

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

Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Berichtszeitraum 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2023

Impressum

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Verantwortlich:

Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
E-Mail: fehlverhalten@gkv-spitzenverband.de

Stand: Februar 2025

Foto: Mykola Velychko/Fotolia

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH

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 und Logo sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Inhalt

1	Einleitung	6
2	Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als gesetzliche Aufgabe	9
2.1	Sozialgesetzliche Grundlagen	9
2.2	Inkrafttreten der näheren Bestimmungen gem. §§ 197a Absatz 6 SGB V, 47a SGB XI	10
2.3	Weiterentwicklung der sozialgesetzlichen Grundlagen und der näheren Bestimmungen gem. §§ 197a Absatz 6 SGB V, 47a SGB XI	10
2.4	Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben	12
2.4.1	Fehlverhalten im Gesundheitswesen als Rechtsbegriff	12
2.4.2	Entgegennahme und Erstbearbeitung von Hinweisen	14
2.4.3	Förderung der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit	15
2.4.4	Förderung der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit	16
2.4.5	Fachöffentlichkeitsarbeit	16
2.4.6	Abgrenzung zur Korruptionsprävention und „Compliance“	18
3	Schwerpunkte im Berichtszeitraum	19
3.1	Weiterentwicklung der näheren Bestimmungen gem. § 197a Absatz 6 SGB V	19
3.1.1	Organisationsverpflichtung	19
3.1.2	Ausübung der Kontrollen	20
3.1.3	Hinweisprüfung und Verhältnis zum neuen Hinweisgeberschutzgesetz	20
3.1.4	Frühzeitige Schadensregulierung außerhalb des Strafverfahrens	21
3.1.5	Fehlverhaltensprävention und Öffentlichkeitsarbeit	21
3.2	Öffentlichkeitsarbeit	21
3.2.1	Tatort Gesundheitswesen! Ein Milliardenbetrug?	21
3.2.2	Medizinstrafrechtsabend – Die Rolle der Krankenkassen im Strafverfahren	22
3.2.3	GKV Live – 20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	23
3.3	Forschungsprojekt „Kriminelle Netzwerke“	24
4	Rechts- und gesundheitspolitische Stellungnahmen	26
4.1	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)	26
4.2	Digital-Gesetz (DigiG)	27
4.3	Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)	27

5	GKV-Gesamtsicht	28
5.1	Einführung	28
5.2	Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht 2022/2023	29
5.2.1	Anzahl der eingegangenen Hinweise	30
5.2.2	Anzahl der verfolgten Fälle	31
5.2.3	Höhe der gesicherten Forderungen in Euro	31
5.2.4	Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	33
5.3	Differenzierung der GKV-Gesamtsicht nach Leistungsbereichen	35
5.3.1	Abgeschlossene Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen	38
5.3.2	Gesicherte Forderungen nach betroffenen Leistungsbereichen in Euro	39
5.3.3	Entstandene Schäden nach betroffenen Leistungsbereichen in Euro	40
5.4	Bewertung ausgewählter GKV-Kennzahlen	41
5.4.1	Höhe der gesicherten Forderungen in Euro	41
5.4.2	Höhe der tatsächlich entstandenen Schäden in Euro	43
5.4.3	Anzahl der abgeschlossenen und nachgewiesenen Fälle	47
5.4.4	Anzahl der verfolgten Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen	49
5.4.5	Anzahl der Leistungserbringenden und Versicherten	49
5.5	Schlussfolgerung und Ausblick	52
6	Anonymisierte Fallbeispiele	54
6.1	Arzneimittel	54
6.2	Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI)	57
6.3	Ärztliche Leistungen	58
6.4	Hilfsmittel	59
6.5	Krankenhaus	61
6.6	Versichertenbezogene Leistungen	62

7 Aktuelle Positionen und Forderungen	63
7.1 Schutz der Hinweisgebenden auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen („Whistleblower“)	63
7.2 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an Gesundheitsbehörden und Sozialversicherungsträger	65
7.2.1 Änderungsbedarf	65
7.2.2 Begründung	65
7.2.3 Änderungsvorschlag	68
7.3 Erweiterung der gesetzlichen Verarbeitungsgrundlage zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) bei der Fehlverhaltensbekämpfung	68
7.3.1 Änderungsbedarf	68
7.3.2 Begründung	69
7.3.3 Änderungsvorschlag	70
7.4 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten zum Aufbau einer Betrugspräventionsdatenbank für das Gesundheitswesen	70
7.4.1 Änderungsbedarf	70
7.4.2 Begründung	70
7.4.3 Änderungsvorschlag 1	72
7.4.4 Änderungsvorschlag 2	72
7.5 Bekämpfung von Fehlverhalten in der Pflegeversicherung	72
7.5.1 Änderungsbedarf	72
7.5.2 Begründung	72
7.5.3 Änderungsvorschlag	73
7.6 Bekämpfung von Fehlverhalten in der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege	73
7.6.1 Änderungsbedarf	73
7.6.2 Begründung	73
7.6.3 Änderungsvorschlag	75
7.7 (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen	75
7.8 Notwendigkeit einer kriminologischen Dunkelfeldstudie	78
Anhang	81

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. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 1. Juli 2008 hat auch der GKV-Spitzenverband eine Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet.

Gemäß § 197a Absatz 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.

Zuletzt hat der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes dem Verwaltungsrat in der Sitzung vom 24. März 2023 über die Arbeit und Ergebnisse seiner Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Berichtszeitraum 2020/2021 berichtet.

Der nachfolgende Bericht schließt daran an und umfasst den Berichtszeitraum vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2023. Nach erfolgter Unterrichtung des Verwaltungsrats ist dieser Bericht dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als zuständiger Aufsichtsbehörde zuzuleiten und im Internet zu veröffentlichen.

Nach einer Darstellung der Rechtsgrundlagen der gesetzlichen Aufgabenstellung (vgl. nachfolgend Punkt 2) werden Schwerpunkte im Berichtszeitraum beschrieben. Die spezifischen Schwerpunkte lagen dabei auf der Weiterentwicklung der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes gem. § 197a Absatz 6 SGB V und einer organisationsübergreifenden Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (vgl. Punkt 3).

Danach führt der Bericht des GKV-Spitzenverbandes als zentrales Element gem. § 197a Absatz 6 Satz 2 SGB V die Ergebnisse der Berichte seiner Mitglieder zusammen und erstellt daraus eine GKV-Gesamtsicht (vgl. Punkt 5). Nahezu alle Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht für den Berichtszeitraum 2022/2023 zeigen im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum wieder eine deutlich ansteigende Tendenz. Dies kann nach Einschätzung unserer Mitgliedschaften auf das Auslaufen des rechtlichen Rahmens für die Corona- Schutzmaßnahmen zum 7. April 2023 zurückgeführt werden. Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

- Die Anzahl der eingegangenen Hinweise ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um rund 21 % angestiegen, auf 49.982 Hinweise. Seit der erstmaligen Zusammenführung der GKV-Gesamtsicht für den Berichtszeitraum 2010/2011 sind damit in keinem früheren Berichtszeitraum mehr Hinweise eingegangen.
- Auch die Höhe der gesicherten Forderungen bewegt sich im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum wieder auf einem gestiegenen Niveau. Insgesamt konnten Forderungen in Höhe von rund 92 Mio. Euro gesichert werden, was einem Anstieg um 35 % entspricht. Dies stellt den höchsten Wert seit dem Beginn der Zusammenführung der GKV-Gesamtsicht dar.

- Der ermittelbare entstandene Schaden beläuft sich sogar auf mehr als das Doppelte der gesicherten Forderungen: Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ein Schaden in Höhe von über 200 Mio. Euro entstanden. Auch insoweit handelt es sich um den bislang höchsten Wert seit dem Beginn dieser Berichterstattung.

Im vorangegangenen Berichtszeitraum 2020/2021 hatte die Covid-19-Pandemie die Prüfung von Hinweisen und die Ermittlung von Neufällen demgegenüber verzögert sowie die Verfahrensdauer der verfolgten Bestandsfälle verlängert. Als eine unmittelbare Folge der Covid-19-Pandemie musste u. a. die Durchführung von Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes ausgesetzt werden und damit auch die jährliche Abrechnungsprüfung ambulanter Pflegedienste. Auch die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit erfolgte in dieser Zeit ausschließlich auf der Basis von strukturierten Telefoninterviews, aber ohne Vor-Ort-Untersuchung. Insoweit könnte sich die Covid-19-Pandemie auch noch im vorliegenden Berichtszeitraum 2022/2023 auf die Entdeckungswahrscheinlichkeit von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ausgewirkt und zu einer Vergrößerung des möglichen Dunkelfeldes beigetragen haben.¹

Nach Auffassung des Bundeskriminalamts handelt es sich beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen um ein „Kontrolldelikt“, weshalb von einem „erheblichen Dunkelfeld sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch hinsichtlich der monetären Schäden ausgegangen werden“ müsse.² Auch die Aussagekraft der GKV-Gesamtsicht wäre danach stark eingeschränkt, da bislang nur Hinweise, Fälle und Schäden beziffert werden, die den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen tatsächlich bekanntgeworden sind.

Um den Umfang und die Struktur der Fehlverhaltenswirklichkeit im Gesundheitswesen abzubilden, ist ein Perspektivwechsel erforderlich. Zur Erhellung des Dunkelfeldes von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sollten zukünftig auch kriminologische Evidenzen berücksichtigt werden. Der GKV-Spitzenverband fordert daher, dass die Bundesregierung eine unabhängig geförderte kriminologische Studie zum Dunkelfeld von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in Auftrag geben sollte, um ein belastbares Bild des tatsächlichen Ausmaßes von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu erhalten (vgl. nachfolgend Punkt 7.8).

Um die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zukünftig noch effizienter zu gestalten, besteht weitergehender Handlungsbedarf. Dazu hat der GKV-Spitzenverband seine Positionen und Forderungen an den Gesetzgeber erneut aktualisiert (vgl. nachfolgend Punkte 7.1–7.6).

Im Zeitalter der Digitalisierung muss insbesondere klargestellt werden, dass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ihre Datenbestände auch zentral an einer Stelle zusammenführen dürfen, um datengestützte Verfahren zur Erkennung von Mustern zu entwickeln, die auf Fehlverhalten hindeuten. Dies eröffnet die Möglichkeit, insbesondere mit KI-gestützter Verarbeitung, kassenübergreifend zusammengeführte Datenbestände nach Sachverhalten zu analysieren, die auf Fehlverhalten hindeuten.

Die Befugnis zur Datenzusammenführung sollte außerdem durch die Nutzungsmöglichkeit der Datentransparenzdaten nach § 303b Absatz 1 SGB V vereinfacht und damit gleichzeitig sicherer und wirtschaftlicher gemacht werden. Diese Daten bilden potenziell das Leistungsgeschehen sämtlicher Krankenkassen ab und ermöglichen allen Krankenkassen die aufwandsarme Teilnahme am Verfahren. Der GKV-Spitzenverband könnte zugleich die Aufgabe übernehmen, hierfür eine

¹ Vgl. bereits Bundeskriminalamt, Auswirkungen von Covid-19 auf die Kriminalitätsslage in Deutschland, Betrachtungszeitraum 2020/2021, S. 16.
² Vgl. nur Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2023, S. 4.

Datenverarbeitungsinfrastruktur einzurichten, die Datenkooperationen der beteiligten Fehlverhaltensbekämpfungsstellen zu regeln und geeignete technische Zugriffs- und Verarbeitungsmöglichkeiten der Berechtigten einzurichten.

Damit die Kranken- und Pflegekassen Fehlverhalten im Gesundheitswesen zukünftig noch effektiver aufdecken können, ist der Aufbau einer kassenübergreifenden Betrugspräventions-Datenbank erforderlich. Der Gesetzgeber muss die gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse schaffen, damit nicht nur die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen einander personenbezogene Daten übermitteln dürfen, sondern alle in die Zulassung und Abrechnung eingebundenen Stellen.

Eine effektive Strafverfolgung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen wird dort gelingen, wo sich Staatsanwaltschaften längerfristig und durchgängig mit dieser Spezialmaterie befassen und eine entsprechende Expertise aufbauen können. Aber nicht nur Zentralstellen oder (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen sollten deshalb in allen Bundesländern konsequent eingerichtet werden. Zur weiteren Effektivierung der Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen ist darüber hinaus deren strukturierte und vernetzte Zusammenarbeit mit der Kriminalpolizei erforderlich, die zusätzlich auch die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und den Sozialhilfeträger einschließen muss. Der GKV-Spitzenverband unterstützt deshalb den Vorschlag, in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe auch die Verantwortlichkeiten und Befugnisse der Kriminalpolizeibehörden und Körperschaften noch enger aufeinander abzustimmen und eine koordinierte Bekämpfungsstrategie zu entwickeln.

2 Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als gesetzliche Aufgabe

2.1 Sozialgesetzliche Grundlagen

Über die einleitend beschriebene zweijährige Berichtspflicht hinaus 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 Absatz 1 SGB V). Sie hat jedoch nur glaubhaft erscheinenden Hinweisen nachzugehen, die hinreichend substantiiert sind (§ 197a Absatz 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 Absatz 3, 197a Absatz 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 eingeforderte³ gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten zwischen den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kranken- und Pflegekassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in Kraft getreten (vgl. §§ 81a Absatz 3a, 197a Absatz 3a SGB V). Die vom GKV-Spitzenverband darüber hinaus eingeforderte⁴ gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten zwischen den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Pflegekassen und dem Träger der Sozialhilfe (vgl. § 47a Absatz 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 Absatz 4 SGB V).
- Schlussendlich unterstützt der GKV-Spitzenverband gem. § 217f Absatz 2 SGB V seine Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben und Wahrnehmung ihrer Interessen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

³ 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.

⁴ 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 Absatz 6 SGB V, 47a SGB XI

Gemäß § 197a Absatz 6 Satz 1 SGB V hat der GKV-Spitzenverband zum 1. Januar 2017 erstmals nähere Bestimmungen getroffen über:

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

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 den Inhalten des § 197a Absatz 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 Absatz 5 Satz 3 SGB V zu erweitern war. Demgegenüber folgen die Bestimmungen zu den Inhalten des § 197a Absatz 6 Nr. 1–5 SGB V dem Positionspapier „Für eine konsequente Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, beschlossen vom Verwaltungsrat am 25. März 2015 und den von den Vertreterinnen und Vertretern der Kassenarten auf Anforderung des GKV-Spitzenverbandes übermittelten Vorschlägen zum notwendigen Regelungsbedarf.

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.⁵ Damit stand erstmals eine für alle Mitglieds-kassen verbindliche⁶ norminterpretierende Verwaltungsvorschrift⁷ zur Verfügung.

2.3 Weiterentwicklung der sozialgesetzlichen Grundlagen und der näheren Bestimmungen gem. §§ 197a Absatz 6 SGB V, 47a SGB XI

Nach dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) wurden die näheren Bestimmungen erstmals weiterentwickelt.⁸

Infolge der Neuregelung in den §§ 197a Absatz 3b SGB V, 47a Absatz 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 Leistungserbringenden an der Versorgung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zuständig sind (§§ 197a Absatz 3b Nr. 1 SGB V, 47a Absatz 3 Nr. 1 SGB XI)

⁵ Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2017/696 vom 20. Dezember 2017.

⁶ Vgl. die Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/8106, 17.

⁷ 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.

⁸ Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2019/379 vom 18. Juli 2019.

- Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zuständig sind (§§ 197a Absatz 3b Nr. 2 SGB V, 47a Absatz 3 Nr. 2 SGB XI)
- Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zuständig sind (§§ 197a Absatz 3b Nr. 3 SGB V, 47a Absatz 3 Nr. 3 SGB XI)
- der Medizinische Dienst sowie für Prüfaufträge nach § 114 SGB XI bestellte Sachverständige (§§ 197a Absatz 3b Nr. 4 SGB V, 47a Absatz 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 Absatz 3b Nr. 5 SGB V, 47a Absatz 3 Nr. 6 SGB XI)
- Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 SGB XI zuständig sind (§ 47a Absatz 3 Nr. 6 SGB XI)

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

Die Datenübermittlung an die genannten Stellen ist zulässig, wenn diese für die Feststellung bzw. 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.⁹

In der Regel wird es sich bei den übermittelten Daten um personenbezogene Daten von Leistungserbringenden 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 von Versicherten, z. B. beim Abrechnungsbetrug, vorliegen.¹⁰

Mit der Neuregelung der §§ 197a Absatz 3b SGB V, 47a Absatz 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.¹¹

⁹ BT-Drs. 19/6337, S. 103, 135.

¹⁰ BT-Drs. 19/6337, S. 135.

¹¹ BT-Drs. 19/6337, S. 103.

Im abgeschlossenen Berichtszeitraum wurden die näheren Bestimmungen erneut weiterentwickelt. Insofern handelte es sich um einen der Schwerpunkte des Berichtszeitraums (vgl. Punkt 3.1).

