aufdeckung, Bekämpfung und Prävention von Abrechnungsbetrug im Krankenhaus besteht Optimierungspotenzial in Bezug auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Krankenhausabrechnung. Könnten die Fehlverhaltensstellen der Krankenkassen in den eindeutigen Verdachtsfällen die Staatsanwaltschaften häufiger als bislang unterrichten, ließen sich damit nicht nur das bestehende – beispielsweise im Vergleich zur MDK-Prüfung in der ambulanten Pflege – auffällige Ungleichgewicht in den Fallzahlen der Strafverfolgungspraxis beheben, sondern auch Druck auf die selbstregulativen Prozesse in den Krankenhäusern ausüben.

Daher hat die AOK den Änderungsvorschlag des GKV-SV unterstützt, nach § 275 Abs. 2 SGB V folgenden Abs. 2a neu einzufügen.

⁴ Vgl. Bundestags-Drucksache 18/12405, S. 169 f.

⁵ Siehe <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2019/kw39-de-mdk-reformgesetz-657412> und www.bundesgesetzblatt.de, Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2019, Teil I, Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 20.12. 2019, S. 2789 ff.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

„(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.“

2.3 ANTIKORRUPTIONSGESETZ – BESTECHLICHKEIT UND BESTECHUNG IM GESUNDHEITSWESEN⁶

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen (Antikorruptionsgesetz)⁷ finden seit 2016 die neuen Straftatbestände (§§ 299a, 299b StGB Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen) und der ergänzte Straftatbestand § 300 StGB Anwendung. Korruption und Betrug im Gesundheitswesen gehen zulasten der Qualität der medizinischen Versorgung und verursachen erhebliche Kosten. Korruption muss in der Gesundheitsversorgung sanktioniert werden, damit das nachhaltige Ver-

trauen aller Beitragszahler in die Solidargemeinschaft nicht beschädigt wird.

Mit dem Antikorruptionsgesetz hat der Gesetzgeber eine Strafbarkeitslücke geschlossen, die nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 29. März 2012 entstanden war.⁸ Darin hatte der BGH festgestellt, dass niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte nicht von den bis dahin bestehenden strafrechtlichen Regelungen zur Bestechlichkeit und Bestechung erfasst werden, wenn sie umsatzbezogene Rückvergütungen, sogenannte Kick-back-Zahlungen, von der Pharmaindustrie für ihr Ordnungsverhalten erhalten. Mit der Einführung der §§ 299a, b StGB ist die strafrechtliche Ungleichbehandlung von niedergelassenen und angestellten beziehungsweise verbeamteten Klinikärzten abgeschafft worden.⁹

Bei Verstößen gegen § 299a StGB (Bestechlichkeit im Gesundheitswesen) und § 299b StGB (Bestechung im Gesundheitswesen) drohen Geldstrafen oder bis zu drei Jahren, in besonders schweren Fällen bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe (§ 300 StGB).

Der Bundeslagebericht Korruption des Bundeskriminalamtes 2018¹⁰ zeichnet seitdem folgende Entwicklung auf.

6 Siehe Bundeskriminalamt (BKA), Bundeslagebericht Korruption 2018, S. 4; Stand August 2019 https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/Lagebilder/Korruption/korruption_node.html

7 Vgl. Bundestags-Drucksache 18/6446, S. 10.

8 Vgl. Bundesgerichtshof in Strafsachen (BGHSt) 57, 202 ff.

9 Vgl. Bundestags-Drucksache 18/6446, S. 11.

10 https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Korruption/korruption_Bundeslagebild2018.html aufgerufen am 2020-07-20, Seite 4.

Im Vergleich der vergangenen Jahre ist zwar ein Rückgang zu verzeichnen. Jedoch lassen sich daraus noch keine Trendergebnisse ableiten. Zur Strafbarkeit wegen Bestechung/Bestechlichkeit gemäß §§ 299a, b StGB gibt es weiterhin noch keine wegweisende höchst- beziehungsweise obergerichtliche Rechtsprechung. Da gegenseitig gewährte Tatvorteile meist im Dunkeln bleiben und eine sogenannte Unrechtsvereinbarung meist nicht nachweisbar ist, ist die praktische justizielle Relevanz noch sehr gering.

hungsweise obergerichtliche Rechtsprechung. Da gegenseitig gewährte Tatvorteile meist im Dunkeln bleiben und eine sogenannte Unrechtsvereinbarung meist nicht nachweisbar ist, ist die praktische justizielle Relevanz noch sehr gering.

Abbildung 1: Übersicht der Korruptionsstraftaten

Straftat	2016	2017	2018	Tendenz
§ 299 StGB – Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr	701	1.197	535	↘
§ 299a StGB – Bestechlichkeit im Gesundheitswesen	8	624	40	↘
§ 299b StGB – Bestechung im Gesundheitswesen	8	66	29	↘
§ 300 StGB – Besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr und im Gesundheitswesen	0	2	2	↗

3 Organisation und Zusammenarbeit

3.1 AOK-GEMEINSCHAFT

In vielen Fällen endet der Verdacht auf ein Fehlverhalten nicht an der Landesgrenze und der damit oftmals verbundenen Grenze des Geschäftsgebiets einer AOK. Um Hinweisen nachgehen zu können und Fälle erfolgreich ermitteln und abschließen zu können, müssen die Fehlverhaltensstellen der AOKs untereinander, aber auch mit anderen Kassenarten zusammenarbeiten. Die AOK-Fehlverhaltensbeauftragten arbeiten kontinuierlich beim AOK-Bundesverband im Fachteam Fehlverhaltensbekämpfung an der Verbesserung dieser Kooperation.

3.2 AOK-BUNDESVERBAND

Der AOK-Bundesverband ist als Koordinierungsstelle für die Fehlverhaltensbekämpfung der AOK-Gemeinschaft tätig. Er bündelt beispielsweise die Anforderungen aus den AOKs und vertritt diese auf der Bundesebene gegenüber der Politik, dem Gesetzgeber und im GKV-SV. Darüber hinaus stellt der AOK-Bundesverband eine Gremienstruktur zur Entscheidungsfindung sowie eine Kommunikationsplattform zur Verfügung, um den Informationsaustausch der Fehlverhaltensbeauftragten zu unterstützen.

Im Rahmen der AOK-übergreifenden Zusammenarbeit finden unter der Leitung des AOK-Bundesverbandes regelmäßig Arbeitstreffen des Fachteams Fehlverhaltensbekämpfung statt. In den Sitzungen werden strategische und politische Fragestellungen und gesetzliche Rahmenbedingungen der Fehlverhaltensbekämpfung erörtert. Ebenso erfolgt auf Ebene des AOK-Bundesverbandes eine Vernetzung mit anderen Fachgremien im AOK-System.

3.3 AOK-KOOPERATIONSVERTRAG

Der ursprüngliche Kooperationsvertrag zwischen den AOKs und dem AOK-Bundesverband ist seit dem 1. Juni 2011 in Kraft und regelt neben den Grundsätzen zur Zusammenarbeit auch die Grundlagen der wechselsei-

tigen Beauftragung und Fallbearbeitung sowie das Vorgehen im Rahmen der Schadensregulierung und Verteilung von zurückgeholten Geldmitteln.

Durch zwischenzeitlich eingetretene organisatorische und rechtliche Änderungen haben die AOKs und der AOK-Bundesverband ihren Kooperationsvertrag weiterentwickelt. Die neue Fassung trat zum 1. April 2019 in Kraft. Bei der Neufassung wurde die Rolle des AOK-Bundesverbandes als koordinierende Stelle stärker herausgestellt.

Zudem finden anlassbezogen Fallkonferenzen statt, bei denen AOK-übergreifende Sachverhalte besprochen werden. Im Rahmen der Arbeitssitzungen erfolgt ein fallorientierter Austausch über Sachverhaltskonstellationen und Vorgehens- beziehungsweise Tatmuster im Fehlverhalten. In der Regel vom Ortsprinzip ausgehend übernimmt eine AOK die Fallfederführung für das gesamte AOK-System, wenn überregionale Sachverhalte nachzuverfolgen sind. Die fallfederführende AOK unterrichtet dann die jeweils betroffenen AOKs regelmäßig über den Fortgang der Ermittlungen und übernimmt zum Beispiel die Vertretung aller AOKs gegenüber Staatsanwaltschaften und Gerichten sowie die Schadensregulierung. Durch diesen Austausch erfüllen die Vereinbarungspartner die gesetzlich normierte Pflicht zur Zusammenarbeit gemäß § 197a Abs. 3 SGB V innerhalb der AOK-Gemeinschaft.

3.4 KASSENARTENÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT AUF KRANKENKASSEN-EBENE

Basis für die Zusammenarbeit der Krankenkassen ist in vielen Bundesländern ebenfalls eine abgeschlossene Kooperationsvereinbarung. Ausweislich dieser Kooperationsvereinbarung treffen sich die AOKs regelmäßig mit den anderen Krankenkassenvertretern. Sie informieren sich gegenseitig über festgestellte Sachverhaltskonstellationen, tauschen sich über Verdachtsfälle und Muster von Fehlverhalten aus und beschließen eine gemeinsame Vorgehensweise, zum Beispiel eine gemeinsame Straf-

anzeige. Teilweise nehmen an den Gesprächen auch Vertreterinnen und Vertreter der Staatsanwaltschaften und der Kriminalbehörden teil.

Auf Basis der Kooperationsvereinbarungen können einzelne Kranken- und Pflegekassen bei örtlicher Zuständigkeit federführend für nahezu die gesamte GKV Aufgaben übernehmen. Dies verkürzt den Ermittlungsaufwand bei Polizei und Staatsanwaltschaft und beschleunigt die Verfahren.

Grundlage der Kooperation der Kassen ist ebenfalls § 197a SGB V, der sie im Absatz 3 Satz 1 verpflichtet, bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten.