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 Absatz 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 **Online-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 Meldestelle für alle Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber, die einen konkreten Hinweis auf Fehlverhalten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nicht unmittelbar an eine betroffene Mitgliedskasse melden können, aber dennoch zu einem effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Gesundheitswesen beitragen wollen.

2.4.1 Fehlverhalten im Gesundheitswesen als Rechtsbegriff

Der unbestimmte Rechtsbegriff „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ umfasst nach § 197a Absatz 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“, insbesondere auch systematische Abrechnungsmanipulationen. Es ist unerheblich, ob das Fehlverhalten durch Leistungserbringende, Versicherte, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber oder im Zusammenwirken mit Mitarbeitenden 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 Absatz 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 Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ist aber nicht auf 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 Auffangtatbestands – alle (nach dem geltenden Strafrecht straflosen) regelwidrigen Vermögensverfügungen zulasten der Finanzmittel der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung erfasst werden. Dazu zählen Verstöße gegen sozialgesetzliche Verbote, z. B.:

- Zuweisungsverbot gem. § 31 Absatz 1 SGB V
- Zuweisungsverbot gem. § 33 Absatz 6 SGB V
- Zuweisungsverbot gem. § 33a Absatz 5 SGB V
- Verbot der Zuweisung gegen Entgelt gem. § 73 Absatz 7 SGB V
- Depotverbot gem. § 128 Absatz 1 SGB V
- Beteiligungs- oder Zuwendungsverbot des § 128 Absatz 2 SGB V
- Zuweisungsverbot gem. § 11 Absatz 1 ApoG

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 Absatz 3 SGB V, § 129 Absatz 4 SGB V oder § 132l Absatz 2 Nr. 8 SGB V).

Gemäß § 30 Absatz 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 regelmäßig eine Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§§ 4 Absatz 4, 70 Absatz 1 SGB V) und ist deshalb immer auch rechtswidrig.

Die dritte Tatbestandsalternative „zweckwidrig“ ist folglich redundant und sollte vom Gesetzgeber ersatzlos gestrichen werden.¹²

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

2.4.2 Entgegennahme und Erstbearbeitung von Hinweisen

Bei der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverbandes sind im Berichtszeitraum 365 externe Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingegangen. Das kontinuierlich hohe Niveau lässt sich insbesondere auf die beschriebene Einrichtung des Hinweisgebenden-Formulars auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes zurückführen.

Eingegangene Hinweise i. S. d. §§ 197a Absatz 2 SGB V, 47a SGB XI sind sämtliche im Berichtszeitraum eingegangenen Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die „aufgrund der einzelnen Angaben oder Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.“ Glaubhaft sind Tatsachen, deren Vorliegen überwiegend wahrscheinlich ist (§ 23 Absatz 1, S. 2 SGB X). Das ist der Fall, „wenn die Hinweise hinreichend substantiiert sind“¹³ 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 Ansprechpartnerinnen und 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 den Hinweisgebenden festgestellt werden, dass die regional zuständigen Stellen in dem zugrunde liegenden Sachverhalt bereits ermitteln. Sofern sich ein anonymer 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. Leistungserbringende rechnen in der Regel mit mehreren Kassenarten ab. Folglich geschieht auch Fehlverhalten von Leistungserbringenden in der Regel zulasten mehrerer 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 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.

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

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 Absatz 7, 128 SGB V)
- Urkundenfälschung, z. B. Verordnungs-, Rezept- oder Zertifikatsfälschung
- Leistungsmissbrauch: beim Missbrauch der Versichertenkarte (§ 15 Absatz 6 Satz 2 SGB V, bei durch den Versicherten zu beantragenden Leistungen, wie z. B. § 38 oder § 44 SGB V; § 39 SGB XI oder bei der Beantragung von Leistungen nach dem AAG)
- 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

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 sechsmal. 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.

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 Absatz 3a, 197a Absatz 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 § 197a Absatz 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.

Am 30. November und 1. Dezember 2023 hat der GKV-Spitzenverband seinen Erfahrungsaustausch gem. § 197a Absatz 3 SGB V organisiert (vgl. dazu das Programm im Anhang J). Der Einladung zu dieser Hybrid-Veranstaltung folgten 280 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Kranken- und Pflegekassen sowie Strafverfolgungsbehörden. Für den Eröffnungsvortrag konnte der damals amtierende Präsident des Bundessozialgerichts, Prof. Dr. Rainer Schlegel, gewonnen werden, der das Urteil zum sog. Göttinger Transplantationsskandal und die streng-formale Betrachtungsweise in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erläuterte.

Im Anschluss daran vertiefte Dr. Guido Noltze, Vorsitzender Richter am Landgericht Düsseldorf, aus aktuellem Anlass zunächst Probleme des Abrechnungsbetrugs in der ambulanten Pflege, u. a. zur Frage der Schadensschätzung. Ausgewählte Vorträge, etwa zur „Interdisziplinären Auswertung digitaler Daten bei der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen“¹⁴ oder den ersten Erfahrungen der neuen „Spezialstrafkammern für Abrechnungsbetrug in Bayern“¹⁵, wurden auch veröffentlicht.

Der zweite Tag der Veranstaltung beleuchtete dann aktuelle Problemstellungen in der Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen. Zuerst widmete sich RA Dr. Nico Herold dem neuen Hinweisgeberschutzgesetz und dessen (Miss-)Verhältnis zu den etablierten Regelungen der §§ 197a SGB V, 47a SGB XI. Sodann stellte Prof. Dr. Simeon Schudy die Ergebnisse seiner verhaltensökonomischen Studie zur „Betrugsprävention am Beispiel der Verhinderungspflege“ vor. Der letzte Vortrag widmete sich der Verhinderung von Manipulationen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Vertreterinnen und Vertreter der Deutschen Rentenversicherung erläuterten an ausgewählten Beispielfällen das Erfordernis der Intensivierung der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit und bekräftigten damit zugleich die Forderung des GKV-Spitzenverbandes nach einer gesetzlichen Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten (vgl. nachfolgend Punkt 7.2).

2.4.5 Fachöffentlichkeitsarbeit

Im Rahmen einer aktiven Fachöffentlichkeitsarbeit hat der Leiter der Stelle auch im abgeschlossenen Berichtszeitraum 2022/2023 Einladungen zu themenspezifischen Vorträgen, Workshops oder Diskussionsveranstaltungen angenommen, die nachfolgend aufgeführt sind:

14 Vgl. Nunner, Distler, Behrenhoff, medstra 2024, 78–85.

15 Vgl. Leppich, medstra 2024, 71–78.

Datum	Termin
31. Mai 2022 Berlin	Vortrag und Diskussion zum Thema Fehlverhaltensbekämpfung in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, im Rahmen des Zertifikatslehrgangs zum „Healthcare Compliance Officer – HCO“ an der Berlin School of Governance, Risk & Compliance (School GRC Training GmbH)
20. Juni 2022 Leipzig	Vortrag und Diskussion zum Thema Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen: Anmerkungen zum zukünftigen Einsatz von KI-Systemen, im Rahmen des 9. Fachsymposiums „Betrug und Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ der Gesundheitsforen Leipzig
5. Juli 2022 Potsdam	Vortrag und Diskussion zum Thema Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, im Rahmen der Bund-/Länder-Expertentagung „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“, auf Einladung des LKA Brandenburg
12. Okt. 2022 Wiesbaden	Vortrag und Diskussion zum Thema Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, im Rahmen des 1.2.3.24 -Wirtschaftskriminalität-Spezialmodul Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen, auf Einladung des Bundeskriminalamtes
27. April 2023 Berlin	Vortrag und Diskussion zum Thema Fehlverhalten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung – Aktuelle Entwicklungen im Rahmen der Fachveranstaltung „Gut achten auf das Gutachten – Gemeinsam erfolgreich gegen Manipulation und Betrug“ bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund, auf Einladung der DRV Bund
3. Mai 2023 Nürnberg	Vortrag und Diskussion zum Thema Aktuelle Ergebnisse und Positionen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, im Rahmen der Gesprächsrunde der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern mit den Stellen nach § 81a SGB V der KVB und KZVB, der ZKG und der ZAPFiG, auf Einladung der AOK Bayern
23. Mai 2023 Berlin	Vortrag und Diskussion zum Thema Fehlverhaltensbekämpfung in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, im Rahmen des Zertifikatslehrgangs zum „Healthcare Compliance Officer – HCO“ an der Berlin School of Governance, Risk & Compliance (School GRC Training GmbH)
6. Juni 2023 Rotenburg an der Fulda	Vortrag und Diskussion zum Thema Aktuelle Ergebnisse und Positionen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Rahmen der BKK-Fachtagung an der BKK Akademie GmbH
13. Juni 2023 Leipzig	Vortrag und Diskussion zum Thema Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Aktuelle Entwicklungen, im Rahmen des 10. Fachsymposiums „Betrug und Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ der Gesundheitsforen Leipzig GmbH
23. Okt. 2023 Wiesbaden	Vortrag und Diskussion zum Thema Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, im Rahmen des 1.2.3.24 -Wirtschaftskriminalität -Spezialmodul Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen, auf Einladung des Bundeskriminalamtes
13. Dez. 2023 WuStrau	Vortrag und Diskussion zum Thema Aktuelles aus der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen, im Rahmen der Tagung 40d – Vermögensstraftaten im Gesundheitswesen, auf Einladung der Deutschen Richterakademie

2.4.6 Abgrenzung zur Korruptionsprävention und „Compliance“

Im Berichtszeitraum sind keine Hinweise auf internes Fehlverhalten von Mitarbeitenden des GKV-Spitzenverbandes eingegangen.

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 verselbstständigte Ermittlungs- und Prüfstellen 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 Absatz 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 als eine spezifische Aufgabe eingeordnet wird und mithin keine gesetzliche Aufgabe der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. § 197a SGB V darstellt.

3 Schwerpunkte im Berichtszeitraum

3.1 Weiterentwicklung der näheren Bestimmungen gem. § 197a Absatz 6 SGB V

Nach einem Beschluss des Verwaltungsrates vom 22. März 2023 sollte der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes ein Konzept erarbeiten, wie kriminelles Fehlverhalten im Gesundheitswesen zukünftig effektiver bekämpft werden kann und dazu in einem ersten Schritt die „Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Absatz 6 SGB V, 47a SGB XI“ weiterentwickeln.

Beim GKV-Spitzenverband hat sich daraufhin eine kassenartenübergreifende Unterarbeitsgruppe der AG Fehlverhalten konstituiert, die im Ergebnis eines intensiven Beratungs- und Abstimmungsprozesses einen entsprechenden Entwurf vorgelegt hat.

Den Entwurf hat der Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 15. November 2023 zustimmend zur Kenntnis genommen und dem Vorstand einen entsprechenden Beschluss empfohlen. In seiner Sitzung am 4. Dezember 2023 hat der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes die weiterentwickelten näheren Bestimmungen mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2024/2025 beschlossen.

In die Weiterentwicklung der näheren Bestimmungen, die zum 1. Januar 2024 in Kraft getreten sind, wurden insbesondere:

- Schlussfolgerungen einer neuen kriminologischen Studie zur Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen am Beispiel der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen,
 - aktuelle Veröffentlichungen der zuständigen Aufsichtsbehörden zum Einsatz von Systemen der Künstlichen Intelligenz und des Maschinellen Lernens zur Aufdeckung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen,
 - Rückmeldungen und Änderungsvorschläge aus allen Kassenarten vor dem Hintergrund praktischer Erfahrungen und Anforderungen,
 - Erkenntnisse aus aktueller Rechtsprechung sowie
 - Änderungen aufgrund des Inkrafttretens des Hinweisgeberschutzgesetzes
- einbezogen. Die Änderungen betreffen im Wesentlichen die im Folgenden dargestellten Aspekte.

3.1.1 Organisationsverpflichtung

Als Ergebnis einer neuen repräsentativen Studie aus dem Jahr 2021 zur Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen am Beispiel der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen¹⁶ wird festgestellt, dass stärker aufgestellte Fehlverhaltensbekämpfungsstellen eine deutlich höhere Aufklärungs-, Strafverfolgungs- und Vermögensrückführungsquote erzielen. Die Aufklärungsquote sei bei stärker aufgestellten Einheiten etwa dreimal so hoch, die Strafverfolgungswahrscheinlichkeit fünfmal so hoch und die Vermögensrückführungsquote sogar 5,5-mal so hoch wie bei

¹⁶ Vgl. Angelika Reinelt-Broll, Kriminalpräventive Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Eine empirische Analyse ihrer Effektivität am Beispiel der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der gesetzlichen Krankenkassen nach § 197a SGB V, 2021.

schwächer aufgestellten Einheiten. Diese deutliche Effektivitätssteigerung sei auf ein höheres Implementationsniveau in der Organisationsstruktur zurückzuführen.

Auf diese Erkenntnisse wird in den näheren Bestimmungen im Abschnitt II. 1. nunmehr explizit mit der Empfehlung hingewiesen, dass je nach Kassengröße zu entscheiden ist, ob die erforderliche Aufbau- und Ablaufstruktur in der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle selbst aufgebaut wird oder Teilaufgaben zur Steigerung der Effizienz z. B. auf Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen werden. Dabei wird auch auf die Verantwortung des Vorstands der Kasse hingewiesen, im Rahmen seiner Organisationshoheit dafür Sorge zu tragen, dass die mit den Aufgaben beauftragten Personen über die notwendige Fachkunde verfügen und regelmäßig speziell geschult werden.

3.1.2 Ausübung der Kontrollen

Im Abschnitt III. der näheren Bestimmungen wurde ferner neu geregelt, dass zur Aufdeckung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen grundsätzlich auch der Einsatz von Systemen der Künstlichen Intelligenz und des Maschinellen Lernens zulässig ist, sodass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ihre Datenbestände auch mit denen anderer Kranken- und Pflegekassen zusammenführen können, um Sachverhalte und Fehlverhaltensmuster herauszuarbeiten, die auf Basis der eigenen Datenbestände anderenfalls nicht erkennbar wären. Mit Hinweis auf diesbezügliche Ausführungen in Veröffentlichungen der zuständigen Aufsichtsbehörden wurde dies allerdings mit der Empfehlung versehen, diese besondere Form der Verarbeitung der Sozialdaten bis zu einer entsprechenden gesetzlichen Klarstellung aus Gründen der Rechtssicherheit stets nach § 80 SGB X der zuständigen Aufsichtsbehörde anzuzeigen.

3.1.3 Hinweisprüfung und Verhältnis zum neuen Hinweisgeberschutzgesetz

Mit Blick auf Erfahrungen aus der Kassenpraxis und vor dem Hintergrund aktueller Rechtsprechung wurde im Abschnitt IV. der näheren Bestimmungen eine Klarstellung als erforderlich angesehen, dass für die Prüfung der Hinweise auf Fehlverhalten der in § 20 SGB X normierte Untersuchungsgrundsatz gilt, sodass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen grundsätzlich eigenständige Beweismittelerhebungen durchführen haben.

Ferner war dort klarzustellen, dass die etablierten sektorspezifischen Regelungen der §§ 197a SGB V, 47a SGB XI durch das am 2. Juli 2023 in Kraft getretene neue Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) nicht berührt werden. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen sind weder interne Meldestelle nach § 12 HinSchG, noch externe Meldestelle nach § 19 HinSchG. Das neue Hinweisgeberschutzsystem kommt folglich neben den §§ 197a SGB V, 47a SGB XI zur Anwendung.

Hinweisgebende, die ein Fehlverhalten im Gesundheitswesen melden möchten, können zukünftig wählen, ob sie ihre Meldung nach § 197a Absatz 2 SGB V oder nach den neuen Vorschriften des HinSchG vornehmen wollen. Sofern Hinweisgebende bei Abgabe des Hinweises an eine Fehlverhaltensbekämpfungsstelle angeben, den spezifischen Schutz des HinSchG für sich in Anspruch nehmen zu wollen, sollten sie bevorzugt an das Bundesamt für Justiz als externe Meldestelle des Bundes gem. § 19 HinSchG verwiesen werden.

Das Bundesamt für Justiz kann diese Hinweisgebenden dann gem. § 29 Absatz 2 Nr. 2 HinSchG u. a. an „andere zuständige Stellen verweisen“.

3.1.4 Frühzeitige Schadensregulierung außerhalb des Strafverfahrens

In Abschnitt VII. 5.4.3. der näheren Bestimmungen wurde außerdem herausgestellt, dass die Kranken- und Pflegekassen nicht zuletzt aufgrund der ihnen obliegenden Vermögensbetreuungspflicht frühzeitig Maßnahmen zur Schadensregulierung außerhalb des Strafverfahrens ergreifen sollen, soweit dadurch nicht Ermittlungsmaßnahmen der Strafverfolgungsbehörden gefährdet werden.