3.5 GKV-SV

Die kassenartenübergreifende Zusammenarbeit auf strategischer Ebene koordiniert die beim GKV-SV etablierte Stelle „Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen“. In einer innerhalb der Gremienlogik des GKV-SV eingerichteten Arbeitsgruppe treffen sich Fehlverhaltensbeauftragte der Krankenkassen und Verbände, um sich über das gemeinsame und strukturierte Vorgehen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen abzustimmen. Regelmäßige Schwerpunkte der Beratungen sind insbesondere gesetzliche Entwicklungen, Abstimmung von Stellungnahmen oder auch die Weiterentwicklung der Anwendung zur Fallfassung.

Der GKV-SV stellt den gesetzlich geforderten Erfahrungsaustausch zwischen allen Kranken- und Pflegekassen, den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, den berufsständischen Kammern und den Staatsanwaltschaften in geeigneter Form, zum Beispiel Fachtagungen, sicher. Auch die Aufsichtsbehörden werden über das Ergebnis dieses Erfahrungsaustauschs informiert.

Die Vertreterinnen und Vertreter des AOK-Bundesverbandes und der AOKs nehmen regelmäßig an den jährlichen Fachtagungen des GKV-SV teil, bei denen auch Staatsanwältinnen und -anwälte und Kriminalbeamtinnen und -beamte aus den unterschiedlichsten Regionen Deutschlands anwesend sind. Hierdurch wird ein intensiver Austausch über die jeweiligen Fachthemen sichergestellt.

3.6 STAATSANWALTSCHAFTEN UND POLIZEI

Die Zusammenarbeit mit den Polizeibehörden und Staatsanwaltschaften gestaltet sich länderspezifisch unterschiedlich. In manchen Ländern bestehen Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Fehlverhalten beziehungsweise Betrug im Gesundheitswesen, wie in Bayern, Thüringen und seit 1. Januar 2020 auch in Mecklenburg-Vorpommern. In Bremen besteht in dem Bereich für Wirtschaftskriminalität eine Sonderzuweisung für Betrug im Gesundheitswesen von Angehörigen von Heilberufen.

Die eingeschränkten personellen Ressourcen der Ermittlungsbehörden erschweren eine effiziente Verfolgung. Oft wird der Zeitraum, für den ermittelt wird, von der Staatsanwaltschaft stark eingegrenzt, da lediglich im Rahmen der Strafzumessung der Zeitraum der Tat eine Rolle spielen kann.

Einige Stellen der AOKs nach § 197a SGB V halten unter anderem Vorträge an Polizeihochschulen, bei der Kriminalpolizei oder anderen Ermittlungsbehörden. Ebenso fanden mehrere Hospitationen von Polizeibeamtinnen und -beamten in den AOKs mit dem Ziel statt, deren sozialrechtliche Kenntnisse für die polizeilichen Ermittlungen zu erweitern. Umgekehrt hospitierten AOK-Mitarbeitende bei Ermittlungsbehörden.

Die Strafverfolgungsbehörden greifen immer wieder auf das Spezialwissen und die Kenntnisse der AOKs zurück. Die Mitarbeitenden der AOKs unterstützen die polizeilichen und staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen mit ihrer Fachkenntnis insbesondere im Bereich der sozialrechtlichen Regelungen. Dies betrifft beispielsweise die Schadensberechnung oder auch qualifizierte Zeugenaussagen in Gerichtsverhandlungen.

3.7 BEKÄMPFUNG VON FEHLVERHALTEN IN DEN AOKS – VORGEHEN IM EINZELFALL

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind je nach AOK unterschiedlichen Bereichen zugeordnet, zum Beispiel dem Justizariat, dem

Bereich Revision, oder sie sind als Stabsbereich eingerichtet. Die Stellen sind unabhängig und haben in der Regel den erforderlichen direkten Zugang zum Vorstand.

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der AOKs erhalten externe sowie interne Hinweise. Der Großteil der Hinweise in den Jahren 2018 und 2019 stammt von externen Gebern, zum Beispiel von Versicherten und deren Angehörigen, von Staatsanwaltschaften und Polizei, Mitarbeitenden der Leistungserbringer etc.

Nach Eingang der Hinweise und deren Aufnahme in eine Fall-Datenbank prüfen die Mitarbeitenden, ob der aufgenommene Fall ein Fehlverhalten darstellt und welche Möglichkeiten zur Nachweisführung des Fehlverhaltens bestehen.

Die anschließende umfassende Recherche zu den Sachverhalten erfolgt unter Berücksichtigung aller relevanten

rechtlichen Grundlagen und vertraglichen Vereinbarungen. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit den jeweilig zuständigen Fachbereichen.

Nach Abschluss der Recherchen wird geprüft, ob ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die GKV beziehungsweise für die soziale Pflegeversicherung besteht und somit eine Mitteilung an die zuständige Ermittlungsbehörde erfolgen muss (§ 197a Abs. 4 SGB V). Ebenfalls wird mit den zuständigen Fachbereichen die weitere Verfahrensweise für den sozialversicherungsrechtlichen Bereich abgestimmt.

Neben dem nun gegebenenfalls laufenden Ermittlungs- oder Strafverfahren wird geprüft, wie der bei der AOK entstandene Schaden durch den Vertragspartner, Leistungserbringer oder Versicherten reguliert werden kann.

4 Kennzahlen des Berichtszeitraums

4.1 STANDARDISIERTE FALLERFASSUNG DES GKV-SV

Die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der einzelnen Krankenkassen wird anhand vergleichbarer Kennzahlen im Wege der „Standardisierten Fallfassung“, die der GKV-SV vorgibt, dokumentiert. Diese Berichtskennzahlen wurden kontinuierlich fortgeschrieben und zum 1. Januar 2018 um zusätzliche Kennzahlen erweitert. Die Erhebung und zentrale Zusammenführung der erweiterten Kennzahlen erfolgt ab dem Berichtszeitraum 2018/2019 ausschließlich elektronisch über die vom GKV-SV bereitgestellte Fachanwendung.

Im Wesentlichen unterscheiden sich die Kennzahlen des aktuellen Berichts von denen des letzten Berichtszeitraumes 2016/2017 dadurch, dass diese in zwei Tabellenblättern dargestellt werden. Hierbei wird in Teil 1 über die Summe der Hinweise, Fälle, Schäden sowie Straf-

anzeigen nach den jeweils betroffenen Leistungsbereichen berichtet. Dieser Berichtsteil wurde noch um die Kennzahlen der nachgewiesenen Fälle, der entstandenen Schäden sowie des verhinderten Schadens ergänzt. Der neue zusätzliche Teil 2 enthält Aussagen darüber, welche Hinweise durch welche Leistungserbringer, Versicherte, Arbeitgeber und Mitarbeitende der Kranken- und Pflegekasse gegeben wurden.

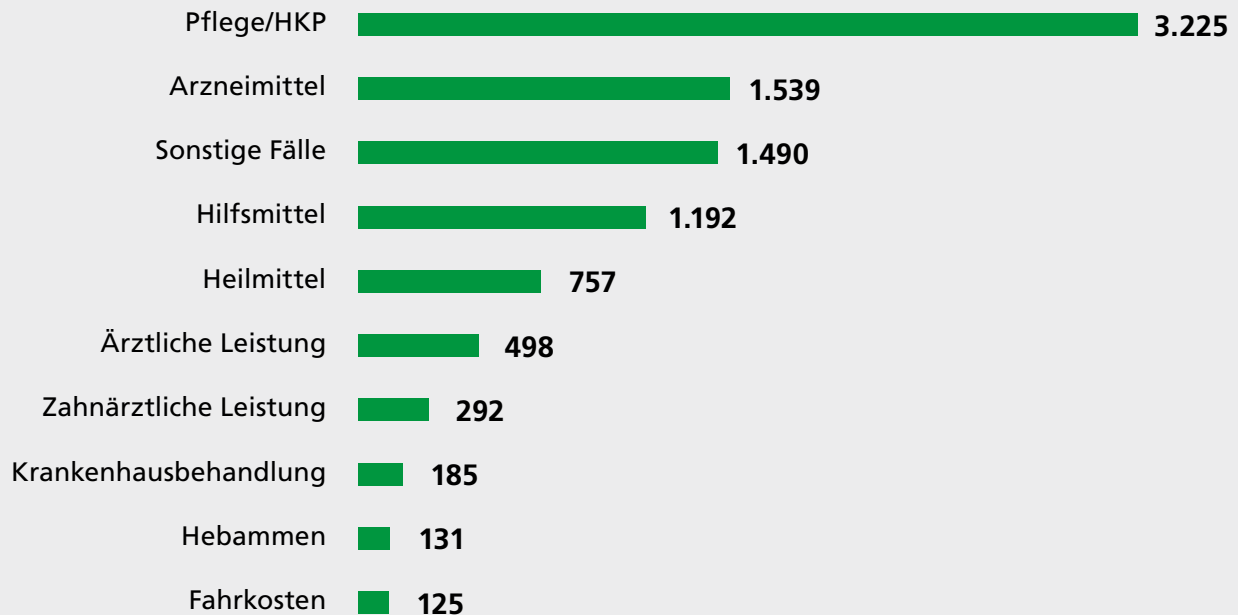
Man unterscheidet somit in den beiden Tabellen zwischen den betroffenen Leistungsbereichen, in denen der Krankenkasse ein Schaden entstanden ist, und Verursachenden, das können Leistungserbringer, Versicherte oder Mitarbeitende sein, die für einen Schaden verantwortlich sind.

Entsprechend dieser Systematik weist die AOK-Gemeinschaft für den Berichtszeitraum vom 1. Januar 2018 bis zum 31. Dezember 2019 folgende Kennzahlen aus.

Abbildung 2: Übersicht der eingegangenen Hinweise, Fälle, Meldungen bei der Staatsanwaltschaft sowie gesicherte Forderungen

Inhaltsbeschreibung	2016/2017	2018/2019	Differenz zum Vorjahr	Relative Änderung
1. Anzahl der eingegangenen Hinweise insgesamt	10.399	11.082	+ 683	6,57 %
1.1 Anzahl der externen Hinweise	5.483	6.126	+ 643	11,73 %
1.2 Anzahl der internen Hinweise	4.916	4.956	+ 40	0,81 %
2. Anzahl der verfolgten Fälle	14.472	15.294	+ 822	5,68 %
2.1 Anzahl verfolgter Bestandsfälle	5.170	5.860	+ 690	13,34 %
2.2 Anzahl verfolgter Neufälle	9.302	9.434	+ 132	1,42 %
3. Anzahl der abgeschlossenen Fälle	8.582	9.051	+ 469	5,46 %
4. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	1.416	1.513	+ 97	6,85 %
5. Höhe der gesicherten Forderungen in Euro	27.015.626	37.185.178	+ 10.169.552	37,64 %

Abbildung 3: Neufälle nach Leistungsbereichen



4.2 HINWEISE

Im aktuellen Berichtszeitraum wurden insgesamt 11.082 neu eingegangene Hinweise erfasst. Davon waren 4.956 Hinweise interner und 6.126 externer Herkunft. Von den bearbeiteten Fällen wurden im Berichtszeitraum 9.051 Fälle abgeschlossen.

4.3 VERFOLGTE FÄLLE

Die Fälle in den einzelnen Leistungsbereichen unterteilen sich ebenso wie im vergangenen Berichtszeitraum in verfolgte Bestandsfälle und verfolgte Neufälle. Verfolgte Bestandsfälle sind diejenigen Fälle, die im aktuellen Berichtszeitraum bearbeitet, jedoch bereits in einem vorherigen Berichtszeitraum eröffnet wurden. Als verfolgte Neufälle gelten diejenigen Fälle, die im aktuellen Berichtszeitraum entstanden sind. Die Summe der verfolgten Bestands- und Neufälle ergibt somit die Anzahl der verfolgten Fälle im Berichtszeitraum 2018/2019.

Insgesamt haben die AOKs in diesem Berichtszeitraum 15.294 Fälle verfolgt. Diese unterteilen sich in 9.434 Neufälle (62 Prozent) und 5.860 Bestandsfälle (38 Prozent).

An erster Stelle bei den Neufällen steht wie im vergangenen Berichtszeitraum Fehlverhalten im Kontext der Pflege und der Häuslichen Krankenpflege (*Abbildung 3*). Ursache dafür dürfte unter anderem das Dritte Pflegegestärkungsgesetz sein, das zu vielen Hinweisen auf Inkonsistenzen durch den MDK geführt hat. Das Medienecho auf die Pflegebetrugsfälle dürfte ebenso dazu beigetragen haben, dass Krankenkassen, Familienangehörige, aber auch unzufriedene Mitarbeitende auf Unstimmigkeiten bei der Häuslichen Krankenpflege und Pflege hingewiesen haben.

An zweiter Stelle rangieren Arzneimittel, gefolgt von sonstigen Fällen. Dahinter verbergen sich verschiedene Delikte, wie zum Beispiel Falschangaben bei Leistungsanträgen, Einlösen einer gefälschten Arzneimittelverordnung in einer Apotheke oder Missbrauch der elektronischen Gesundheitskarte.

4.4 VERURSACHENDE

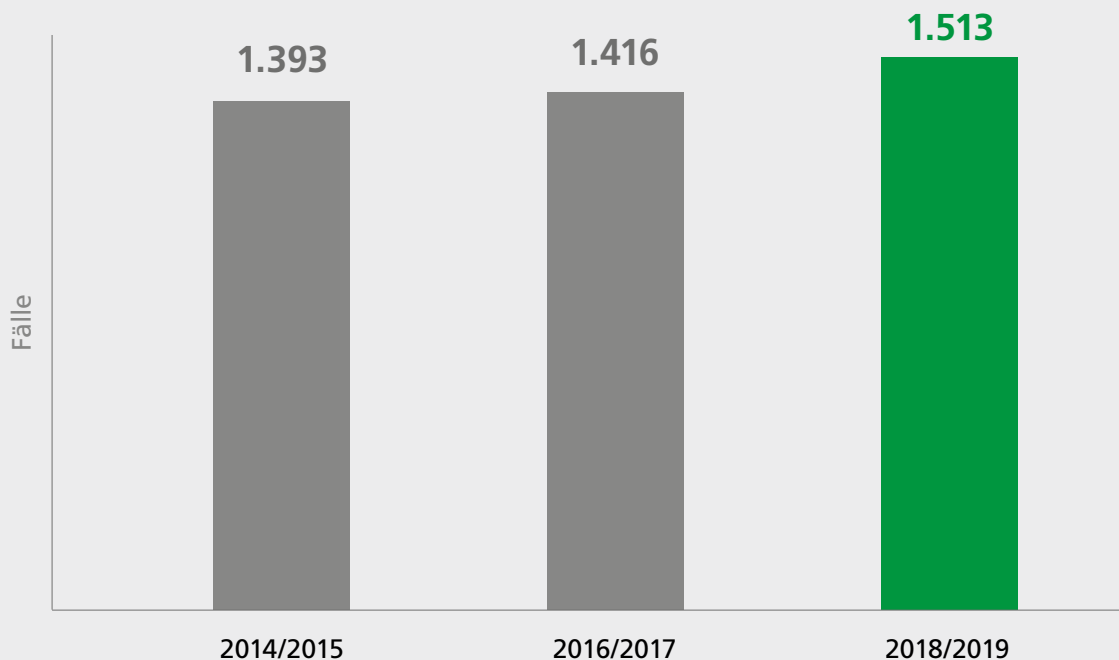
Neben dem Leistungsbereich, in dem der Schaden für die AOKs entstanden ist, wird im vorliegenden Berichtszeitraum erstmals berücksichtigt, welchem Bereich der/die Schadensverursachende zugeordnet werden kann

(Abbildung 4). Die Neufälle beziehen sich zu fast 21 Prozent auf Hilfsmittelanbieter. Es folgen Versicherte (zum Beispiel Beteiligung bei Verhinderungspflege-Betrug, Arzneimittelmisbrauchsfälle), Beschuldigte im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege sowie ambulante Pflegedienste.

Abbildung 4: Anzahl der hinter Hinweisen und Fällen stehenden Verursachenden*

	Anzahl der Verursachenden* – Hinweise		Anzahl der Verursachenden* – verfolgte Fälle		Anzahl der Verursachenden*	
	Externe Hinweise	Interne Hinweise	Bestandfälle	Neufälle	Abgeschlossene Fälle	Nachgewiesene Fälle
* Verursachende: Leistungserbringer, Versicherte, Arbeitgeber und Mitarbeitende der Kranken- und Pflegekassen, bei denen es im Berichtszeitraum bei der jeweils betroffenen Kasse Hinweise, Fälle von Pflichtverletzungen beziehungsweise Leistungsmisbrauch gegeben hat.						
a) Krankenversicherung (SGB V)						
aa) Ärztliche Leistungserbringer	589	699	792	901	831	253
bb) Zahnärztliche Leistungserbringer	140	193	178	308	264	62
cc) Apotheken	427	889	608	1.219	1.212	443
dd) Heilmittelerbringer	558	388	1.098	809	953	512
ee) Hilfsmittelerbringer	374	1.232	732	1.526	1.531	996
ff) Krankenhaus	190	58	123	200	169	36
hh) Krankenbeförderungsunternehmen	105	54	110	127	114	48
hh) Leistungserbringer Vorsorge und Rehabilitation	32	16	26	42	35	11
ii) Leistungserbringer Soziale Dienste, Prävention	24	62	23	77	73	42
jj) Hebammen	38	99	102	133	143	53
kk) Leistungserbringer Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	1.302	599	944	1.737	1.419	783
b) Leistungserbringer Pflegeversicherung (SGB XI)						
c) Versicherte	1.367	1.020	1.351	1.878	1.742	796
d) Arbeitgeber	145	82	162	136	127	47
e) Mitarbeitende Kranken- und Pflegekassen	10	16	10	22	17	9
f) Sonstige	232	100	208	242	248	105
Gesamt	6.877	6.020	7.259	10.899	10.334	4.834

Abbildung 5: Unterrichtung der Staatsanwaltschaft



4.5 FÄLLE MIT UNTERRICHTUNG DER STAATSANWALTSCHAFT

Im Berichtszeitraum 2018/2019 wurde insgesamt bei 1.513 Neufällen (16 Prozent) die Staatsanwaltschaft informiert. Das sind Fälle, bei denen nach Ansicht der AOK ein Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung besteht (Abbildung 5).

4.6 SCHÄDEN UND GESICHERTE FORDERUNGEN

4.6.1 ENTSTANDENER SCHADEN

Erstmals wird im aktuellen Berichtszeitraum der entstandene Schaden als Kennzahl ausgewiesen. Laut Gesetz-

zesbegründung soll damit der jeweilige Gesamtschaden für die GKV und die Pflegeversicherung beziffert werden, „der durch Prüfungen nicht vermieden werden konnte“.¹¹ Die entstandenen Schadenssummen bezeichnen somit die im Rahmen der Ermittlungen konkret feststellbaren beziehungsweise berechenbaren Forderungsbeträge inklusive des normativen Schadens. Die Summe der entstandenen Schäden im Berichtszeitraum beträgt zirka 96 Millionen Euro und wurde spätestens zum Zeitpunkt des Fallabschlusses ausgewiesen.

4.6.2 GESICHERTE FORDERUNGEN

Gesicherte Forderungen sind laut den näheren Bestimmungen Schäden „in Euro, die unanfechtbar festgestellt wurden, durch gerichtliche oder außergerichtliche Durchsetzung“.