3.1.5 Fehlverhaltensprävention und Öffentlichkeitsarbeit

Schließlich wurde in Abschnitt VII. 1. der näheren Bestimmungen noch stärker herausgestellt, dass die Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensprävention) eine zunehmend bedeutsame gesetzliche Aufgabe darstellt. Auch die Kranken- und Pflegekassen können ihre Berichte über die Arbeit und Ergebnisse ihrer Fehlverhaltensbekämpfungsstellen veröffentlichen; nach der gesetzlichen Regelung ist nur der GKV-Spitzenverband verpflichtet, seinen Bericht im Internet zu veröffentlichen.

3.2 Öffentlichkeitsarbeit

3.2.1 Tatort Gesundheitswesen! Ein Milliardenbetrug?

Unter der Schirmherrschaft des bayerischen Innenministers und Vorsitzenden der „Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder“ (IMK) fanden am 22. September 2022 die Berliner Sicherheitsgespräche des Bund Deutscher Kriminalbeamter e. V. (BDK) in der Vertretung des Landes Bayern beim Bund in Berlin statt, erstmals in Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband (vgl. dazu das Programm im Anhang A.).

Die inzwischen 16. Berliner Sicherheitsgespräche waren deshalb Tradition und Premiere zugleich: Denn mit der Kooperation wurde erstmals ein kriminal- und gesundheitspolitisches Forum geschaffen, um drängende Fragen aufzugreifen und gemeinsam nach konstruktiven Lösungsansätzen zur effektiveren Bekämpfung und Prävention von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu suchen. Neben den zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern der Strafverfolgungsbehörden fand die Veranstaltung deshalb auch großes Interesse bei Mitarbeitenden der Kranken- und Pflegekassen.

Auf dem Podium diskutierten hochrangige Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Justiz und Kriminalpolizei mit dem BDK und dem GKV-Spitzenverband über den aktuellen Status quo in der Betrugsbekämpfung sowie über Lösungsansätze. Deutlich wurde dabei, dass eine effektive Strafverfolgung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen vor allem auch eine größere Anzahl an Fachpersonal in Staatsanwaltschaft, Kriminalpolizei und den Gesetzlichen Krankenkassen benötigt.

In seinem Fazit zur Veranstaltung erklärte der BDK-Bundesvorsitzende Dirk Peglow, dass „eine wirksame Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs im Gesundheitswesen nur durch die bundesweite Einrichtung von Spezialdienststellen bei den Ermittlungsbehörden von Polizei und Justiz möglich ist. Die Tatsache, dass solche Spezialdienststellen bisher nur in sieben Bundesländern eingerichtet wurden, ist erschreckend. Der überwiegende Teil meiner Kolleginnen und Kollegen eignet sich das notwendige Fachwissen für diese hochkomplexen Verfahren nebenbei an und gerät hierbei häufig an Grenzen. Neben einer grundlegenden Aus- und Fortbildung benötigen wir eine IT-Ausstattung, die der fortschreitenden Digitalisierung der Arbeitsprozesse im Gesundheitswesen standhält.“

Gernot Kiefer, seinerzeit noch stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, unterstrich: „Um gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen effektiv vorzugehen, braucht es in allen

16 Bundesländern landesweit einheitliche, spezialisierte Ermittlungsstrukturen. Da darf sich kein Bundesland wegducken! Denn Schwerpunktstaatsanwaltschaften und spezialisierte Ermittlungsgruppen sind besonders effektiv und haben sich bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen bewährt. Deshalb appellieren wir dringend an die Innenministerkonferenz, eine Bundesländer-Arbeitsgruppe einzusetzen, um dem Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen kriminalpolitisch mit großer Entschlossenheit entgegenzutreten.“

3.2.2 Medizinstrafrechtsabend – Die Rolle der Krankenkassen im Strafverfahren

Auch der Medizinstrafrechtsabend, der traditionell von der Zeitschrift medstra, dem WisteV-Arbeitskreis Medizinstrafrecht und dem Institut für Medizinrecht sowie dem Wirtschaftsstrafrechtlichen Gesprächskreis der Bucerius Law School veranstaltet wird, fand am 22. November 2022 erstmals in Kooperation mit der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) und dem GKV-Spitzenverband statt (vgl. dazu das Programm im Anhang C.). Diese erweiterte Kooperation ermöglichte es, das komplexe Thema der Verfahrensteilnahme und Bedeutung der Krankenkassen im Strafverfahren aus verschiedenen Blickwinkeln zu untersuchen.

Im Eröffnungsvortrag des Abends widmete sich der Leiter der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der AOK Nordwest, RA Dr. Jürgen Mosler dem Thema „Rechtsstellung und Pflichten der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen“.¹⁷

Den nächsten Problemkreis beleuchtete sodann Generalstaatsanwältin a. D. Prof. Dr. Kirsten Graalmann-Scheerer in ihrem Vortrag zur „Vermögensabschöpfung bei Straftaten im Gesundheitswesen“.¹⁸ Dazu gab sie einleitend einen Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten der Schadensregulierung, bevor sie sich den Einzelheiten des Entschädigungsverfahrens nach § 459h StPO widmete. Dieses Verfahrens sei neu geschaffen worden, um die Schadenswiedergutmachung zu vereinfachen und das Erkenntnisverfahren zu entlasten. Im zweiten Teil ihres Vortrags kam Graalmann-Scheerer dann auf den Handlungsbedarf zu sprechen, der in diesem Bereich bestehe. Sie betonte, dass Krankenkassen im Entschädigungsverfahren mehr Eigenverantwortung zeigen müssen und empfahl, spezialisierte Referate zu schaffen sowie den Erfahrungsaustausch untereinander zu verbessern und Expertise im Bereich des Entschädigungsverfahrens aufzubauen.

Im zweiten Teil der Veranstaltung beleuchteten dann zwei Vorträge die Perspektive der Strafverteidigung im Umgang mit Krankenkassen im Strafverfahren. Im ersten Vortrag widmete sich RA Dr. Karolina Kessler dem Thema „Akteneinsicht und Auskünfte – die Rechtsstellung der Krankenkassen“.¹⁹ Sie stellte zunächst die drei Rechtsgrundlagen vor, nach denen Krankenkassen in Strafverfahren potenziell Akteneinsicht verlangen können: gem. § 406e StPO als Verletzte, gem. § 474 Absatz 2 Nr. 1 StPO als öffentliche Stelle oder gem. § 475 StPO als sonstige Stelle. In einem Vergleich verdeutlichte sie die unterschiedlichen Anforderungen und die Vor- und Nachteile der drei Normen. Sodann ging sie auf Umsetzungsprobleme und Verteidigungsstrategien ein. Die Fragen der Verteidigungsstrategien mit einem Fokus auf der „Verteidigung mit und gegen Krankenkassen“ vertiefte sodann RA Prof. Dr. Michael Tsambikakis.²⁰ Das Wort der Krankenkasse habe in jedem Prozess erhebliches Gewicht, in dem diese als Zeugin, Sachverständige oder sachverständige Zeugin beteiligt sei, weshalb der Umgang mit den Krankenkassen eine zentrale strategische Entscheidung der Strafverteidigung sei.

17 Der Vortrag wurde veröffentlicht, vgl. Mosler, medstra 2023, 208–212.

18 Vgl. Graalmann-Scheerer, medstra 2023, 212–218.

19 Vgl. Kessler, medstra 2023, 343–350.

20 Vgl. Tsambikakis, medstra, 2023, 219–223.

3.2.3 GKV Live – 20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

1,13 Milliarden Euro Gesamtschaden durch Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen – diese Summe ergibt sich aus der amtlichen polizeilichen Kriminalstatistik der letzten 20 Jahre. Um gegen solches Fehlverhalten vorzugehen, wurden 2004 die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen geschaffen. Aus Anlass des 20. Jahrestages der Einrichtung dieser Stellen bei allen Kranken- und Pflegekassen lud der GKV-Spitzenverband am 29. November 2023 zu einer GKV Live- Diskussionsveranstaltung zum Thema „20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ ein (vgl. dazu das Programm im Anhang H.).

In ihrem Impulsstatement blickte die Verwaltungsratsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Susanne Wagenmann, zunächst zurück auf die vergangenen 20 Jahre, seit der Gesetzgeber die gesetzlichen Weichen für die Bekämpfung von Fehlverhalten gestellt hat. Dabei hob sie auch die Rolle des GKV-Spitzenverbandes hervor – durch dessen aktive Mitarbeit zahlreiche „Geburtsfehler“ der gesetzlichen Regelung behoben werden konnten. So habe etwa ein hochgehängter Datenschutz die Zusammenarbeit der Fehlverhaltensstellen eingeschränkt und auch verhindert, dass der Medizinische Dienst Hinweise auf Fehlverhalten weitergeben durfte, die bei dessen Prüfungen aufgefallen waren – „eine abstruse Situation“, so Wagenmann. In einem Blick nach vorne formulierte Wagenmann dann Forderungen, wie die Bekämpfung von Fehlverhalten künftig noch effizienter gemacht werden sollte: Unter anderem solle der Gesetzgeber den Einsatz von Künstlicher Intelligenz ermöglichen und eine kriminologische Dunkelfeldstudie in Auftrag geben, die das Ausmaß unentdeckter Fälle beleuchtet.

Um die Forderung nach einer Dunkelfeldstudie ging es dann auch in der teils kontroversen Podiumsdiskussion. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Gernot Kiefer, diskutierte mit Franziska Weidinger, Ministerin für Justiz und Verbraucherschutz in Sachsen-Anhalt, Prof. Dr. Kai-D. Bussmann, Professor für Kriminologie und Strafrecht an der Martin-Luther-Universität Halle, Oberstaatsanwalt Torsten Haase, stellvertretender Leiter der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG), und Johanna Sell, Unterabteilungsleiterin im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Sell verteidigte eingangs, dass weder ihr Haus noch das Bundesjustizministerium bisher eine Dunkelfeldstudie in Auftrag gegeben haben. Die Strategie des BMG sei eine andere: Um Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu bekämpfen, sei es wichtig, dieses Hellfeld, also den bekannten Bereich von Abrechnungsbetrug und Korruption, effizienter in den Blick zu nehmen. Dafür erntete sie allerdings Widerspruch: Eine Bekämpfung des Hellfelds schließe nicht aus, das Dunkelfeld zu erforschen, hielt etwa Gernot Kiefer dagegen, und Prof. Bussmann verwies auf Erfolge durch Dunkelfeldstudien in anderen kriminologischen Bereichen. Zum Beispiel sei die Tatsache, dass der überwiegende Teil von Sexualdelikten in der Familie stattfindet, erst durch eine Dunkelfeldstudie ans Licht gekommen, sagte er. Auch Justizministerin Weidinger sprach sich für eine Dunkelfeldstudie aus und betonte zugleich: Auch ohne Studie würde ihre Behörde die Aufklärung weiter verstärken – „wir bleiben dran.“

Zu Beginn der Diskussion lief ein Ausschnitt aus der Dokumentation „Milliardenschäden im Gesundheitssystem – Wie Gauner Kasse machen“ des Bayerischen Rundfunks. Oberstaatsanwalt Haase ordnete den dort geschilderten Fall eines ambulanten Pflegedienstes, der auf Kosten von Bewohnenden von Pflege-WGs Kasse machte, ein: „Der Fall zeigt, dass die Kontrollmechanismen nicht ausreichen, um die schwarzen Schafe zu finden.“ Dem Medizinischen Dienst sei es nicht ohne weiteres möglich, seine Prüfungen in Privaträumen durchzuführen. Johanna Sell räumte ein, dass die Befugnisse des MD im Bundesgesundheitsministerium ein Thema seien, derzeit aber keine gesetzliche Anpassung geplant sei. Allerdings

kündigte sie an, dass zeitnah Regelungsvorschläge in das Versorgungsgesetz I eingebracht würden, welche die Übermittlung personenbezogener Daten in der Fehlverhaltensbekämpfung weiter erleichtern sollen.

Zum Schluss der Diskussion kam das Gespräch dann auf das Thema Künstliche Intelligenz. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass eine systematische, KI-gestützte Datenauswertung entscheidend ist, um Fehlverhalten im Gesundheitswesen aufzudecken. Gernot Kiefer hob die geplante Digitalgesetzgebung des BMG hervor: Diese sei darauf ausgerichtet, vorhandene Daten durch systematische Auswertungen besser nutzbar zu machen – „ein notwendiger Schritt in die richtige Richtung“. Die angeregte Diskussion belegte die Bedeutung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen und dass trotz aller Erfolge noch weitere Schritte nötig sind.

3.3 Forschungsprojekt „Kriminelle Netzwerke“

Das Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik ITWM, das Polizeipräsidium Oberbayern Süd (vertreten durch die KPI Rosenheim), die Firma Empolis Information Management GmbH und der GKV-Spitzenverband betreiben seit Juni 2021 das Forschungsprojekt „Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen (Kriminelle Netzwerke)“, dem sich auch die Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) als assoziierter Partner angeschlossen hat. Das Forschungsprojekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und läuft zunächst bis Mai 2024.

Ziel des Forschungsprojekts ist die Entwicklung eines IT-Werkzeugs, welches die Justiz und Polizei bei ihrer Ermittlungsarbeit unterstützen soll. Bei der Auswertung von als Beweismittel gesicherten digitalen Daten sollen mithilfe von KI Beziehungsgeflechte und Netzwerkstrukturen sichtbar gemacht werden. Die zu entwickelnde KI-Anwendung wird auf die Entwicklung verdächtiger Netzwerke trainiert, um so Auffälligkeiten in Netzwerkstrukturen nachvollziehbar zu identifizieren. Die Ergebnisse sollen auch graphisch dargestellt werden, um so die Beziehungen innerhalb des Netzwerks abzubilden. Eine erste Version der Anwendung soll aus E-Mails ersichtliche Beziehungsgeflechte analysieren und darstellen, den Inhalt der E-Mails schlagwortartig aufbereiten und Zeitinformationen aus Header und Text der E-Mails extrahieren.

In der zweiten Projekthälfte begann das Teilvorhaben „Datentransparenzdaten“, dass beim GKV-Spitzenverband durchgeführt wird. Allgemeines Ziel der Datentransparenz gem. §§ 303a ff. SGB V ist es, der Forschung und anderen berechtigten Institutionen die Abrechnungsdaten der Krankenkassen für definierte Zwecke zur Verfügung zu stellen, z. B. für die Steuerung des Gesundheitswesens. Mit der Neuorganisation der Datentransparenz übernimmt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) dazu den Betrieb des Forschungsdatenzentrums (FDZ). Zur Sicherstellung einer anonymisierten Nutzung muss das BfArM vor einer Überlassung an die forschenden Stellen entsprechende Maßnahmen ergreifen.

Im Rahmen des Forschungsprojekts sollen anhand der sogenannten Datentransparenzdaten gem. §§ 303a ff. SGB V erstmals Möglichkeiten des Nachweises von Kooperationen und Verbänden unter Leistungserbringenden untersucht werden, um damit zukünftige projektbezogene Aufdeckungsmaßnahmen mittels Maschinellen Lernens (Fraud Detection) vorzubereiten. Aufgrund von Verzögerungen beim FDZ muss jedoch auf die Generierung eines synthetischen Datensatzes ausgewichen werden. Die ermittelten Verbundstrukturen sollen danach auf ihren Gehalt geprüft und das Potenzial bewertet werden,

Netzwerkstrukturen abzubilden mit der Perspektive, Verdachtsfälle für Fehlverhalten im Gesundheitswesen, namentlich Abrechnungsbetrug und Korruption, vorauszuwählen.

Arbeitsziel für den GKV-Spitzenverband ist es, die Möglichkeiten des Maschinellen Lernens und graphen-basierter Analysen zur Detektion von Auffälligkeiten in GKV-Abrechnungsdaten zu demonstrieren. Die Ergebnisse sollen als Grundlage und Entscheidungshilfe dienen, innerhalb der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung geeignete rechtliche Rahmenbedingungen für kooperative und präventive koordinierte Maßnahmen der Kranken- und Pflegekassen zur effektiven Aufdeckung von internen Hinweisen auf Fehlverhalten in den GKV-Abrechnungsdaten anzustreben.



Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen (Kriminelle Netzwerke)

Motivation

Die Gesundheitsbranche in Deutschland hat einen geschätzten Jahresumsatz von mehr als 350 Milliarden Euro. Das weckt kriminelle Begehrlichkeiten: Durch Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen wird das Sozialsystem jährlich schätzungsweise um 14 Milliarden Euro geschädigt. Es entsteht aber nicht nur finanzieller Schaden, denn durch Abrechnungsbetrug erhalten Patienten nicht die Leistungen, die sie eigentlich benötigen. Um Abrechnungen im großen Stil zu manipulieren müssen mehrere Akteure eng in einem Netzwerk zusammenarbeiten. Zur Aufdeckung solcher kriminellen Netzwerke muss die Polizei bisher eine Vielzahl von verschiedenen Dokumenten händisch auswerten.

Ziele und Vorgehen

Das Projekt Kriminelle Netzwerke entwickelt ein IT-Werkzeug, mit dem die Ermittlungsarbeit der Polizei unterstützt wird. Liegt ein Anfangsverdacht für Betrug oder Korruption vor und wurden Daten als Beweismittel gesichert, sollen mit Hilfe von künstlicher Intelligenz (KI) Beziehungsgeflechte und Netzwerkstrukturen sichtbar gemacht werden. Dazu zählen E-Mails, Telefonverbindungen, Chatverläufe und Abrechnungsdaten. Die vorliegenden Datensätze werden analysiert und als Basis für die Erarbeitung von Merkmalen, die kriminelle Netzwerke charakterisieren, genutzt. Die zu entwickelnde KI-Anwendung wird mit Hilfe dieser Merkmale auf die Erkennung verdächtiger Netzwerke trainiert. Die Ergebnisse werden graphisch dargestellt, um die Beziehungen innerhalb des Netzwerkes abzubilden.

Innovationen und Perspektiven

Das im Projekt entwickelte IT-Werkzeug wird die Polizei und Krankenkassen dabei unterstützen, kriminelle Netzwerke im Gesundheitssystem schneller zu identifizieren und Beweise gerichtsfest zusammenzustellen. Damit wird das Sozialsystem entlastet und eine Benachteiligung von Patienten verhindert.



Medizinische Leistungen werden nicht immer korrekt abgerechnet.

Programm

Forschung für die zivile Sicherheit
Bekanntmachung: „Künstliche Intelligenz in der zivilen Sicherheitsforschung“

Gesamtzufwendung

1,2 Mio. Euro

Projektlaufzeit

Juni 2021 – Mai 2024

Projektpartner

- Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik (ITWM), Kaiserslautern
- GKV-Spitzenverband, Berlin
- Polizeipräsidium Oberbayern Süd, Rosenheim
- Empolis Information Management GmbH, Kaiserslautern

Assoziierter Partner

Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg, Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen

Verbundkoordinator

Prof. Dr. Andreas Wagner
Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik (ITWM)
E-Mail: andreas.wagner@itwm.fraunhofer.de

4 Rechts- und gesundheitspolitische Stellungnahmen

Auch im abgeschlossenen Berichtszeitraum hat der GKV-Spitzenverband wieder eine Reihe von Stellungnahmen gegenüber der Bundesregierung, dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags und dem Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestags verfasst.

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

4.1 Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)

In seiner Stellungnahme vom 5. Mai 2023 zum Gesetzentwurf des PUEG hat der GKV-Spitzenverband im vorliegenden Sachzusammenhang u. a. zur beabsichtigten Änderung des § 108 SGB XI Stellung genommen (vgl. Anhang E).

Nach der Neuregelung soll den Versicherten auf Wunsch regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt werden. Ebenso sollen sie auf Anforderung von den Pflegekassen Auskünfte darüber erhalten, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen Leistungserbringende mit der Pflegekasse abgerechnet haben. Auf Wunsch sollen Versicherte zudem eine Durchschrift der von den Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen erhalten; falls dies nicht möglich ist, sollen die Pflegekassen die elektronisch eingereichten Abrechnungsunterlagen verständlich und nachvollziehbar aufbereiten und erläutern.

In seiner Stellungnahme hat der GKV-Spitzenverband zum Ausdruck gebracht, dass die Erweiterung und Vereinfachung der Geltendmachung der Auskunftsansprüche der Versicherten zu einer höheren Transparenz des Leistungsgeschehens für einzelne Versicherte beitragen. Diese erhalten zukünftig einen regelmäßigen Überblick über die bereits in Anspruch genommenen und noch nicht verwendeten Leistungen.

Positiv ist ferner zu bewerten, dass die Form der Informationsübermittlung technologieoffen formuliert ist. Damit können die bei den Pflegekassen bereits implementierten Informationswege, beispielsweise in Form von Apps, genutzt werden, ohne dass es eines Aufbaus von Doppelstrukturen bedarf.

Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf zu § 105 SGB XI und § 302 SGB V geltend gemacht und insoweit konkrete Änderungsvorschläge unterbreitet (vgl. auch Punkt 7.5. und 7.6).

4.2 Digital-Gesetz (DigiG)

In seiner Stellungnahme vom 8. November 2023 zum Gesetzentwurf des DigiG hat der GKV-Spitzenverband im vorliegenden Sachzusammenhang ferner zur beabsichtigten Neuregelung des § 305 SGB V Stellung bezogen (vgl. Anhang F).

4.3 Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)

In seiner Stellungnahme vom 13. November 2023 zum Gesetzentwurf des GDNG hat der GKV-Spitzenverband weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf zur Klarstellung der erweiterten Nutzungsbefugnis der Datentransparenzdaten nach § 303b Absatz 1 SGB V zur Wahrnehmung seiner gesetzlichen Aufgaben vorgeschlagen (vgl. Anhang G).

5 GKV-Gesamtsicht

5.1 Einführung

Um eine bessere Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit der Berichtsinhalte zu gewährleisten, hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bereits im Jahr 2012 eine Standardisierung und Vereinheitlichung des den Berichten zugrunde liegenden Datenmaterials beschlossen.

Alle Kranken- und Pflegekassen haben seitdem im Wege einer „Standardisierten Fallerfassung“ vergleichbare Kennzahlen erhoben. Mit dem Inkrafttreten der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes gem. § 197a Absatz 6 Nr. 6 SGB V wurden die Kennzahlen zum 1. Januar 2018 auf insgesamt acht Kategorien erweitert. Sie bilden damit auch die zusätzlichen gesetzlichen Vorgaben gem. § 197a Absatz 5 Satz 3 SGB V wie folgt ab:

1. Anzahl der eingegangenen Hinweise

- 1.1. Anzahl der externen Hinweise
- 1.2. Anzahl der internen Hinweise (aus eigener Kranken- oder 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

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

5.2 Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht 2022/2023

Zum Ende des Berichtszeitraums 2022/2023 waren die seinerzeit 95 Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes (Stand: 31. Dezember 2023) entweder selbst für die Teilnahme an der „GKV-Fall-erfassungsstelle Fehlverhalten“ registriert, wurden insoweit z. B. durch ihren jeweiligen Verband auf Bundesebene vertreten, oder haben bis zum Redaktionsschluss eine schriftliche Meldung abgegeben.

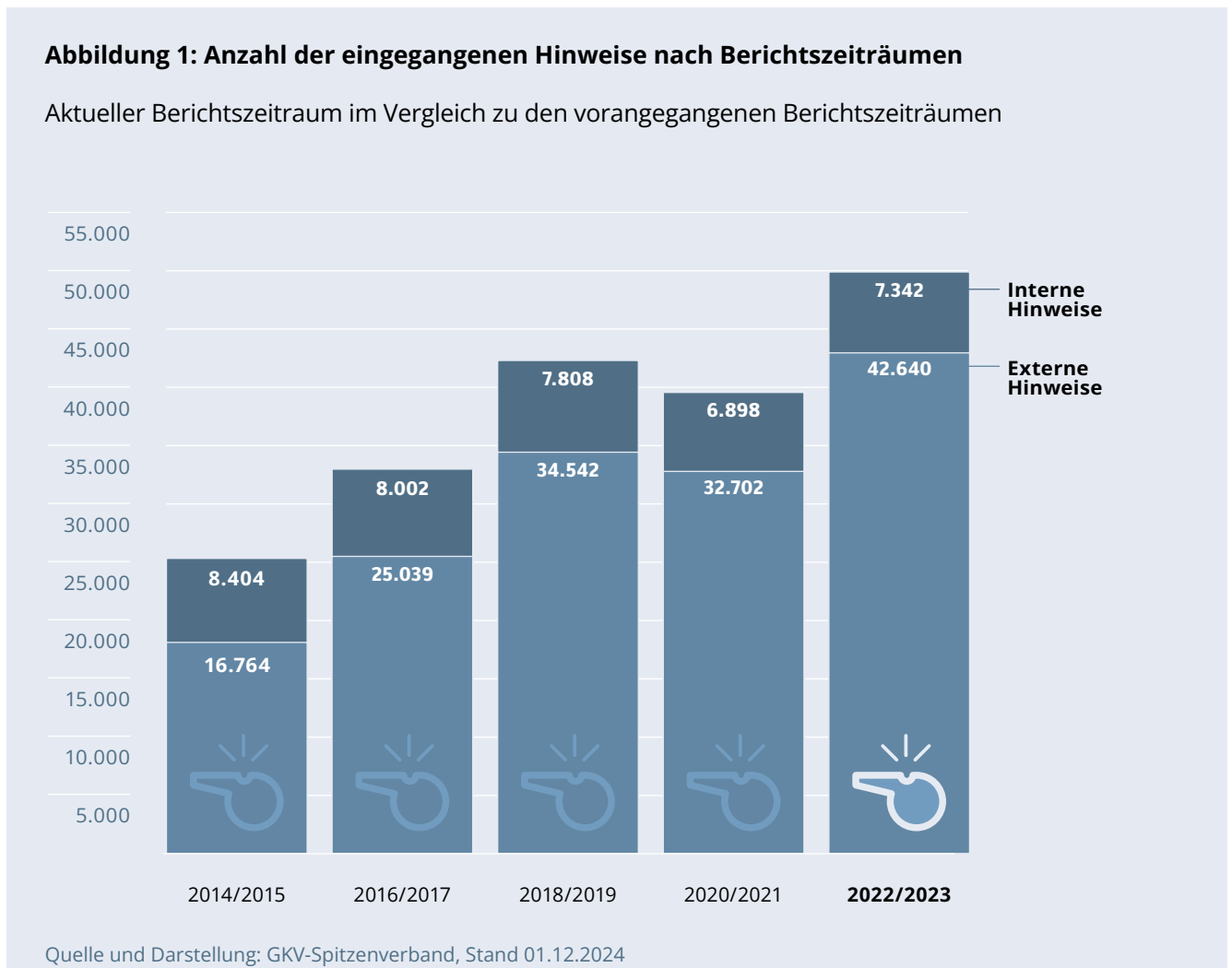
Aus den Berichten der Mitgliedskassen wurden die nachfolgenden GKV-Kennzahlen zusammengeführt. Sie stellen Transparenz über Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes her.

	2020/2021	2022/2023	+/-	%	Tendenz
1. Anzahl der eingegangenen Hinweise	39.600	49.982	10.382	+21 %	▲
1.1. Anzahl der externen Hinweise	32.702	42.640	9.938	+23 %	▲
1.2. Anzahl der internen Hinweise	6.898	7.342	444	+6 %	▲
2. Anzahl der verfolgten Fälle	43.792	47.225	3.433	+7 %	▲
2.1. Anzahl verfolgter Bestandsfälle	20.451	22.595	2.144	+9 %	▲
2.2. Anzahl verfolgter Neufälle	23.341	24.630	1.289	+5 %	▲
3. Fälle					
3.1. Anzahl der abgeschlossenen Fälle	23.903	25.540	1.637	+6 %	▲
3.2. Anzahl der nachgewiesenen Fälle	10.295	9.345	-950	-10 %	▼
4. Schäden					
4.1. Höhe der entstandenen Schäden	131.870.999,56 €	200.334.006,64 €	68.463.007 €	+34 %	▲
4.2. Höhe der gesicherten Forderungen	59.593.817,00 €	92.171.782,45 €	32.577.965 €	+35 %	▲
5. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	2.538	1.883	-655	-35 %	▼

Quelle: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

Im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum zeigen die Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht für den Berichtszeitraum 2022/2023 wieder eine deutlich ansteigende Tendenz. Dies kann nach Einschätzung unserer Mitgliedskassen auch auf den Wegfall der zahlreichen Einschränkungen im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie zurückgeführt werden.

5.2.1 Anzahl der eingegangenen Hinweise



Eingegangene Hinweise i. S. d. §§ 197a Absatz 2 SGB V, 47a SGB XI sind sämtliche im abgeschlossenen Berichtszeitraum bei den Stellen eingegangene Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die „aufgrund 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 **23 % (= 9.938 Hinweise)** angestiegen.

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 Absatz 3a SGB V). Die hohe Anzahl der eingegangenen externen Hinweise unterstreicht erneut den vom GKV-Spitzenverband seit Jahren eingeforderten gesetzlichen

Schutz der Hinweisgebenden von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, der auch nach dem Inkrafttreten des Hinweisgeberschutzgesetzes noch verbesserungsbedürftig erscheint (vgl. Punkt 7.1).

5.2.2 Anzahl der verfolgten Fälle

Ein eingegangener Hinweis wird zu einem Fall i. S. d. §§ 197a Absatz 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 Sachverhaltsüberprüfungen 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 erneut ein deutlicher Anstieg der Anzahl der insoweit verfolgten Fälle um insgesamt **7 % (= 3.433 verfolgte Fälle)**.

Darüber hinaus berichten die Mitglieds-kassen, 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. Vor diesem praxisrelevanten Hintergrund beteiligt sich der GKV-Spitzenverband aktiv an dem Forschungsprojekt Kriminelle Netzwerke (vgl. Punkt 3.3).

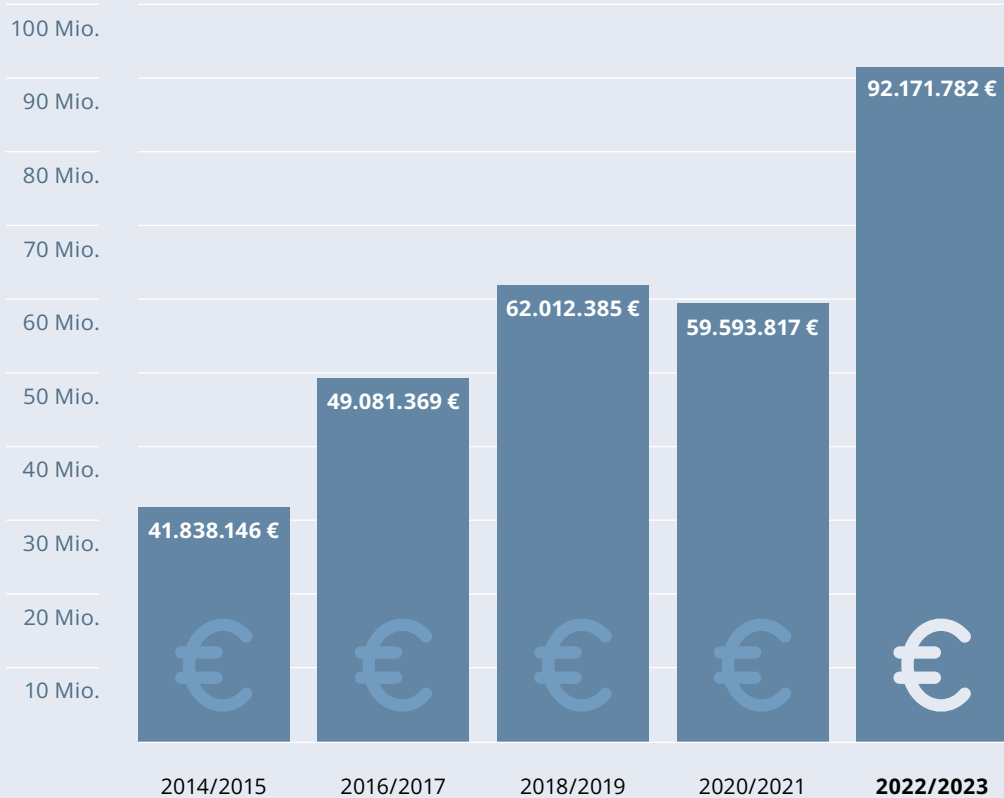
Ebenso dürfte hier die hohe Anzahl der verfolgten Bestandsfälle aus dem vorangegangenen Berichtszeitraum 2020/2021 nachwirken: Mit den verfügbaren Personalressourcen der Mitglieds-kassen konnten nicht alle Bestandsfälle abschließend bearbeitet und mussten somit in den vorliegenden Berichtszeitraum übernommen werden. Die Mitglieds-kassen berichten außerdem von einer längeren Dauer der strafrechtlichen Ermittlungsverfahren, da die Strafverfolgungsbehörden zusätzlich mit Ermittlungsverfahren infolge der Covid-19-Pandemie befasst waren, z. B. wegen Abrechnungsbetrug mit Corona-Tests.

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 35 % (= 32.577.965 Euro). Die Höhe der gesicherten Forderungen erreicht mit über 92 Mio. Euro den höchsten Wert seit dem Beginn der Berichterstattung.