¹¹ Bundestags-Drucksache 18/6446, S. 24 f.

Die gesicherte Forderung beziffert damit den Teil des Schadens, der ursprünglich den für die Versorgung der Versicherten vorgesehenen Finanzmitteln durch Fehlverhalten entzogen wurde und durch die aktive Ermittlungsarbeit der Fehlverhaltensstellen zurückgeholt werden konnte.

Ein Problem bei der Durchsetzung von Forderungen ist häufig eine Insolvenz der Schuldnerinnen und Schuldner – eine negative Entwicklung, die im aktuellen Berichtszeitraum insbesondere bei Pflegediensten zu beobachten war. Aus diesen Gründen entspricht der entstandene Schaden nicht den im jeweiligen Berichtszeitraum gesicherten Forderungen.

Die Höhe der gesicherten Forderungen der AOK-Gemeinschaft betrug im Berichtszeitraum 2018/2019 insgesamt 37.185.178 Euro und lag damit um zirka zehn Millionen Euro höher als im Berichtszeitraum 2016/2017.

Nach Anzahl der Hinweise, der bearbeiteten Fälle sowie der gesicherten Rückforderungen steht wiederum die Pflegeversicherung im Mittelpunkt. Im Vergleich zu 7,5 Millionen Euro im vergangenen Berichtszeitraum ist die Summe der gesicherten Forderungen im aktuellen Berichtszeitraum um 69,2 Prozent auf 12,69 Millionen Euro gestiegen (*Abbildung 6*).

Abbildung 6: Gesicherte Forderungen nach Leistungsbereichen

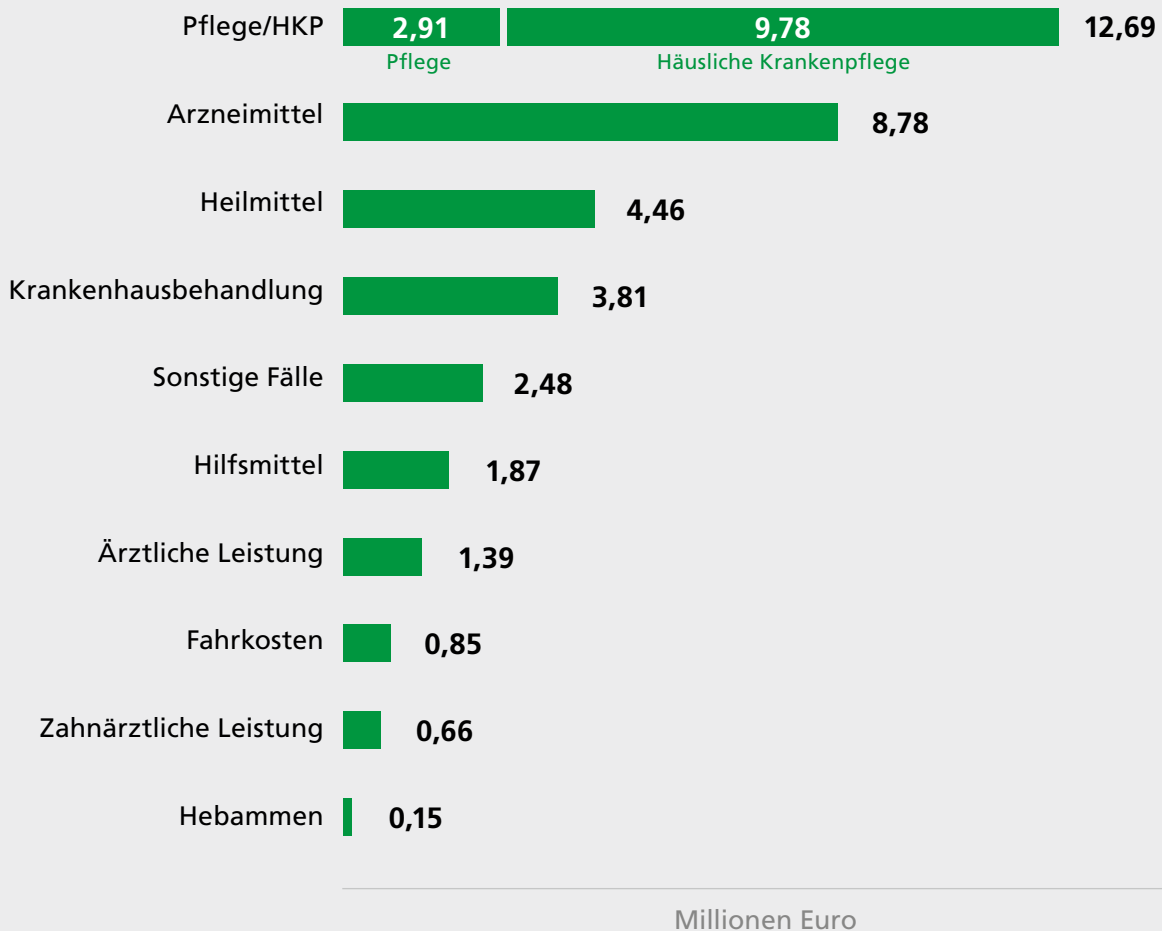
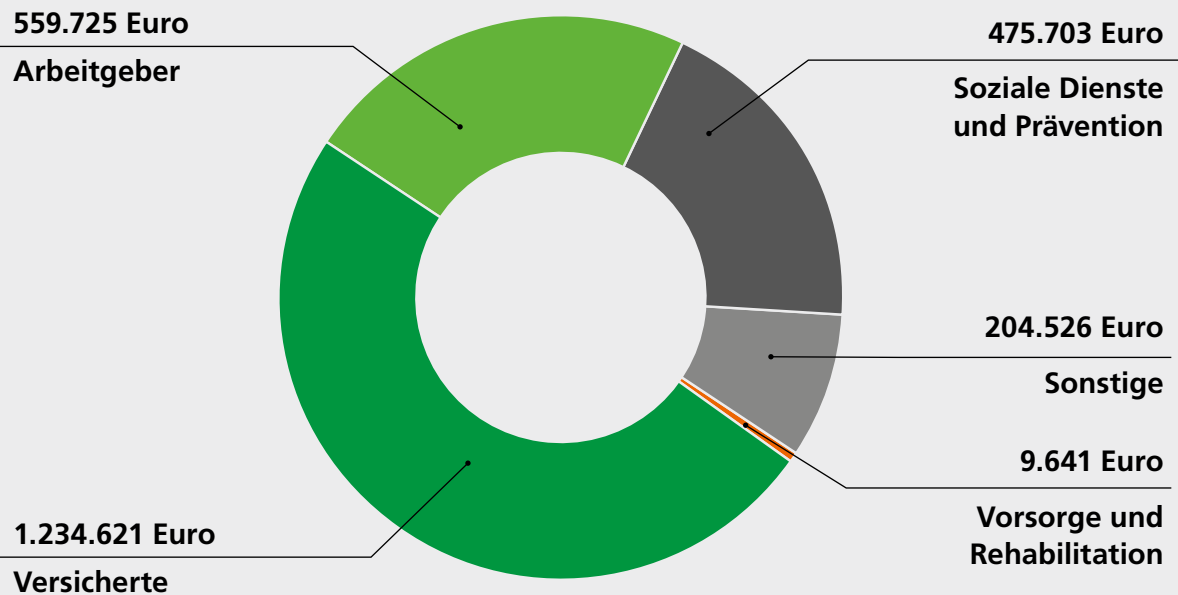


Abbildung 7: Sonstige Fälle



Als weiterer möglicher Grund für diese Entwicklung kommen unter anderem verstärkte Aktivitäten der Strafverfolgungsbehörden durch spezialisierte Ermittlungsgruppen in einigen Bundesländern in Betracht. Diesen spezialisierten Ermittlerinnen und Ermittlern gelingt es offenbar deutlich besser, den komplexen und rechtlich komplizierten Sachverhalt in teils enger Zusammenarbeit mit Sozialversicherungsträgern nachzugehen.

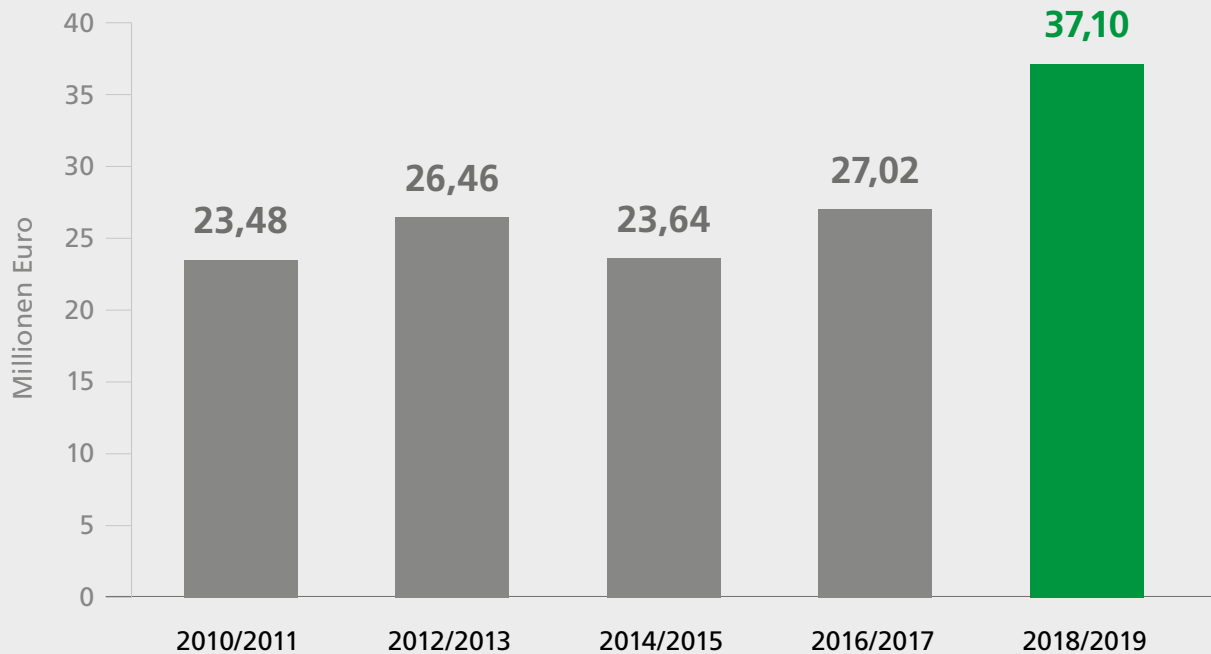
Ferner dürften zusätzliche Kontrollmechanismen, wie die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen eingerichteten Prüfstellen, dazu beigetragen haben, dass im Rahmen interner Abrechnungsroutinen Betrugsfälle vermehrt erkannt werden konnten. Die hohe Sensibilität der Krankenkassen und nicht zuletzt das hohe öffentliche Interesse dürfte auch zukünftig dazu führen, dass sich die Fallzahlen auf diesem Niveau mit steigender Tendenz bewegen werden.