Abbildung 2: Höhe der gesicherten Forderungen in Euro nach Berichtszeiträumen

Aktueller Berichtszeitraum im Vergleich zu den vorangegangenen Berichtszeiträumen



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

Für jeden abgeschlossenen Fall erfassen die Kassen die Höhe der insoweit „gesicherten Forderungen“ in Euro. Der Begriff der „gesicherten Forderung“ orientiert sich an §§ 77 Absatz 1a, 78 SGB IV i. V. m. § 29a Absatz 2 Nr. 2a der VO über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung („Anhang zur Jahresrechnung der Krankenversicherung“). Nach § 77 Absatz 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.

Eine außergerichtliche Schadensregulierung kann durch Aufrechnung mit Vergütungsansprüchen (§ 387 BGB), Abschluss eines öffentlich-rechtlichen Vertrags (§ 53 SGB X) oder Abschluss eines Vergleichsvertrags (§ 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 Absatz 1 Nr. 1 StPO), z. B. durch Schuldanerkenntnis gem. § 781 BGB.²¹

21 Vgl. BSG, Beschluss vom 27. November 2014 – B 3 KR 22/14 B.

Für eine sozialgerichtliche Durchsetzung von Rückforderungsansprüchen kommen der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, Vertragshaftung (§ 280 BGB i. V. m. § 69 Absatz 1 S. 3 SGB V) oder Haftung aus unerlaubter Handlung (§ 823 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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).

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

Aktueller Berichtszeitraum im Vergleich zu den vorangegangenen Berichtszeiträumen



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

Im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum ergibt sich ein erneuter Rückgang der erfolgten Unterrichtungen der Staatsanwaltschaft um 35 % (= –655 Unterrichtungen). Die Anzahl der Unterrichtungen der Staatsanwaltschaft liegt damit zwar bereits zum zweiten Mal in Folge unter dem Durchschnitt der letzten fünf Berichtszeiträume (2.754). Dies korrespondiert auch mit einer zuletzt gesunkenen Fallzahl des Abrechnungsbetrugs im Gesundheitswesen nach der Polizeilichen Kriminalstatistik der Jahre 2022 und 2023.²²

Diese aktuelle Entwicklung ist nach Mitteilung unserer Mitgliedschaften aber vorrangig darauf zurückzuführen, dass diese in den einzelnen Bundesländern mit weiter zunehmender Tendenz immer effektiver kassenartenübergreifend zusammenarbeiten. Folglich stellen heute häufig nicht mehr mehrere Mitgliedschaften nebeneinander Strafanzeigen gegen dieselben Leistungserbringenden, sondern sie gehen immer stärker dazu über, die zuständige Staatsanwaltschaft von Anfang an gemeinsam und „qualifiziert“ zu unterrichten. Dementsprechend erhöhen sich nicht nur die Summen der angezeigten Schäden.

Während vor einigen Jahren z. B. noch mehrere Mitgliedschaften jeweils eine eigene Strafanzeige gegen denselben Leistungserbringenden gestellt haben, wird heute nur noch eine Strafanzeige gezählt, und zwar beim jeweiligen Fallfederführer.

²² Vgl. Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2023, S. 11.

5.3 Differenzierung der GKV-Gesamtsicht nach Leistungsbereichen

Auf der Grundlage der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes gem. § 197a Absatz 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.

In der Tabelle Teil 2 werden darüber hinaus Kennzahlen zusammengeführt, die zusätzlich auch differenziertere Rückschlüsse auf die Anzahl der hinter den Hinweisen und Fällen stehenden Leistungserbringenden ermöglichen sollen. Dies entspricht den neuen gesetzlichen Vorgaben gem. § 197a Absatz 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)
3.180	431	2.027	2.043	2.297	676	8.583.124,57	5.111.763,24		105	aa) Ärztliche Leistung
894	251	712	774	1.012	456	2.456.142,44	2.142.487,54		19	bb) Zahnärztliche Leistung
2.107	1.043	2.118	2.139	2.055	812	85.871.422,09	36.873.336,92		235	cc) Arznei- und Verbandmittel
6.222	612	4.115	3.634	3.868	1.801	11.940.462,97	8.229.321,25		174	dd) Heilmittel
1.440	688	1.029	1.283	1.234	467	13.739.873,77	8.460.309,04		34	ee) Hilfsmittel
577	70	431	335	441	125	5.264.932,09	4.559.962,05		16	ff) Krankenhausbehandlung
1.528	130	553	748	610	228	2.656.752,86	2.085.879,57		73	gg) Fahrkosten
255	23	143	136	148	49	64.778,98	38.575,56		4	hh) Vorsorge und Rehabilitation
279	43	134	117	128	43	80.997,11	138.999,84		9	ii) Soziale Dienste, Prävention
610	80	485	368	439	199	878.956,90	647.509,98		17	jj) Schwangerschaft/ Mutterschaft
9.325	608	5.034	4.118	4.523	1.928	32.804.063,67	16.425.762,02		180	kk) Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
11.646	1.980	3.140	5.943	4.925	1.575	29.705.928,64	4.664.696,43		495	b) Pflegeversicherung (SGB XI)
2.368	915	1.571	1.911	2.406	701	3.959.246,80	1.817.146,09		378	c) Versichertenbezogene Leistungen
860	229	659	437	621	159	1.561.742,83	641.627,82		73	d) Arbeitgeberbezogene Leistungen
1.349	239	444	644	833	126	765.580,92	334.405,10		71	e) Sonstige
42.640	7.342	22.595	24.630	25.540	9.345	200.334.006,64	92.171.782,45		1.883	Summen der Hinweise, Fälle und Schäden

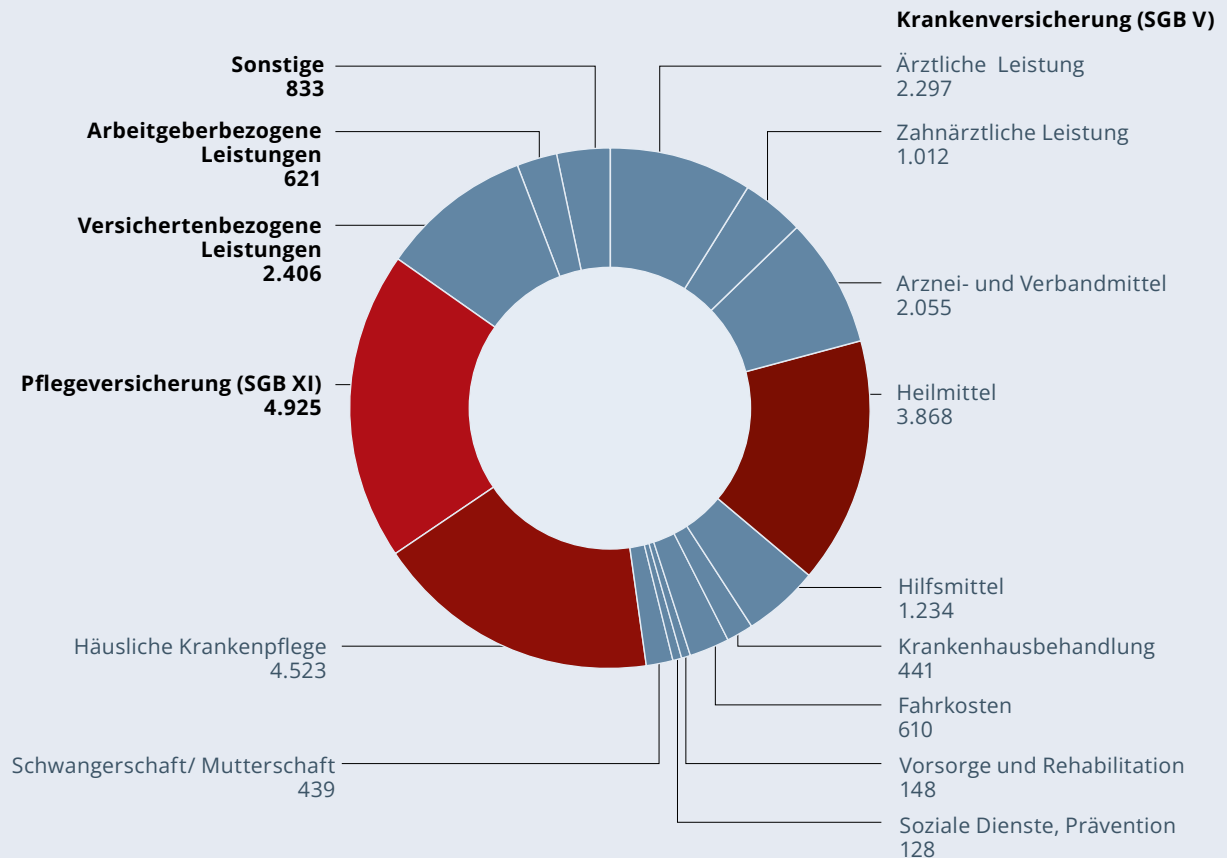
Quelle: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

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

6. Anzahl der Leistungserbringenden (Hinweise)		7. Anzahl der Leistungserbringenden (verfolgte Fälle)		8. Anzahl der Leistungserbringenden (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	
						a) Krankenversicherung (SGB V)
3.903	790	3.341	2671	3.012	1.008	aa) Ärztliche Leistungserbringende
901	201	900	723	1.148	503	bb) Zahnärztliche Leistungserbringende
1.149	689	1.729	1.536	1.323	526	cc) Apotheken
6.483	633	4.766	4.014	4.063	1.989	dd) Heilmittelerbringende
1.635	740	1.533	1.545	1.500	558	ee) Hilfsmittelerbringende
609	70	462	375	456	125	ff) Krankenhaus
1.549	141	637	810	604	234	gg) Krankenbeförderungsunternehmen
266	17	139	137	157	52	hh) Leistungserbringende Vorsorge und Rehabilitation
263	49	151	119	125	45	ii) Leistungserbringende Soziale Dienste, Prävention
631	78	530	397	446	214	jj) Hebammen
9.124	615	5.334	4.247	4.475	1.940	kk) Leistungserbringende Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
10.056	1.340	2.898	5.107	4.223	1.418	b) Leistungserbringende Pflegeversicherung (SGB XI)
3.652	1.682	2.805	3.548	3.653	1.244	c) Versicherte
1.066	277	832	546	775	209	d) Arbeitgebende
14	21	20	26	26	11	e) Mitarbeitende der Kranken- und Pflegekassen
1.704	373	1.346	1.363	1.408	472	f) Sonstige
43.005	7.716	27.423	27.164	27.394	10.548	Summe der Anzahl der Leistungserbringenden/Versicherten

5.3.1 Abgeschlossene Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen

Abbildung 4: Abgeschlossene Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen



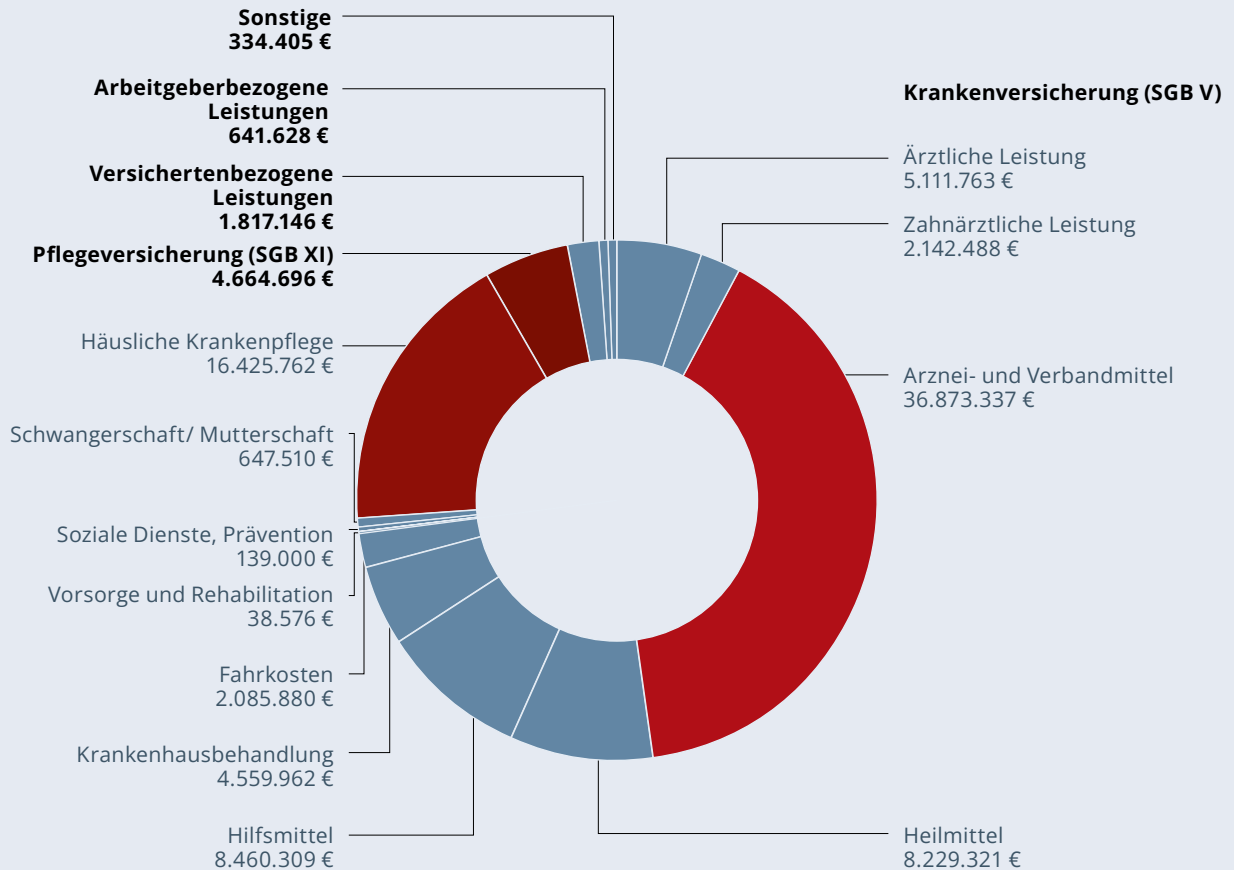
Die Bekämpfung von vertrags(-zahn-)ärztlichem Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist gem. § 81a Abs. 1 SGB V die originäre Aufgabe der Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen. Die Ergebnisse entsprechender Pflichtverletzungen werden deshalb in den Berichten der insoweit zuständigen Kassenärztlichen Bundesvereinigungen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

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

5.3.2 Gesicherte Forderungen nach betroffenen Leistungsbereichen in Euro

Abbildung 5: Gesicherte Forderungen in Euro nach betroffenen Leistungsbereichen



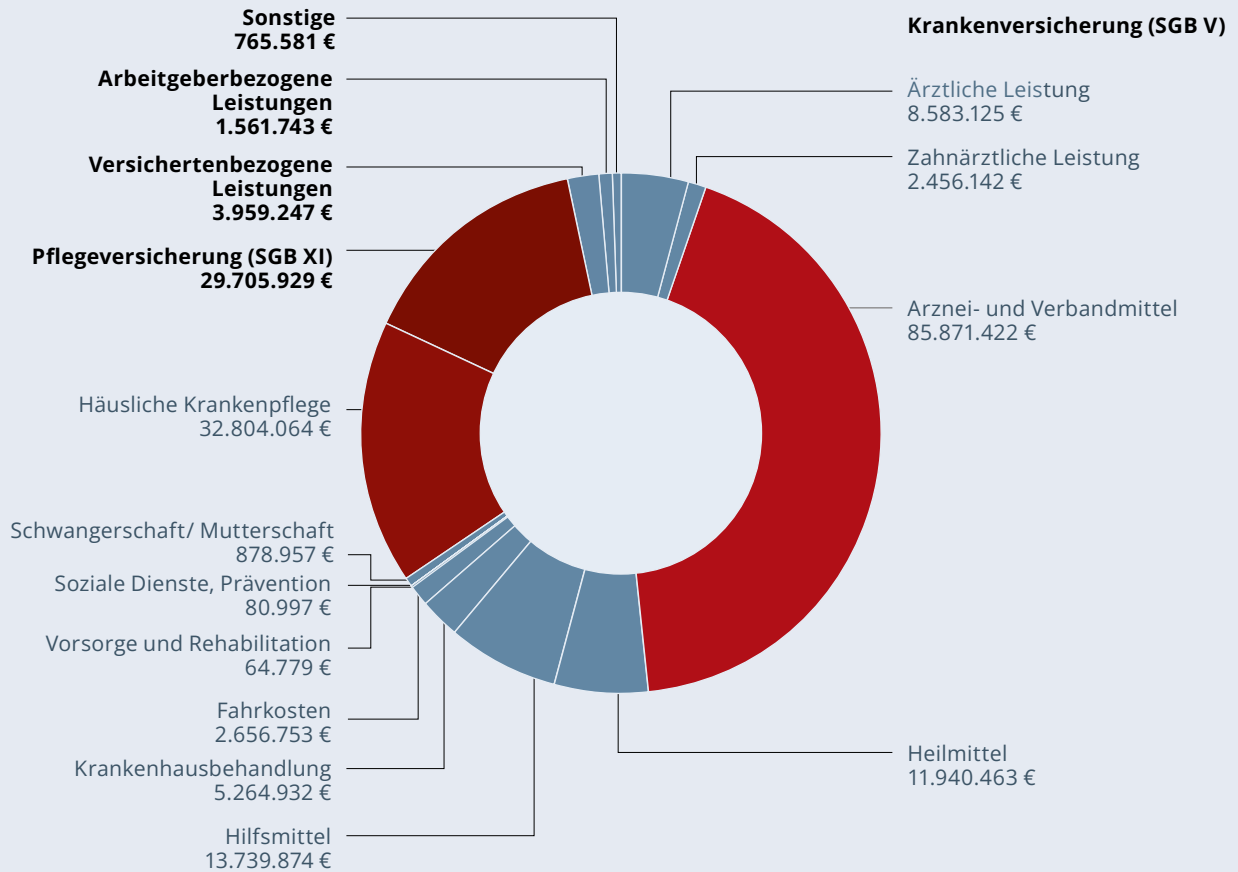
Die Bekämpfung von vertrags(-zahn-)ärztlichem Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist gem. § 81a Abs. 1 SGB V die originäre Aufgabe der Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen. Die Ergebnisse entsprechender Pflichtverletzungen werden deshalb in den Berichten der insoweit zuständigen Kassenärztlichen Bundesvereinigungen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

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

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

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.