Einen Überblick über die Zusammensetzung der gesicherten Forderungen bei den sonstigen Fällen in Höhe von 2.484.216 Millionen Euro gibt die *Abbildung 7*. Im Vergleich zu den vorhergehenden Berichtszeiträumen wird der Anstieg der gesicherten Forderungen in den Jahren 2018/2019 deutlich (*Abbildung 8*).

4.6.3 VERHINDERTER SCHADEN

Gemäß § 197a Abs. 5 SGB V haben die Kranken- und Pflegekassen auch über den verhinderten Schaden zu berichten. Nach intensiven Beratungen zwischen dem GKV-SV und den Kranken- und Pflegekassen mit der Fragestellung, wie sich der Begriff des verhinderten Schadens in diesem Kontext definieren lässt, konnte bisher keine rechtlich valide Berechnungsformel für diese Kennzahl gefunden werden. Der GKV-SV hat daher das Bundesgesundheitsministerium gebeten, hierzu eine

Abbildung 8: Gesicherte Forderungen 2018/2019 im Vergleich zu den vorhergehenden Berichtszeiträumen



wissenschaftliche Untersuchung vorzunehmen, um über den verhinderten Schaden einheitlich berichten zu können.¹² Daher hat der GKV-SV für den Berichtszeitraum 2018/2019 entschieden, dass über diesen Schadensbegriff nicht berichtet wird.

Gleichwohl darf an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass durch Prüfungen der Abrechnungen (zum Beispiel Prüfalgorithmen bei den Leistungen der Häuslichen Krankenpflege) immer wieder Schäden bei den AOKs verhindert werden.

4.6.4 VERGLEICH AOK-/GKV-ZAHLEN

Auch im vergangenen Berichtszeitraum wurde die Bekämpfung von Fehlverhalten als gemeinschaftliche Auf-

gabe aller Kranken- und Pflegekassen gesehen. Die Krankenkassen stehen hier nicht im Wettbewerb, sondern ergänzen sich. Ein vergleichender Blick auch auf der GKV-Ebene, um den Beitrag der AOK-Gemeinschaft an dieser wichtigen Gesamtaufgabe deutlich zu machen, ist in diesem Tätigkeitsbericht nicht möglich, da der GKV-SV die Gesamtzahlen noch nicht zur Verfügung gestellt hat. Dies wird voraussichtlich erst mit Veröffentlichung des GKV-SV-Berichts geschehen.

Man kann wie in der Vergangenheit davon ausgehen, dass der Anteil der gesicherten Forderungen der AOKs im Verhältnis zur GKV wieder mindestens dem AOK-Marktanteil an Versicherten in der GKV entspricht. Das waren zum Stichtag 31. Dezember 2019, dem Ende des aktuellen Berichtszeitraums, 36,78 Prozent.

¹² Vgl. GKV-Spitzenverband, Nähere Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI, Stand 12.06.2019, S. 19.

5 Fallbeispiele

5.1 AUSGEWÄHLTE BEISPIELE AUS DEM AOK-SYSTEM

Die folgende Liste zeigt eine exemplarische Zusammenstellung von bekannten Fehlverhaltensmustern, die die AOK verfolgt beziehungsweise verfolgt hat.

Fehlverhaltensmuster bei Leistungserbringern:

- Abrechnung nicht erbrachter, nicht vollständig beziehungsweise nicht persönlich erbrachter Leistungen („Luftleistungen“, „Luftrezepte“)
- Abrechnung von Leistungen, die durch nicht qualifiziertes Personal erbracht worden sind
- Unzulässige Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Ausnutzung bestehender Geschäftsbeziehungen (meistens verbunden mit Kick-back-Zahlungen) beispielsweise zwischen Apotheke und Versicherten und/oder Ärztin/Arzt, zwischen Arztpraxen und Pharmaindustrie, zwischen Orthopädinnen/Orthopäden und Therapeutinnen/Therapeuten, zwischen Sanitätshaus und Versicherten
- Überweisungen, Zuweisungen gegen Provision (Einweisungssteuerung)
- Abrechnung von medizinisch nicht indizierten Leistungen
- Doppel- beziehungsweise Mehrfachabrechnung von Leistungen
- Rezept- und Verordnungsfälschungen
- Manipulation von Abrechnungsunterlagen, Urkundenfälschung
- Vorenthalten von erzielten Rabatten

Fehlverhaltensmuster bei Versicherten:

- Manipulation von Verordnungen, beispielsweise bei Rezepten
- Krankenversichertenkarte: Missbrauch, Verkauf, Weitergabe an Dritte und Anforderung einer Ersatzkarte
- Leistungserschleichung von Familienversicherungen, beispielsweise durch falsche Angaben zum Arbeitsverhältnis

- Falsche Angabe in Leistungsanträgen, zum Beispiel im Bereich der Pflegeversicherung beziehungsweise in Anträgen zur Verhinderungspflege

5.2 BEISPIELFÄLLE AUS DEN JAHREN 2018 UND 2019

Abrechnungsbetrug eines Leistungserbringers der Wundversorgung: Luftleistungen bei Verbandmitteln aufgrund Blanko-Rezeptverordnungen kooperierender Hausarztpraxen

Fallbeschreibung: Ein Leistungserbringer der Wundversorgung rechnete gegenüber der AOK über Jahre hinweg in erheblichem Umfang die Abgabe rezeptpflichtiger Verbandmittel und Wundversorgungsmaterialien an Wundpatienten ab. Wie sich durch Aussagen von Whistleblowern aus dem Umfeld des Leistungserbringers erhärtete, handelte es sich dabei weitgehend um Luftleistungen, die in diesem Umfang tatsächlich nie erbracht wurden. Ermöglicht wird die betrügerische Abrechnung dadurch, dass mindestens drei kooperierende Hausarztpraxen dem Leistungserbringer massenhaft blanko unterschriebene Rezeptverordnungen überlassen hatten. Der Leistungserbringer vervollständigte diese nach Belieben, indem er angeblich abgegebene Wundmaterialien einsetzte, und legte die Verordnungen anschließend zur Bezahlung vor. Nach Aufdeckung dieses „Geschäftsmodells“ und Erstattung einer Strafanzeige gegen die verantwortlichen Personen kam es zunächst zu Zahlungseinbehaltungen der AOK gegenüber dem Leistungserbringer, der nach wenigen Monaten Insolvenz anmeldete. Die Staatsanwaltschaft geht von einer Schadenssumme in Höhe von rund zehn Millionen Euro aus. Das Landgericht hat 20 Hauptverhandlungstage angesetzt.

Aufgreifkriterium: Erhärtende Aussagen von Whistleblowern aus dem Umfeld des Leistungserbringers nach vorangegangenen Verdachtshinweisen aus einem Abrechnungszentrum.

Täter/in, Beteiligte: Firmeninhaber des Leistungserbringers und mitarbeitende Familienangehörige, kooperierende Hausärztinnen und Hausärzte

Vorgehen im Fall: nach Hinweiseingang Auswertung von Abrechnungen des Leistungserbringers, eigene Recherche und Schadensberechnung. Strafanzeige gegen die verantwortlich handelnden Personen, Zahlungseinbehalte gegenüber dem Leistungserbringer sowie Prüfanträge gegen die kooperierenden Hausarztpraxen. Forderungsanmeldung im Insolvenzverfahren.

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 Ärzten unterschrieben wurden. 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 zirka 80.000 Euro und wurde bereits beglichen.

Aufgreifkriterium: Hinweis aus Fachabteilung

Täter/in, Beteiligte: ermächtigter Arzt

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

Fehlverhalten bei Präventionskursen

Fallbeschreibung: Im Beratungszentrum einer AOK fiel den Mitarbeitenden auf, dass gehäuft Versicherte Kurskostenerstattungen eines bestimmten Fitnessstudios einreichten. Es handelte sich hierbei um Gesundheitskurse gemäß § 20 SGB V, die auf Grundlage des Leitfadens Prävention des GKV-SV von der GKV erstattet beziehungsweise 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 Geschäftsführenden als auch von einer Vielzahl von Mitarbeitenden des Fitnessstudios Kurskostenerstattungen eingereicht. Bei mindestens vier Versicherten erschien die Teilnahme unwahrscheinlich, da die Anfahrt zum Anbieter über 50 Kilometer betrug oder körperliche Einschränkungen vorlagen, die die Teilnahme an einem Sportkurs nahezu ausschlossen. Neben dem Verfahren gegen die Inhaber und Geschäftsführer des Fitnessstudios hat die Staatsanwaltschaft bis dato zirka 50 Ermittlungsverfahren gegen Versicherte eingeleitet. Der entstandene Schaden beläuft sich auf etwa 33.000 Euro und wurde teilweise bereits beglichen.