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

5.4 Bewertung ausgewählter GKV-Kennzahlen

Die nach betroffenen Leistungsbereichen differenzierten GKV-Kennzahlen dokumentieren für den Berichtszeitraum 2022/2023 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.“²³

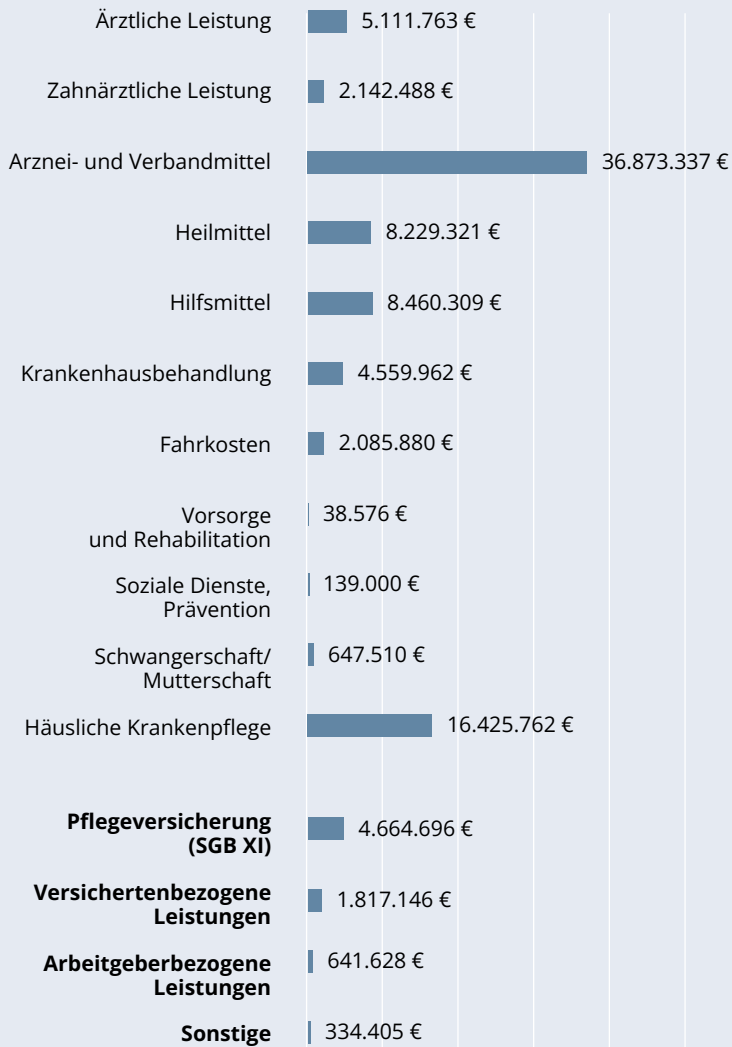
Mit der Berichtspflicht der Vorstände über die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sollen sich die Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung eine konkrete Vorstellung über das „tatsächliche Ausmaß“ des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen machen können.²⁴ 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 92 Mio. Euro den höchsten Wert seit dem Beginn der Berichterstattung. Aus der nachfolgenden Darstellung geht detailliert hervor, wie sich die gesicherten Forderungen nach den betroffenen Leistungsbereichen aufteilen. Danach konnten im Berichtszeitraum die mit Abstand höchsten Forderungen im Leistungsbereich der Arznei- und Verbandmittel gesichert werden, gefolgt von der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) an zweiter Stelle. Hier ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die außerklinische Intensivpflege im Berichtszeitraum 2022/2023 noch nicht als eigenständiger Leistungsbereich nach § 37c SGB V erfasst wurde, da die bisherigen Versorgungsverträge im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gem. § 132a Absatz 4 SGB V zunächst noch bis zum 30. Juni 2024 fortgalten, bis sie durch neue Verträge abgelöst wurden, vgl. § 132l Absatz 5 Satz 6 SGB V.

²³ Vgl. BT-Drs. 16/3930, S. 191.

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

Abbildung 7: Höhe der gesicherten Forderungen in Euro nach betroffenen Leistungsbereichen**Krankenversicherung (SGB V)**

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

Die Einrichtung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen stärkt nach der Gesetzesbegründung den „effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich“.²⁵

Vor allem der Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen stellt dabei gegenwärtig eine besonders sozial-schädliche Form der Wirtschaftskriminalität mit hohen Schadenssummen und negativer Auswirkung auf die Integrität des Gesundheitswesens dar.

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

Dem Kontenrahmen entsprechend bildeten die Kassen insoweit 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 Absatz 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“.²⁶

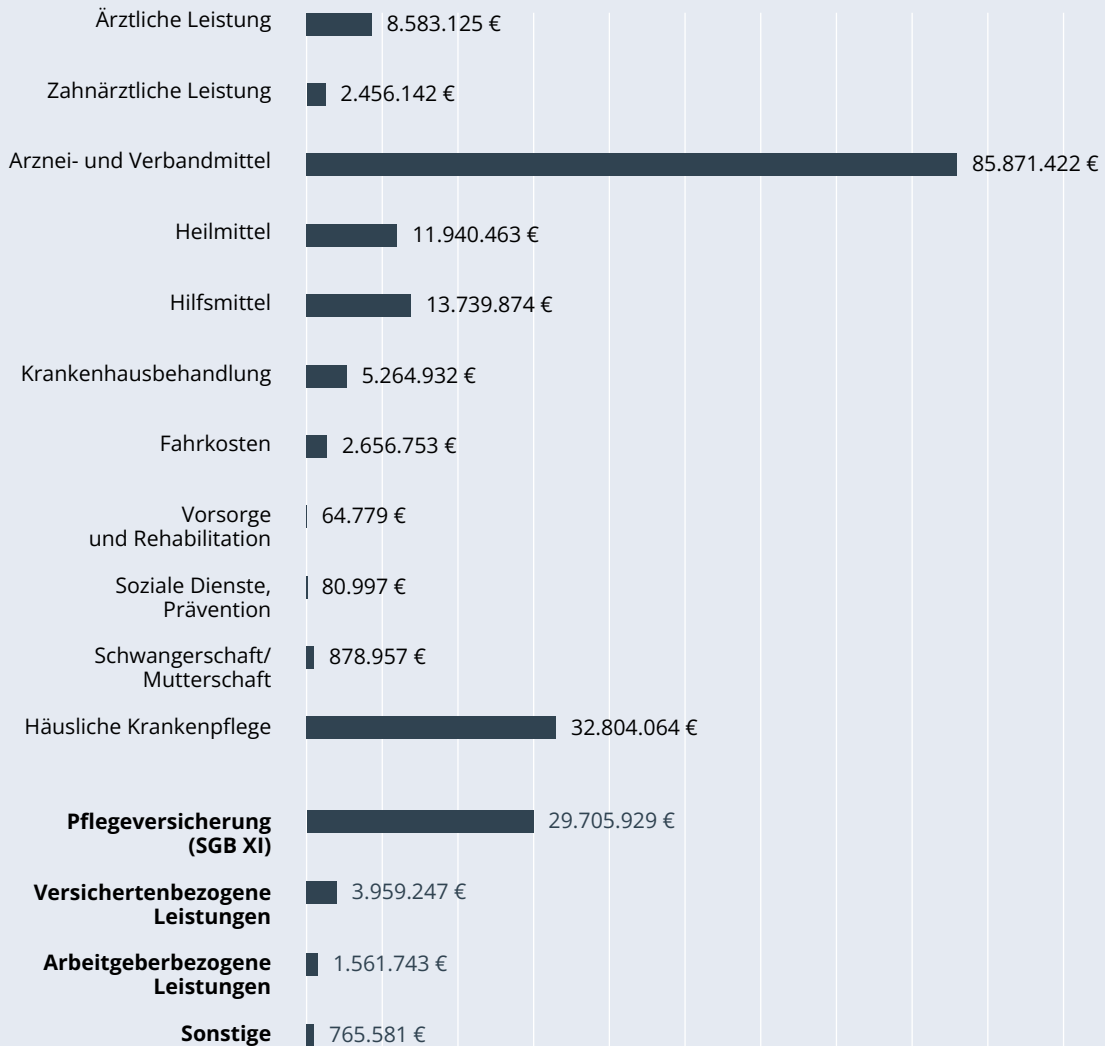
5.4.2 Höhe der tatsächlich entstandenen Schäden in Euro

Nach der Gesetzesbegründung zur Neuregelung des § 197a Absatz 5 Satz 3 SGB V musste im Berichtszeitraum 2022/2023 nunmehr zum dritten Mal der „entstandene Schaden“ beziffert werden, d. h. der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, „der durch Prüfungen nicht vermieden werden konnte.“²⁷

Die Höhe der entstandenen Schäden beträgt über 200 Mio. Euro. Aus der nachfolgenden Darstellung 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 der Arznei- und Verbandmittel entstanden. An zweiter Stelle steht die häusliche Krankenpflege einschließlich der außerklinischen Intensivpflege (§ 37 SGB V), gefolgt von der Pflegeversicherung an dritte Stelle.

²⁶ Vgl. die Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/6446, S. 24.

²⁷ Vgl. BT-Drs. 18/6446, S. 24 f.

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

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

Ein Vermögensschaden entsteht, wenn die Vermögensverfügung der/des Getäuschten bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise unmittelbar zu einer nicht durch Zuwachs ausgeglichenen Minderung des wirtschaftlichen Gesamtwerts des Vermögens der/des Verfügenden führt (Gesamtsaldierung, ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs).²⁸ Nach diesen Grundsätzen ist bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise ein Schaden entstanden, wenn der Kasse im Zusammenhang mit der Zahlung des Rechnungsbetrags kein Vermögenswert zufließt, der in die Gesamtsaldierung einzustellen wäre. Das ist der Fall, wenn z. B. Leistungen abgerechnet wurden, die nicht erbracht wurden. Der entstandene Schaden

28 Vgl. etwa BGH, Beschluss vom 16. Juni 2014 – 4 StR 21/14 m. w. N.

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 medizinisch indizierte Leistungen *lege artis* 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.

Nach den insoweit maßgeblichen Grundsätzen des Sozialrechts entfällt nämlich der gesamte Vergütungsanspruch des Leistungserbringenden (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 Leistungserbringenden maßgeblich ist. Dem Leistungserbringenden 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.²⁹

Die vom Bundessozialgericht entwickelte streng formale Betrachtungsweise wurde auch vom Bundesgerichtshof für die Schadensermittlung beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen übernommen.³⁰ Das Bundesverfassungsgericht hat die Verfassungsmäßigkeit dieser Rechtsprechung inzwischen ausdrücklich bestätigt.³¹

In Fällen des Abrechnungsbetrugs im Gesundheitswesen handelt es sich häufig um eine Vielzahl teilweise länger zurückliegender Einzeltaten über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Häufig ist es sogar unmöglich, diejenigen abgerechneten Leistungen herauszufiltern, die nicht erbracht worden sind, wie z. B. in der ambulanten Pflege. Fehlen für eine annähernd genaue Berechnung des Schadens aussagekräftige Belege oder Aufzeichnungen oder sind diese nur mit unverhältnismäßigem Aufklärungsaufwand und ohne nennenswerten zusätzlichen Erkenntnisgewinn zu beschaffen, dann können die Strafverfolgungsbehörden auf die anerkannte Möglichkeit der Schadensschätzung³² oder die Möglichkeit der Schadenshochrechnung hingewiesen werden.³³

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

30 BGH, Beschluss vom 25. Juli 2017 5 StR 46/17; BGH, Beschluss vom 10. Juni 2020 – 4 StR 503/19; BGH, Urteil vom 19. August 2020 – 5 StR 558/19; BGH, Beschluss vom 20. Oktober 2021 – 1 StR 375/21.

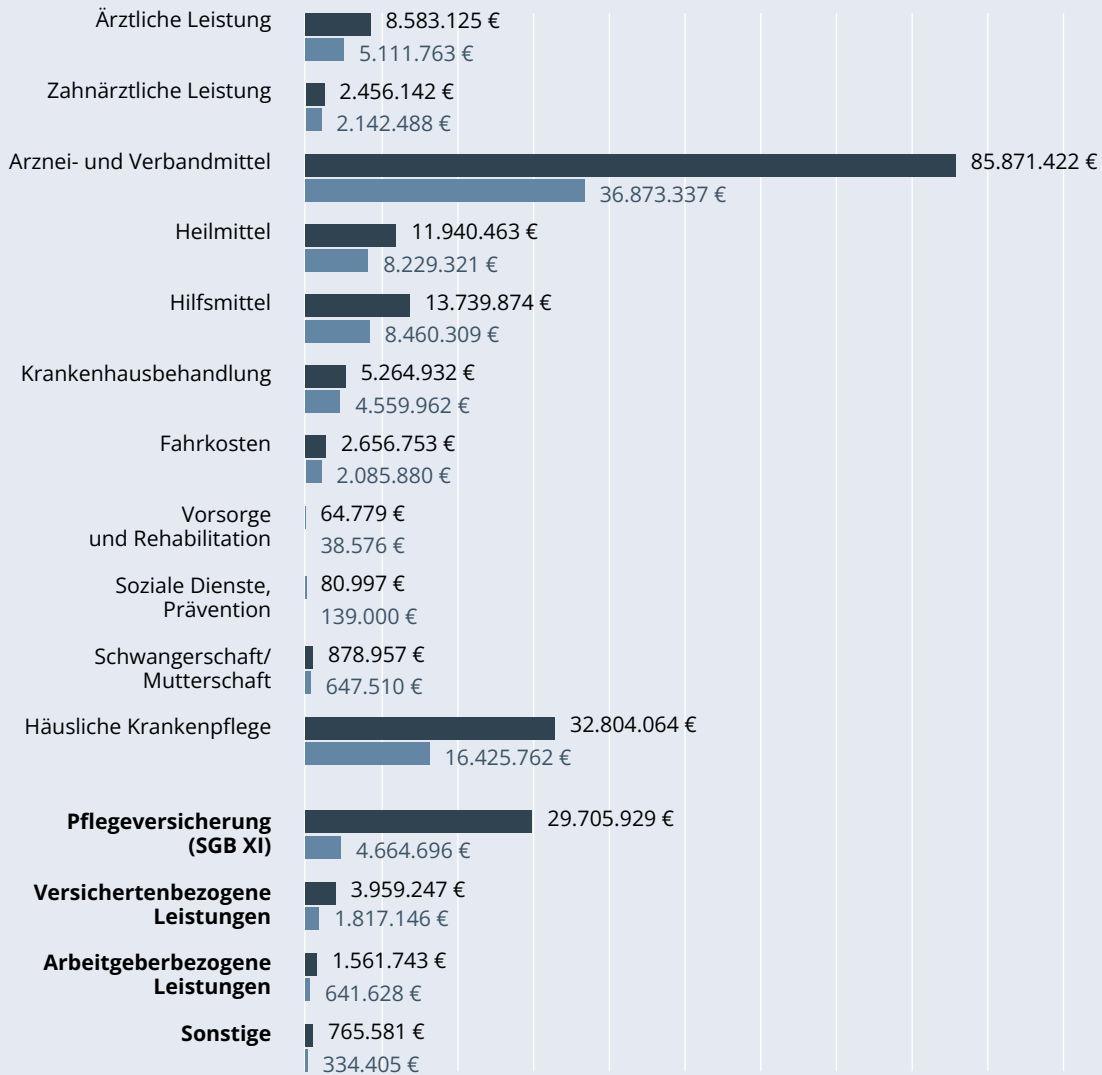
31 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 5. Mai 2021 – 2 BvR 2023/20 und 2 BvR 2041/20.

32 Vgl. zur Schadensschätzung in einem umfangreichen Pflegebetrugsverfahren LG Düsseldorf, Urteil vom 5. Februar 2018 – 18 KLs 2/17, juris, Rn. 889 ff.; zur Schätzbefugnis im sozialgerichtlichen Verfahren vgl. BSG, Urteil vom 15. Dezember 2016 – B 5 RS 4/16 R.

33 Vgl. BGHSt 36, 320. Zur Schadenshochrechnung in der Folge eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens vgl. Schmidt, medstra 2017, 79-85; zur Schadenshochrechnung in der Sozialgerichtsbarkeit vgl. Wiegand, medstra 2017, 85-90.

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

Krankenversicherung (SGB V)



Entstandene Schäden
 Gesicherte Forderungen

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

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. Gemäß § 197a Absatz 5 Satz 3 SGB V bestand für die Mitgliedskassen im abgeschlossenen Berichtszeitraum 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.

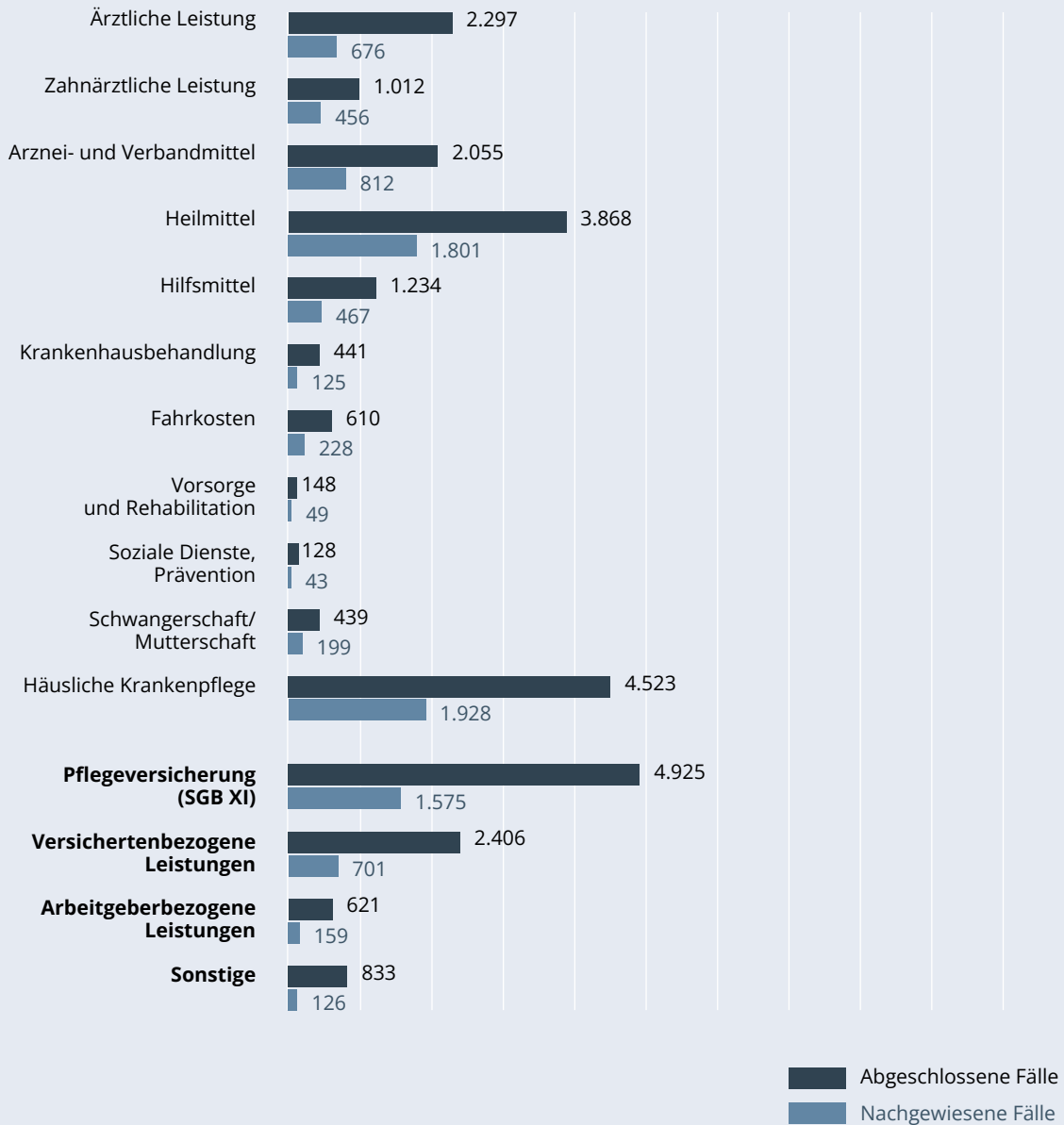
Abzustellen ist dabei allein auf die bei einer Kasse zur Verfügung stehenden Beweismittel. Es kommt nicht notwendig darauf an, ob z. B. nach einer Unterrichtung der Staatsanwaltschaft auch rechtskräftig darüber entschieden wurde. Die abschließende Beweiswürdigung durch Staatsanwaltschaft und/oder Gerichte 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.³⁴

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

34 Vgl. Nummer 26 Absatz 3 der Anordnung über Mitteilungen in Strafsachen (MiStra).

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

Krankenversicherung (SGB V)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

Exemplarisch treten Schwierigkeiten der Nachweisführung am Beispiel der ambulanten Pflege zutage. Dort lässt sich beispielsweise die 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.³⁵

35 Stellvertretend für die Perspektive einer Schwerpunktstaatsanwaltschaft zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen Rettke, medstra 2019, 262–263.

Eine zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes würde es den Ermittlungsbehörden demgegenüber erleichtern, durch die Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Kranken- und Pflegekassen den Beweis zu führen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes überhaupt plausibel erbracht werden konnten oder nicht. Der GKV-Spitzenverband leitet daraus weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf ab (vgl. Punkte 7.5 und 7.6).

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

Im Berichtszeitraum 2022/2023 wurden insgesamt 47.225 verfolgte Bestands- und Neufälle erfasst. Beispielfhaft soll nachfolgend der Bereich der häuslichen Krankenpflege näher betrachtet werden (vgl. Punkt 5.3, Tabelle Teil 1). Die insoweit ausgewiesene Kennzahl von 9.152 verfolgten Bestands- und Neufällen im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege bedeutet nicht, dass hier 9.152 unterschiedliche Leistungserbringende verfolgt wurden: Da Leistungserbringende 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 Leistungserbringenden handeln könnte, wird bei jeder betroffenen Kasse ein eigener verfolgter Fall gezählt.

5.4.5 Anzahl der Leistungserbringenden und Versicherten

Nach der Neuregelung des § 197a Absatz 5 Satz 3 SGB V war beginnend mit dem Berichtszeitraum 2018/2019 erstmals zusätzlich auch über die Anzahl der Leistungserbringenden und Versicherten hinter den eingegangenen Hinweisen bzw. verfolgten Bestandsfällen zu berichten (vgl. Punkt 5.3, Tabelle Teil 2). Diese Notwendigkeit erschließt sich daraus, dass ein Leistungserbringender typischerweise nicht nur gegenüber einer Kasse Abrechnungsbetrug begeht, sondern gegenüber mehreren Kassen. Exemplarisch sollen auch hier die Leistungserbringenden im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege einschließlich der außerklinischen Intensivpflege (§ 37 SGB V) näher betrachtet werden. Die insoweit zusammengeführte Kennzahl von 15.073 Leistungserbringenden bedeutet noch nicht, dass hier automatisch 15.073 unterschiedliche Leistungserbringende verfolgt wurden.

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

Voraussetzung für die notwendige Bereinigung auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes ist, dass es sich sowohl um denselben Leistungserbringenden 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 Absatz 3a SGB V zusammengearbeitet haben. Solange mehrere Kassen nur unabhängig voneinander gegen denselben Leistungserbringenden 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 dieselben Leistungserbringenden und denselben Sachverhalt stets eine einheitliche „Fall-ID“ vergeben, erfasst und schließlich an den GKV-Spitzenverband gemeldet wurde.

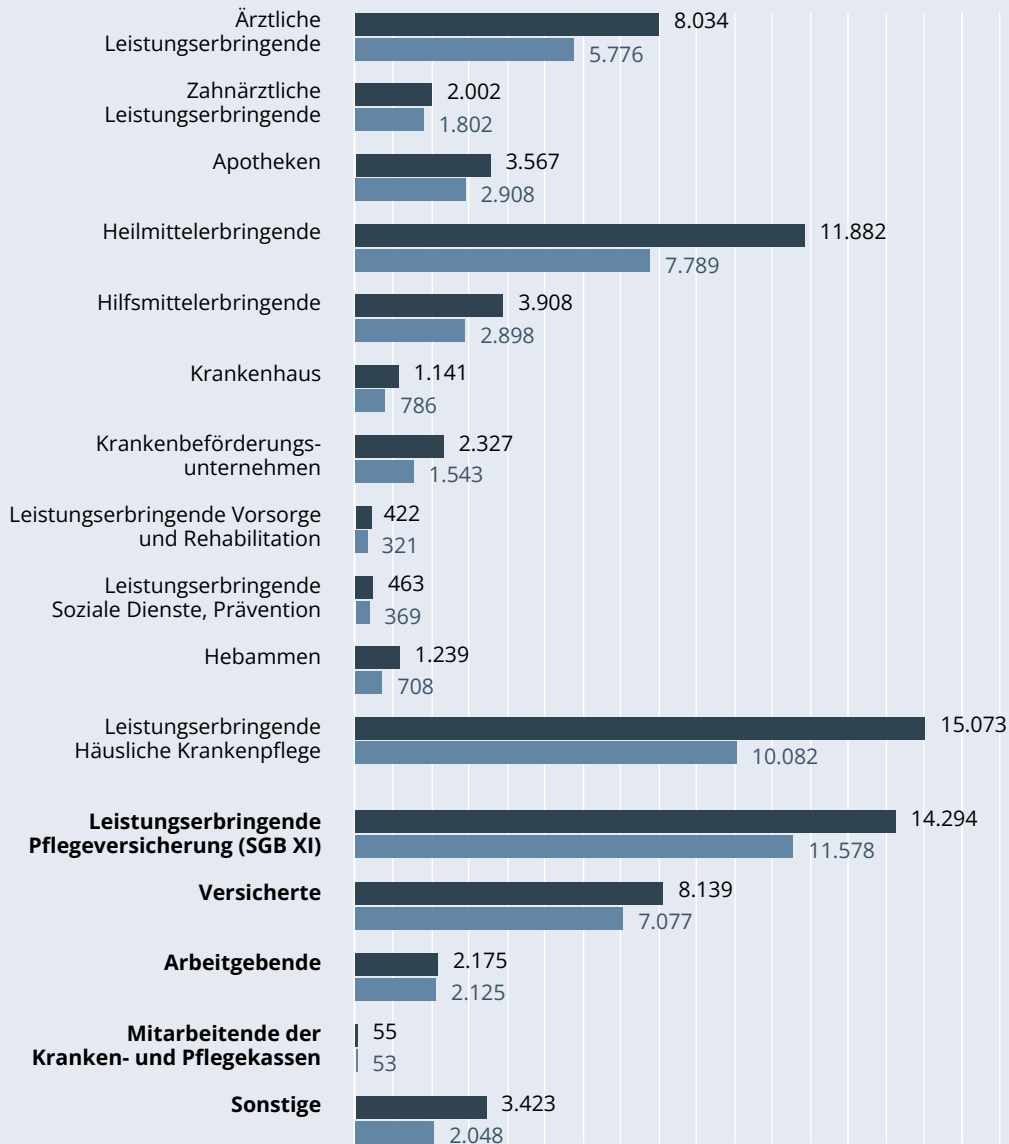
Für eine Berechnung der Anzahl der Leistungserbringenden je Leistungserbringenden-Kategorie wurde zudem noch die Summe der Leistungserbringenden bzw. Versicherten ermittelt, in denen keine Zusammenarbeit erfolgte. Dies dürfte z. B. fast ausnahmslos bei Versicherten der Fall gewesen sein.

Sofern dabei mehrere geschädigte Kassen im Rahmen der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit wegen desselben Sachverhaltens gegen denselben Leistungserbringenden 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 unabhängig voneinander gegen denselben Leistungserbringer ermittelt haben, z. B. wegen unterschiedlicher Sachverhalte, war eine Bereinigung auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes nicht angezeigt.

Im Ergebnis der Bereinigung haben die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes in dem hier beispielhaft ausgewählten Bereich der häuslichen Krankenpflege einschließlich der außerklinischen Intensivpflege nach eigenen Angaben gegen 10.082 unterschiedliche Leistungserbringende (z. B. ambulante Pflegedienste) ermittelt.

Abbildung 11: Darstellung der Anzahl der Leistungserbringenden und Versicherten hinter den Hinweisen und verfolgten Bestandsfällen (bereinigte GKV-Gesamtsicht)

Krankenversicherung (SGB V)



Summe Verursacher aus Hinweisen/verfolgten Bestandsfällen
 Summe Verursacher aus bereinigter GKV-Gesamtsicht

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

Auffällig ist auch die gestiegene Anzahl der Versicherten hinter den verfolgten Hinweisen und Bestandsfällen. Als ein möglicher Grund wird von den Mitgliedskassen die deutliche Zunahme von Hinweisen auf Missbrauch bei der Beantragung von Verhinderungspflege genannt. Eine weitere Ursache könnte nach den Mitteilungen von Mitgliedskassen darin liegen, dass Strafverfolgungsbehörden in Ermittlungsverfahren gegen ambulante Pflegedienste verstärkt dazu übergehen, nicht nur gegen Mitarbeitende des

betreffenden Leistungserbringenden, sondern auch gegen die Versicherten wegen deren möglicher Beteiligung zu ermitteln.

5.5 Schlussfolgerung und Ausblick

Die mit dem Inkrafttreten von Art. 3 des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen erfolgte Neuregelung des § 197a Absatz 5 Satz 3 SGB V bewirkt eine wesentliche Erweiterung der Berichtspflicht der Vorstände über die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Damit kann für die Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung „auch das tatsächlich weitgehend unklare Ausmaß des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen etwas weiter erhellt werden.“³⁶

Die Höhe der gesicherten Forderungen erreicht mit über 92 Mio. Euro 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 200 Mio. Euro entstanden. Die tatsächlich entstandenen Schäden betragen damit mehr als das Doppelte der gesicherten Forderungen. Die Aussagekraft dieser Schlussfolgerung ist aber insoweit eingeschränkt, als nur die gesicherten Forderungen und Schäden beziffert werden, die den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen tatsächlich bekannt geworden sind. Nach Auffassung des Bundeskriminalamts handelt es sich beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen um ein „Kontrolldelikt“, weshalb von einem „nicht unerheblichen Dunkelfeld sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch hinsichtlich der monetären Schäden“ ausgegangen werden müsse.³⁷

Nach der Neuregelung des § 197a Absatz 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“.³⁸

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 spekulative Angabe, denn in den seltensten Fällen wird das konkrete Ausmaß eines nicht eingetretenen Schadens festzustellen sein.“³⁹

Ein sogenannter 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 aber bis heute noch keine systematischen Kosten-Nutzen-Analysen als Beurteilungsinstrument zur Kriminalitätsprävention durchgeführt worden.⁴⁰

Bereits mit Schreiben vom 27. November 2017 hatte der GKV-Spitzenverband deshalb das Bundesministerium für Gesundheit darum gebeten, den Auftrag für eine wissenschaftliche Begleitforschung zu vergeben, die eine belastbare Methodenbeschreibung zur Bezifferung des verhinderten Schadens gem. §§ 81a Absatz 5, 197a Absatz 5 SGB V entwickelt. Mit Antwortschreiben vom April 2018 hat das

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

37 Vgl. nur Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2021, S. 4.

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

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

40 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.

Bundesministerium für Gesundheit jedoch mitgeteilt, dass es dieses Anliegen derzeit „nicht als vordringlich erachtet“.

Demgegenüber hat der GKV-Spitzenverband die praxisprojektbezogene Durchführung einer systematischen ökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse zur Kriminalitätsprävention im Gesundheitswesen vorgeschlagen, um den gesetzlichen Auftrag zur Bezifferung des verhinderten Schadens gem. § 197a Absatz 5 SGB V erfüllen zu können. Neue wissenschaftliche Forschungsergebnisse unterstützen diese Schlussfolgerung.⁴¹ Daher hat der GKV-Spitzenverband diese Fragestellung bereits im Jahr 2019 im Rahmen des Erfahrungsaustausches gem. § 197a Absatz 3 SGB V aufgegriffen und zur Diskussion gestellt.