Aufgreifkriterium: Hinweis aus dem Beratungszentrum

Täter/in, Beteiligte: Inhaber/in und 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

Fehlverhalten bei Apotheken: Abrechnungsbetrug, Rezeptfälschungen

Fallbeschreibung: Von September 2015 bis Mai 2019 erfolgte eine Serie von nachgewiesenen Rezeptfälschungen im Arzneimittelbereich durch eine Apotheke. Die betrügerisch erlangten Arzneimittel wurden anschließend in der eigenen Apotheke auf tatsächliche Verordnungen herausgegeben beziehungsweise 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 haben. 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 hoch professionell organisiert und ließ auf einen gewerbsbeziehungsweise bandenmäßigen Betrug schließen. Die Täterinnen und Täter bezogen selbst die Blanko-Verordnungsblätter, sogenannte Muster-16-Formulare, aus einer externen Druckerei. Dies erklärt die Qualität der Fälschungen, die äußerlich nur in winzigen Einzelheiten vom Original der Formulare abwichen. Bei der Einlösung der Rezepte haben die Täterinnen und Täter hochpreisige Standardarzneimittel für völlig unterschiedliche Anwendungsgebiete erlangt, was den Eigenkonsum der Arzneimittel ausgeschlossen hat. Die Rezeptformulare wurden mit unterschiedlichen Schriften und nahezu fehlerfrei mit Arztdaten bedruckt, was das Erkennen der Fälschungen erheblich erschwert hat. Das Besondere ist, dass die Verordnungen teilweise – seit Mai 2018 durchgehend – mit echten Daten von Versicherten ausgefüllt wurden, sodass sie bei einer standardisierten (Anspruchs-)Prüfung nicht aufgefallen sind. Nach umfangreichen Recherchen stellte sich heraus, dass die Täterinnen und Täter offensichtlich Zugriff auf echte Versichertendaten einer Physiotherapiepraxis 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 einen Einzeltäter handeln könnte, wurde durch die Ermittlungen von Polizei und Staatsanwaltschaft bestätigt. Da es sich bei den 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 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 die Angelegenheit fortgeführt werden konnte. Der Schaden beläuft sich auf 80.000 Euro. Das Einziehungsverfahren wurde abgetrennt. An anderen Gerichten laufen ebenfalls Verfahren gegen das Apothekerehepaar.

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

Täter/in, Beteiligte: Apothekerin, Ehemann der Apothekerin, Angestellte, Inhaberin der Physiotherapiepraxis, Druckereimitarbeiter

Vorgehen im Fall: enge und vor allem lange Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden, Anzeige

Abrechnungsbetrug wegen des Einsatzes nicht ausreichend qualifizierten Personals und Erschleichen einer Zulassung

Fallbeschreibung: Aufgrund einer Patientenbeschwerde erfolgte im Februar 2016 eine Anlassprüfung durch den MDK 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 in Verbindung mit § 47a Abs. 2 SGB XI. Nach Bekanntwerden der Auffälligkeiten wurden unter anderem die vorgelegten Qualifikationsunterlagen überprüft. Im Rahmen dieser Prüfung wurde festgestellt, dass die vorgelegte Berufsurkunde des Geschäftsführers/ Pflegedienstleiters eine Fälschung ist. Die von ihm erbrachten Leistungen waren mangels ausreichender Qualifikation somit nicht abrechnungsfähig. Da die gefälschte Berufsurkunde auch im Zulassungsverfahren des Pflegedienstes vorgelegt 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 gründete. In der Spitze beschäftigten die Unternehmen im Bereich der häuslichen Pflege bis zu 156 Mitarbeiter. Nachdem gegen den Pflegedienstbetreiber bereits 2017 ein Haftbefehl erlassen, aber eine Haftverschonung angeordnet wurde, gründete er unter Verwendung eines Decknamens vier weitere Pflegedienste. Die strafrechtliche Verfolgung erfolgt dort separat. Die Ermittlungen haben weiterhin ergeben, dass das Führungszeugnis gefälscht wurde. 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 zirka 1,6 Millionen 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, Anlassprüfung des MDK

Täter/in, Beteiligte: Pflegedienstbetreiber, der unter Einschaltung von Strohleuten zahlreiche personell und wirtschaftlich miteinander verflochtene (Intensiv-)Pflegedienste gründete

Vorgehen im Fall: bundesweite Zusammenarbeit der beteiligten Krankenkassen, Anzeige

Organisierter Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste („Pflege-Mafia“)

Fallbeschreibung: 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 Leistungen im großen Stil abgerechnet haben, die tatsächlich nicht erbracht worden sind – nicht zuletzt auch, da die Leistungen medizinisch überhaupt nicht notwendig waren und der vermeintliche Pflegebedarf durch Vorspiegelung falscher Tatsachen beziehungsweise durch Gefälligkeitsgutachten von Ärzten erschlichen wurden. Versicherte sollen als Gegenleistung für ihre Teilnahme durch Kick-back-Zahlungen entschädigt worden sein. Insgesamt wurden über 200 Objekte, zum Beispiel Räumlichkeiten von Pflegediensten, Arztpraxen und Versicherten, durchsucht. An der Aktion waren über 600 Kriminalbeamtinnen und -beamte und 33 Staatsanwältinnen und -anwälte beteiligt. Unterstützt wurden sie vom Hauptzollamt, Dolmetscherinnen und Dolmetschern, zwei externen IT-Firmen und von 40 Pflegegutachterinnen und -gutachtern des MDK. Der Schaden zulasten der Kranken- und Pflegekassen, der Sozialhilfeträger und nicht zuletzt der Beitragszahlenden geht vermutlich weit in den Millionenbereich. Es erfolgte bisher eine Vermögensabschöpfung in Höhe von rund 3,6 Millionen Euro. Weiterhin wurde am Durchsuchungstag Bargeld in Höhe von knapp acht Millionen Euro in zahlreichen Geldkoffern, Schließfächern, Kopfkissen etc. sichergestellt. Zudem wurden Goldbarren und

Luxusuhren im Wert von zirka 220.000 Euro beschlagnahmt. Die Strafverfahren gegen die Täter sind noch nicht abgeschlossen. Insgesamt bestehen Tatvorwürfe gegen 68 Beschuldigte. Es wurden 13 Haftbefehle aufgrund von Verdunklungs- und Fluchtgefahr erlassen.

Aufgreifkriterien: diverse Hinweise

Täter/in, Beteiligte: Ärzte, Patienten, Pflegedienste

Vorgehen im Fall: enge Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden bereits im Vorfeld und begleitend zu den Razzien

Täuschung der AOK über die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen¹³

Fallbeschreibung: Ein Krankenhaus muss bestimmte Kodiervorgaben erfüllen, wenn es eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung erbringen und sie zulasten der GKV abrechnen will. Bei dem für diesen Fall relevanten OPS muss ein Facharzt oder eine Fachärztin mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ die Behandlungsleitung auf der internistischen Intensivstation erbringen und dokumentieren. 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 zu verfügen, 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 2013 hat das Krankenhaus in regelmäßigen Abständen Mitteilungen über die Erfüllung der strukturellen Kodiervoraussetzungen für diesen OPS vorgelegt. Dadurch täuschte die Geschäftsführung des Krankenhauses 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 neun Millionen Euro. Im Frühjahr 2018 durchsuchten Wirtschafts- und IT-Spezialisten eines Polizeipräsidiums zusammen mit der Staatsanwaltschaft die Räumlichkeiten des Krankenhauses und stellten umfangreiches Beweismaterial sicher. Im April 2019 führte die AOK, die inzwischen für insgesamt 22 gesetzliche Krankenkassen handelte, ein Sondierungsgespräch mit den Klinikverantwortlichen. Es konnte ein außergerichtlicher Vergleich erzielt werden. Man einigte sich auf eine pauschale Rückzahlung in Höhe von 2,9 Millionen 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 Arzt

Täter/in, Beteiligte: Krankenhaus

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

¹³ Exkurs: Krankenhausleistungen werden in Deutschland verbindlich über Fallpauschalen, sogenannte 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 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.*

Fehlverhalten von Psychotherapeutinnen und -therapeuten wegen fehlender Genehmigung

Fallbeschreibung: Bei einer internen Analyse der abgerechneten und genehmigten Daten fiel auf, dass in einigen Fällen keine Genehmigung der Krankenkasse vorlag. Die Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie erfolgt ausschließlich durch die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten. Zu diesem Antrag teilen die Psychotherapeutinnen und -therapeuten vor der Behandlung auf entsprechenden Formblättern der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreiben Art und Umfang der geplanten Therapie. Die Krankenkasse entscheidet gemäß § 13 Psychotherapie-Vereinbarung über die Leistungspflicht und teilt das dem Versicherten und dem Therapeuten, der den Antrag begründet hat, mit. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) können Leistungserbringer für Leistungen, die sie unter Verstoß gegen die rechtlichen Vorgaben des SGB V erbracht haben, in

aller Regel keine Vergütung beanspruchen (vergleiche BSG, Urteil vom 02.07.2013 – B1 KR 49/12. Abrechnungen von Leistungen unter Verstoß gegen die vertragsrechtlichen Vorschriften sind damit nicht abrechnungsfähig). In Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung wurden die auffälligen Ärzte angeschrieben und um Stellungnahme gebeten. In keinem der Fälle lagen Anerkennungsbescheide vor. Die Psychotherapeuten hatten die Genehmigung bei der Abrechnung vorgetäuscht. Es gab mehrere gemeinsame Strafanzeigen mit der Kassenärztlichen Vereinigung. In allen Fällen wurde eine Schadensregulierung realisiert. Die Strafverfahren endeten meist mit einem Strafbefehl – abhängig von der Höhe des entstandenen Schadens.

Aufgreifkriterium: eigene Auswertung

Täter/in, Beteiligte: Psychotherapeuten

Vorgehen im Fall: Datenanalyse über den Bereich Controlling, Prüfung der Auffälligkeiten, Absprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Schadensberechnung, Strafanzeige, Einleitung der Schadensregulierung (Vereinbarungen)

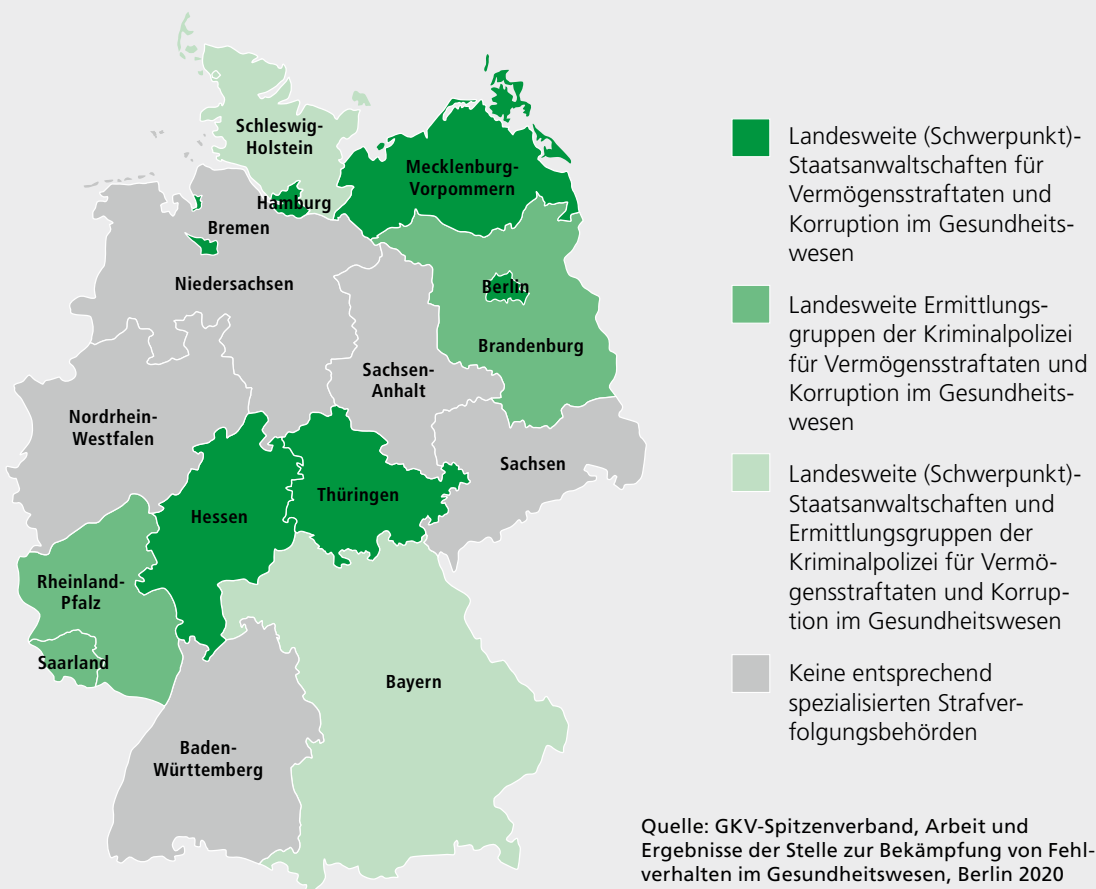
6 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen

Eine seit Jahren erhobene Forderung des AOK-Bundesverbandes, die auch weiterhin an den GKV-SV herangetragen wird, ist die Schaffung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften beziehungsweise Zentralstellen für Straftaten im Gesundheitswesen in allen Bundesländern. Damit können potenzielle Betrugsfälle noch nachhaltiger erkannt und bearbeitet werden. In Bundesländern wie Schleswig-Holstein oder Bayern (Abbildung 9) hat

sich die Einrichtung solcher Schwerpunktstaatsanwaltschaften bewährt.

Einer der wesentlichen Gründe für diese Forderung ist, dass sich die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sehr von den rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen in der freien Wirtschaft unterscheiden. Auch die Datenlage

Abbildung 9: Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen



und Prozesse im Kontext des Sachleistungsprinzips sind sehr spezifisch. Dies hat zur Folge, dass häufig eine sehr aufwendige Einarbeitung der Staatsanwaltschaften notwendig ist, bevor Ermittlungen überhaupt erst aufgenommen werden können. Schwerpunktstaatsanwaltschaften können dagegen das erforderliche Fachwissen nachhaltig aufbauen, bündeln und innerhalb der Ermittlungsbehörden weitergeben. Eine ineffiziente Fallübernahme durch Dutzende Staatsanwaltschaften allein nach dem Tatort-Prinzip würde entfallen.

Besonders wichtig ist außerdem der Know-how-Aufbau auch im Bereich der EDV- und Abrechnungssystemexpertise. Nur mit einem entsprechend technisch geschulten Fachpersonal (Data-Analysten, IT-Experten, Abrechnungsexperten) können sich Schwerpunktermittlungsbehörden weniger abhängig von Auswertungen Dritter machen.

In den vergangenen Jahren wurden einige gesetzliche Änderungen erreicht, um die Bekämpfung von vorsätzlichem Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu verbessern. Auf das TSVG und das MDK-Reformgesetz wurde im zweiten Kapitel bereits eingegangen.

Ab dem 17. Dezember 2021 sollen sich Whistleblower auf sichere Kanäle zur Informationsweitergabe sowohl innerhalb von Unternehmen als auch gegenüber den Behörden verlassen können. Hierzu haben die EU-Mitgliedstaaten die „EU-Richtlinie zum Schutz von Personen, die Verstöße gegen das Unionsrecht melden“, kurz „Whistleblower-Richtlinie“ (Richtlinie (EU)2019/1937) im Dezember 2019 verabschiedet. Der Rechtsakt wurde förmlich unterzeichnet und im Amtsblatt veröffentlicht. Die Mitgliedstaaten haben zwei Jahre Zeit, um die Vorschriften in nationales Recht umzusetzen. Nach der Neuregelung müssen sowohl in öffentlichen und privaten Organisationen als auch in Behörden sichere Kanäle für die Meldung von Missständen eingerichtet werden. Folglich müssen neben den Krankenkassen auch die Leistungserbringer Maßnahmen implementieren, um die Anzeige von Fehlverhalten zu ermöglichen und gleichzeitig den Schutz des Anzeigenden sicherzustellen.

Aber auch darüber hinaus ist es erforderlich, den gesetzlichen Handlungsrahmen kontinuierlich weiter-

zuentwickeln und somit neuen Erkenntnissen zum Fehlverhalten nachzukommen. Nur so ist es den Krankenkassen möglich, ihre Aufgaben zum Schutz des Vermögens der Solidargemeinschaft zu erfüllen.

6.1 ÄNDERUNGSBEDARF DES § 197A SGB V

Unter anderem vor dem Hintergrund aktueller Schadensfälle bei der Erschleichung von Erwerbsminderungsrenten gibt es große Unsicherheiten hinsichtlich der Frage, ob Daten an andere Behörden, wie zum Beispiel Arbeitsagentur und Jobcenter, übermittelt werden dürfen.

Sinnvoll ist insofern eine Ergänzung des § 197b Abs. 3b SGB V Ziffer 4 und Neueinfügung einer weiteren Ziffer 5:

(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
4. den Medizinischen Dienst, die Gesundheitsämter und weitere Aufsichtsbehörden,
5. andere Träger der gesetzlichen Sozialversicherungen, insbesondere die DRV, Berufsgenossenschaften, Arbeitsagenturen und Jobcenter und
6. 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 vorübergehen-

den oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

6.2 ÄNDERUNGSBEDARF IM APOTHEKENRECHT

Auch im Arzneimittelbereich sind durch Fehlverhalten hohe Schäden entstanden, insbesondere wenn ein Apotheker oder eine Apothekerin mit einem Arzt oder einer Ärztin oder Versicherten an einem Fehlverhalten mitwirkt und einen Teil der Rezepte nicht so liefert (nicht oder nicht vollständig), wie abgerechnet wird. In der Regel erhalten die Rezepteinreichenden, statt der verordneten Arzneimittel andere geldwerte Vorteile.

Sinnvoll ist es insofern, die Apothekerinnen und Apotheker dazu zu verpflichten, bei der Buchung der Warenabgabe im Datensatz des Datenträgeraustauschs im Rahmen der Apothekenabrechnung die Buchungsnummer elektronisch zu übermitteln.

Zu erreichen wäre dies einerseits durch die Ergänzung des § 17 Abs. 6 Apothekenbetriebsordnung. Diese Vorschrift definiert, welche Angaben bei der Abgabe eines Arzneimittels auf dem Kassenrezept zu machen sind. Und andererseits durch die Verpflichtung, diese Buchungsnummer immer beim Datenträgeraustausch gemäß § 300 SGB V zu übermitteln.

6.3 SCHAFFUNG VON ERWEITERTEN ERLAUBNISTATBESTÄNDEN ZUR DATENVERARBEITUNG

Big Data und künstliche Intelligenz nehmen im Bereich Betrugs- und Korruptionsbekämpfung allgemein an Bedeutung zu. Auch für die GKV müssen hier Nutzungsmöglichkeiten geschaffen werden. Es handelt sich immerhin um Mittel der Solidargemeinschaft. Eine Zweckänderung für die Belange der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Bereich der Abrechnungsdaten §§ 300 ff. SGB V in Verbindung mit §§ 197a und 284 SGB V ist dafür erforderlich. Nachteile im Vergleich zu privatrechtlichen Versicherungen bei der Datenverarbeitung sind zu vermeiden.

6.4 ERWEITERTES BETÄUBUNGSMITTELREGISTER

Der Gesetzgeber hat mit der Bundesopiumstelle, die am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt ist, eine zentrale Institution geschaffen, die mittels Substitutionsregister folgende Aufgaben erfüllt:

- die frühestmögliche Unterbindung von Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte für denselben Patienten,
- die Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchtmedinische Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte,
- die Übermittlung statistischer Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden.

Das Substitutionsregister leistet als bundesweites Überwachungsinstrument auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz sowie zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs im Rahmen der Substitutionsbehandlungen.

Was für Betäubungsmittel (BtM) wie Methadon geregelt ist, findet bei anderen Wirkstoffen der BtM-Verordnung, insbesondere Fentanyl, Methylphenidat und Oxycodon, bislang keine Anwendung. Seit Jahren beobachten die Krankenkassen, dass eine steigende Zahl von Versicherten problemlos an Rezepte für diese Medikamente kommt. Denn viele Ärztinnen und Ärzte können in sehr kurzen Abständen konsultiert werden, ohne dass diese die Möglichkeit haben, zum Zeitpunkt der Verordnung zu prüfen, wie sich das vergangene BtM-Verhalten des Patienten darstellt. Durch das Aufsuchen verschiedener Apotheken entfällt auch die Kontrollmöglichkeit durch die Apothekerinnen und Apotheker. Rezepterschleicherung durch Ärzte-Hopping in Verbindung mit Arzneimittelmissbrauch bilden zwei Seiten der gleichen Medaille, die zu hohen Finanzschäden der Krankenkassen führen kann. Es stellt aber auch eine Gefahr für Leib und Leben der Versicherten und Dritter dar, wenn damit gehandelt wird. Analog zum Substitutionsregister ist ein erweitertes BTM-Register notwendig, das durch die Daten der

abgebenden Apotheken gespeist wird und den verordnenden Ärzten elektronisch und on demand niederschwellig zur Verfügung steht. Die Krankenkassen wären im Daten-Dreieck Apotheke-Register-Ärztenschaft nicht dabei. Der Gesetzgeber ist gefordert, hier einen rechtlichen Rahmen festzulegen, der analog zum Substitutionsregister auch datenschutzrechtliche Freiheitsgrade schafft, um Prävention überhaupt erst möglich zu machen. Dies würde die Arzneimitteltherapiesicherheit erhöhen. Die Bekämpfung von Arzneimittelmissbrauch ist auch für Deutschland eine Herausforderung von gesellschaftspolitischer Bedeutung.

6.5 PFLEGE BETRUG – FORDERUNG NACH ÜBERGREIFENDEN DATENBANKEN

Bereits in der vergangenen Berichtsperiode hatte die AOK die Empfehlung für übergreifende Datenbanken zur Bekämpfung von Pflegebetrug ausgesprochen. Zu diesem Sachverhalt erfolgten seitdem weitere Beratungen mit dem GKV-SV. Eine Umsetzung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfolgt, sodass diese Empfehlung weiterhin aufrechterhalten wird.¹⁴

¹⁴ Nähere Erläuterungen siehe Kapitel 2.

7 Resümee, Ausblick

In der Gesamtbetrachtung ist festzustellen, dass die Bearbeitungsdichte der Hinweise und Fälle im Fehlverhaltensbereich seit den vergangenen Berichtszeiträumen kontinuierlich zunimmt und sich zum zweiten Mal in Folge auf dem höchsten Stand seit Beginn der Aufzeichnungen befindet.

Die Sensibilität der AOK-Mitarbeitenden lässt sich auch in diesem Berichtszeitraum an der hohen Anzahl der internen Hinweise auf mögliches Fehlverhalten erkennen. Bei der Fallbearbeitung ist dabei seit Jahren eine zunehmende Komplexität der Verfahren, der vertraglichen Grundlagen und der für strafrechtliche Verfahren erforderlichen Nachweise der jeweiligen Einzelfälle zu verzeichnen. Diese Komplexität erhöht – neben der Falldichte – die Quantität des personellen Aufwands.

Die Folgen des Fehlverhaltens sind nicht nur für die AOK-Gemeinschaft immens. Es ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer nicht erkannten Fehlverhaltens höher als der nachgewiesene Schaden ist, da viele Fälle anhand der Abrechnungsunterlagen grundsätzlich plausibel zu sein scheinen. Offenkundig werden Täuschungshandlungen in diesen Fällen nur durch Insiderwissen, zum Beispiel durch Hinweise von Beteiligten, von Mitarbeitenden der Leistungserbringer, von Bekannten der Täterinnen und Täter oder des Täterkreises. Wird das Fehlverhalten auf diese Weise angezeigt, wird der tatsächliche Schaden schließlich nur die Summen widerspiegeln, die für einen konkreten, noch nicht verjährten Zeitraum zusammengeführt werden konnten. Das heißt, es ist anzunehmen, dass der tatsächlich festgestellte Schaden häufig deutlich hinter dem tatsächlich verursachten Schaden liegt. Im Berichtszeitraum 2018/2019 wurden zudem durch vermehrt proaktive Auswertungen Fälle aufgedeckt, für die keine konkreten Hinweise auf Fehlverhalten vorlagen.

Darüber hinaus ist die Effizienz der gemeinsamen Zusammenarbeit der AOKs untereinander, aber auch mit Fehlverhaltensstellen der anderen Kranken- und Pflegekassen hervorzuheben. Die Notwendigkeit und Effektivität dieser Kooperationen ist den AOKs lange bewusst. In vielen Fällen übernehmen sie die Federführung in länderübergreifenden Sachverhalten.

Abrechnungsbetrug und Korruption sind Straftaten und in hohem Maße schädigend für das Gesundheitswesen und für die gesamte Gesellschaft. Wenige Täter bereichern sich auf Kosten der Sozialversicherungssysteme sowie der Beitragszahlergemeinschaft. Dies sind Gründe, um mit vereinten Kräften gegen die Ursachen des Finanzmittelmisbrauchs im Gesundheitswesen vorzugehen. Denn nichts ist unsozialer als das Ausnutzen des solidarischen Sozialsystems.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten nach § 197a SGB V bzw. 47a SGB XI nicht allein zum Zwecke der Generierung möglichst hoher Schadensersatzforderungen geschaffen hat. Vielmehr sollten sie Fälle und Sachverhalte verfolgen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln hindeuten. Sie nehmen damit Kontrollbefugnisse wahr. Der durch den Abschreckungseffekt (Polizeieffekt), zum Beispiel durch das Einschalten der Ermittlungsbehörden und das Verfolgen der Schadensersatzansprüche, verhinderte Schaden kann derzeit noch nicht messbar gemacht werden.

Strafverfolgung allein kann das Grundproblem nicht lösen, solange die vielfach auch in sich heterogenen und intransparenten Abrechnungssysteme (zum Beispiel Parallelität von elektronischen und handschriftlichen Daten) nicht kontrollierbarer gestaltet sind. Intransparenz bietet Raum für unwirtschaftliches und auch strafrechtlich relevantes Handeln. Hierzu bedarf es dringend der aktiven Unterstützung des Gesetzgebers.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
– Gesetzliche Krankenversicherung –
(Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)
§ 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) Die Krankenkassen, wenn angezeigt ihre Landesverbände, und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen wenden. Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1, an dem die Vertreter der Einrichtungen nach § 81a Absatz 1 Satz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form zu beteiligen sind. Über die Ergebnisse des Erfahrungsaustausches sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
4. den Medizinischen Dienst und
5. 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.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn 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. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.

(4) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

(5) Der Vorstand der Krankenkassen und der weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen hat dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuzuleiten. In dem Bericht sind zusammengefasst auch die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmisbrauch gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle, die Art und Schwere des Pflichtverstoßes und die dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sowie sonstige geeignete Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft bis zum 1. Januar 2017 nähere Bestimmungen über

1. die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 bei seinen Mitgliedern,
2. die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2,
3. die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2,
4. die Zusammenarbeit nach Absatz 3,
5. die Unterrichtung nach Absatz 4 und
6. die Berichte nach Absatz 5.

Die Bestimmungen nach Satz 1 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt die Berichte nach Absatz 5, die ihm von seinen Mitgliedern zuzuleiten sind, zusammen, gleicht die Ergebnisse mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab und veröffentlicht seinen eigenen Bericht im Internet.

**Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) –
Soziale Pflegeversicherung
(Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)
§ 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

(1) § 197a des Fünften Buches gilt entsprechend; § 197a Absatz 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, auch mit den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, zusammenzuarbeiten. Die organisatorischen Einheiten nach § 197a Abs. 1 des Fünften Buches sind die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

(2) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. An die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, dürfen die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 personenbezogene Daten nur übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Zusammenhang mit den Regelungen des Siebten Kapitels des Zwölften Buches erforderlich ist und im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte

dafür vorliegen. Der Empfänger darf diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Ebenso dürfen die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen dürfen diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 sowie die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, haben sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.

(3) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
4. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,
5. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und
6. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der Korruptionstraftaten	10
Abbildung 2: Übersicht der eingegangenen Hinweise, Fälle, Meldungen bei der Staatsanwaltschaft sowie gesicherte Forderungen	14
Abbildung 3: Neufälle nach Leistungsbereichen	15
Abbildung 4: Anzahl der hinter Hinweisen und Fällen stehenden Verursachenden	16
Abbildung 5: Unterrichtung der Staatsanwaltschaft.	17
Abbildung 6: Gesicherte Forderungen nach Leistungsbereichen	18
Abbildung 7: Sonstige Fälle	19
Abbildung 8: Gesicherte Forderungen 2018/2019 im Vergleich zu den vorhergehenden Berichtszeiträumen	20
Abbildung 9: Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen	27

AOK-Bundesverband