Es wurde deutlich, dass die erstmalige Durchführung einer Pilotstudie zur Kosten-Nutzen-Analyse in der Kriminalprävention im deutschen Gesundheitswesen mit einer Reihe von Unwägbarkeiten verbunden wäre. Daher hat der GKV-Spitzenverband u. a. im Rahmen eines Kurzgutachtens prüfen lassen, ob bereits bestehende praktische Erfahrungen aus europäischen Nachbarländern nutzbar gemacht werden könnten. Dabei wurde festgestellt, dass in der öffentlichen Verwaltung von Großbritannien bereits eine amtliche Statistik geführt wird, nach der nicht nur die Höhe der „gesicherten Forderungen“ (recoveries) und die Höhe der „entstandenen Schäden“ (detected fraud) beziffert werden, sondern auch die Höhe der „verhinderten Schäden“ (prevented fraud).⁴²

Die amtlichen Veröffentlichungen zeigen zwar eindrucksvoll, dass die Höhe der verhinderten Schäden dabei nicht nur die Höhe der gesicherten Forderungen, sondern sogar die Höhe der entstandenen Schäden regelmäßig um ein Mehrfaches übersteigt.⁴³ Die amtlichen Veröffentlichungen lassen aber bislang keine tiefergehenden Rückschlüsse auf die insoweit herangezogenen Methoden erkennen. Auf Nachfrage wurde dem GKV-Spitzenverband bestätigt, dass allen nachgeordneten Behörden, wie z. B. auch der „National Health Service Counter Fraud Authority“ (NHSCFA), von der Regierung im Rahmen des „Fraud Measurement and Assurance Programme“ Beratungsangebote und autorisierte Leitfäden zum internen Dienstgebrauch zur Verfügung gestellt werden. Die sachliche Zuständigkeit für dieses Regierungsprogramm wurde zu Beginn des Jahres 2022 allerdings auf eine neue Behörde übertragen, die sich zunächst noch im Aufbau befand, die „Public Sector Fraud Authority“ (PSFA).

Da die Bezifferung des sogenannten „verhinderten Schadens“ nicht nur den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in § 197a Absatz 5 SGB V vorgegeben wurde, sondern gleichermaßen auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 81a Absatz 5 SGB V verbindlich ist, hat der GKV-Spitzenverband angeregt, dass das Bundesministerium für Gesundheit auf interministerieller Ebene einen Erfahrungsaustausch mit der neuen PSFA ermöglichen sollte, der tiefergehende Einblicke in das etablierte Regierungsprogramm erlaubt.

41 Vgl. Entorf et al., Kosten-Nutzen-Analyse in der Kriminalprävention, in: Walsh, Pniewski, Kober & Armbrorst (Hrsg.), Evidenzorientierte Kriminalprävention in Deutschland, 2018, S. 369-383; für einen alternativen Berechnungsansatz vgl. Schmidt, ZRfC 6/21, S. 673-277.

42 Vgl. dazu Government Counter Fraud Function, Cross-Government Fraud Landscape Bulletin 2019-20, February 2021.

43 Zur gewachsenen Bedeutung des „verhinderten Schadens“ bei der Betrugsprävention in der öffentlichen Verwaltung Großbritanniens vgl. nunmehr auch Benstetter et al., in: Ebersoll, Grinblat, Hanke-Ebersoll, Junkermann (Hrsg.), Das Gesundheitswesen und seine volkswirtschaftliche Bedeutung, 2022, S. 49-89.

6 Anonymisierte Fallbeispiele

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen haben im Berichtszeitraum 2022/2023 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.⁴⁴

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. §§ 197a Absatz 3 SGB V, 47a 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.⁴⁵

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).

6.1 Arzneimittel

Fallbeschreibung 1:

Im März 2018 erhielten mehrere Krankenkassen einen anonymen Hinweis, wonach ein Wundversorgungsdienstleister Abrechnungsbetrug begehen würde, indem eine systematische, nicht leitliniengerechte und gewerbsmäßige „Überbelieferung“ erfolge. Im Mai 2018 erhielt die AOK Rheinland/Hamburg einen weiteren anonymen Hinweis durch eine ehemalige Mitarbeiterin des Unternehmens, die nach eigenen Angaben jedoch nicht Verfasserin des ersten Hinweises war.

Die ehemalige Mitarbeiterin gab außerdem an, dass nicht alle abgerechneten Produkte an die Versicherten geliefert worden seien. Es erfolge nur eine Auslieferung in kleinen Mengen, Überschüsse würden in

44 Vgl. etwa BSG, Urteil vom 7. März 2023 – B 1 KR 3/22 R und BSG, Urteil vom 22. Februar 2024 – B 3 KR 14/22 R oder BGH, Urteil vom 21. März 2024 – 3 StR 163/23.

45 Vgl. BT-Drs. 18/6446.

Schütten gelagert, die die Namen der Versicherten tragen. Die Krankenkassen haben die Verdachtsmomente geprüft und konnten in einer Vielzahl Auffälligkeiten feststellen, u. a. folgende:

- Der Dienstleister forderte Ärztinnen und Ärzte auf, Produkte zu verordnen, die der oder die Versicherte nicht/teilweise nicht mehr benötigte und setzte darauf, dass die Ärztinnen und Ärzte im Vertrauen auf die ordnungsgemäße Anforderung mehr Produkte verordnen als von den Patientinnen und Patienten benötigt würden.
- Nicht alle verordneten und vom Dienstleister abgerechneten Produkte wurden an die Versicherten ausgeliefert.
- Der Dienstleister lagerte Produkte ein. Diese wurden, wie es eine Patienten-Einwilligungserklärung vorsah, vom Unternehmen in einer mit einem Deckel verschlossenen, personalisierten Box den Herstellervorgaben entsprechend aufbewahrt.

Die AOK Rheinland/Hamburg unterrichtete im Februar 2019 die Staatsanwaltschaft Lübeck aufgrund eines Anfangsverdachts auf eine strafbare Handlung gem. § 197 Absatz 4 SGB V.

Es erfolgten Durchsuchungsmaßnahmen im Jahr 2021.

Im August 2022 erfolgte eine Übernahme des Unternehmens und einhergehend ein Wechsel der Geschäftsführung. Erst nach dem Wechsel der Geschäftsführung erfuhr das neue Management durch Zufall, dass zuvor im Unternehmen staatsanwaltschaftliche Durchsuchungsmaßnahmen erfolgten.

Eigene Nachforschungen der neuen Geschäftsführung bestätigten Anhaltspunkte für abrechnungsrelevante Unregelmäßigkeiten. Die neue Geschäftsführung schaltete einen Rechtsbeistand ein, der im Anschluss eine umfassende Sachverhaltsaufklärung vornahm. Im Rahmen der Aufklärung konnten massive Diskrepanzen zwischen den Bestellmengen beim Großhändler und mit den Krankenkassen abgerechneten Mengen von Wundversorgungsprodukten festgestellt werden. Im Detail konnte eine Diskrepanz und damit ein für die gesamte GKV entstandener Schaden i. H. v. über **29 Millionen Euro** festgestellt werden.

Die neue Geschäftsführung bzw. deren Rechtsbeistand wandte sich nach Kenntnis darüber an die AOK Bayern und informierte über den Sachverhalt. Es wurde eine Fallfederführergruppe unter maßgeblicher Beteiligung weiterer AOKs gebildet.

Die neue Geschäftsführung signalisierte, den Krankenkassen den unter der alten Geschäftsführung entstandenen Schaden vollständig zu kompensieren.

Die AOK Bayern wurde von allen betroffenen 61 Krankenkassen bevollmächtigt, federführend die Regulierungsgespräche und -verhandlungen mit dem Dienstleistenden und dessen Rechtsbeistand zu führen. Nach diversen Abstimmungsrunden konnte man sich schlussendlich auf eine finale Fassung einer Schadensregulierungsvereinbarung einigen, in welcher sich der Dienstleistende zur vollständigen Kompensation des Schadensbetrags verpflichtet hat.

Diese Schadensregulierungsvereinbarung, die unter maßgeblicher Federführung der AOKs entstanden ist, stellt den höchsten Einzelregress in der fast 20-jährigen Geschichte der Fehlverhaltensbekämpfung dar.

Der Betrag von knapp 30 Millionen Euro entspricht mehr als der Hälfte der Summe der gesicherten Forderungen, welche die GKV-Gemeinschaft im letzten Berichtszeitraum 2020/2021 erzielen konnte. Das Strafverfahren gegen die alte Geschäftsführung ist bis dato immer noch anhängig.

Aufgreifkriterium:	externe Hinweise und anschließende eigene Nachforschungen sowie Wiedergutmachungswillen der neuen Geschäftsführung
Tatbegehende, Beteiligte:	ehemalige inhabende Personen eines Wundversorgungsdienstleisters
Vorgehen im Fall:	Schadensregulierung und Strafanzeige

Fallbeschreibung 2:

Im Jahr 2019 fiel bei einer Plausibilitätsprüfung auf, dass hochpreisige Rezepte, auf denen Fertigarzneimittel zur Behandlung pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) verordnet worden waren, in einer Apotheke in Süddeutschland eingelöst wurden, die sowohl vom Wohnort der Versicherten als auch vom Sitz der verordnenden Arztpraxis in der Regel mehrere hundert Kilometer entfernt lag.

Bekannt war der zuständigen Fachabteilung in diesem Zusammenhang, dass für einige der verordneten Medikamente Patientenbetreuungsprogramme angeboten wurden, die ggf. in diesem Kontext zu berücksichtigen wären.

Zur weiteren Sachverhaltsaufklärung informierte die fallfederführende AOK die anderen AOKs, diese bestätigten, dass auch bei ihnen ähnliche Auffälligkeiten festzustellen waren. Die AOKs gelangten daraufhin übereinstimmend zu der Einschätzung, dass die Staatsanwaltschaft informiert werden sollte. Darüber hinaus wurden als weitere Auffälligkeit im Zusammenhang mit der vorgenannten Apotheke festgestellt, dass dort Rezepte eingelöst wurden, die vereinzelt erst nach dem Tod des oder der Versicherten ausgestellt worden waren. In anderen Fällen wurden vermeintlich Rezepte auch erst nach dem Tod des oder der Versicherten abgegeben.

Überraschend wurde zeitgleich bekannt, dass eine Ersatzkasse die vorgenannten Auffälligkeiten ebenfalls festgestellt und den Vorgang angezeigt hatte, sodass es in einem engen zeitlichen Zusammenhang zu zwei Anzeigen kam. Unter anderem aufgrund der Corona-Pandemie erfolgten die Durchsuchungen in diesem Verfahren jedoch erst Ende 2021.

Nach Rücksprache mit den Ermittlungsbehörden wurden durch die Krankenkassen Versicherte gemäß § 21 SGB X zur weiteren Sachverhaltsaufklärung angeschrieben; neue Erkenntnisse aus dieser Anhörung wurden an die Ermittlungsbehörden weitergegeben.

Darüber hinaus gingen die Krankenkassen gemeinsam auf die Apotheke zu und machten Schadensersatzforderungen geltend. Diese hatte Rezepte in Höhe eines dreistelligen Millionenbetrags mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet.

Zwischenzeitlich hatten die Beschuldigten beim zuständigen Landgericht gegen den Umfang der von Seiten der Ermittlungsbehörden mittlerweile durchgeführten Beschlagnahme Beschwerde eingelegt.

Diese war nur teilweise erfolgreich. Ende des Jahres 2022 kam es dann zu einer weiteren gerichtlichen Auseinandersetzung, da das zuständige Landgericht einen Arrestbeschluss über einen Betrag von **11 Millionen Euro** erlassen hatte. Diese Beschwerde wurde vonseiten des Landgerichts vollumfänglich zurückgewiesen.

Es kam in der Folge zu ersten Gesprächen, im Rahmen derer eine mögliche einvernehmliche Schadensregulierung mit dem Apothekeninhaber erörtert wurde. Diese wurden jedoch zunächst unterbrochen, nachdem aus dem Ermittlungsverfahren zusätzlich bekannt wurde, dass die Arzneimittel mehrheitlich nicht durch die abrechnende Apotheke, sondern durch den das Patientensupportprogramm betreuenden Arzneimittelgroßhändler abgegeben worden waren. Zwischenzeitlich wurden die Gespräche allerdings wieder aufgenommen.

Das Ermittlungsverfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Aufgreifkriterium:	interne Plausibilitätsprüfung
Tatbegehende, Beteiligte:	Apotheke/Arzneimittelgroßhändler
Vorgehen im Fall:	Strafanzeige

6.2 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI)

Fallbeschreibung 1:

Im Rahmen eines Auskunftersuchens der Polizei wurden Qualifikationsnachweise des Pflegepersonals angefordert. Auf einer Berufsurkunde war auffällig, dass kein Landeswappen – wie sonst üblich – aufgedruckt war. Auf Nachfrage bei der ausstellenden Behörde stellte sich das Dokument als Fälschung heraus. Mit dieser Kenntnis wurden dann alle Berufsurkunden des Pflegepersonals geprüft, wobei sich herausstellte, dass bei 11 von ca. 30 Personen die Berufsurkunden gefälscht waren.

Nach Bekanntwerden der fehlenden Qualifikationen wurde vorrangig dafür gesorgt, dass die pflegebedürftigen Personen nicht mehr durch die entsprechenden Pflegefachkräfte versorgt wurden, um eine gefährliche Pflege der Versicherten abzuwenden. Neben der AOK Hessen waren zwei weitere Krankenkassen betroffen. Es erfolgte ein enger Austausch zwischen den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten, Fachbereich HKP, Polizei, Staatsanwaltschaft Gießen und dem Hessischen Amt für Gesundheit und Pflege.

In einer umgehend eingeleiteten Qualitätsprüfung des Pflegedienstes wurden Pflegemängel festgestellt.

Eine Schadensberechnung ergab, dass kassenübergreifend mutmaßlich ca. **1,1 Millionen Euro** zu Unrecht abgerechnet wurden.

In einem Rückforderungsgespräch zeigte sich die Beschuldigte uneinsichtig und bestritt, von den gefälschten Berufsurkunden gewusst zu haben. Es konnte keine Einigung über eine adäquate Rückzahlungssumme getroffen werden. Um Rückforderungen realisieren zu können, wurde dem Pflegedienst mitgeteilt, dass anteilige Forderungen mit laufenden Rechnungen aufgerechnet werden.

Aufgreifkriterium:	externer Hinweis und anschließende eigene Nachforschungen
Tatbegehende, Beteiligte:	Mitarbeitende bzw. Inhaberin eines Pflegediensts
Vorgehen im Fall:	Strafanzeige

Fallbeschreibung 2:

Eine Agentur aus Nordrhein-Westfalen bietet Leistungen nach § 45b SGB XI für pflegebedürftige Personen an. Der Dienstleister wird von zwei Brüdern geführt und unterhält mehrere Niederlassungen mit zahlreichen Mitarbeitenden und regionalen Führungskräften in Deutschland.

Eine Versicherte gab den Hinweis, dass der beauftragte Dienstleister Zeiten abgerechnet habe, in denen sie im Krankenhaus gewesen sei. Weiterhin seien mehr Leistungsstunden aufgeschrieben worden als erbracht und ihre Unterschriften gefälscht worden.

Neben einem Austausch mit der Hinweisgeberin wurden tiefergehende Recherchen über den Dienstleister vorgenommen. Anhand einer Datenanalyse mit Abrechnungsdaten und Krankenhauszeiten wurde deutlich, dass es in vier weiteren Fällen zu zeitlichen Überschneidungen gekommen war. Zur Klärung der strafrechtlichen Relevanz wurde eine Verdachtsanzeige bei der Staatsanwaltschaft Düsseldorf gestellt. Die Beschuldigten gaben an, keinen tieferen Einblick in die Abrechnungsweisen der einzelnen Niederlassungen zu haben, räumten jedoch ein, mögliche Schäden begleichen zu wollen. Die regional zuständige Führungskraft sei entlassen worden.

Es wurde bekannt, dass die Beschuldigten auch bei der AOK Rheinland/Hamburg und der DAK in Erscheinung getreten waren.

Das Verfahren gegen die beschuldigten Brüder wurde eingestellt. Ungeachtet dessen wurden die zu Unrecht abgerechneten Leistungen zurückgefordert. Der Schaden wurde umgehend und vollständig zurückgezahlt.

Aufgreifkriterium:	externer Hinweis durch eine Versicherte
Tatbegehende, Beteiligte:	Mitarbeitende bzw. regionale Führungskraft einer Agentur, die Leistungen nach § 45b SGB XI für pflegebedürftige Personen anbietet
Vorgehen im Fall:	Strafanzeige. Einigung auf Erstattung des entstandenen Schadens

6.3 Ärztliche Leistungen

Fallbeschreibung:

Eine Zahnarztpraxis wurde auffällig, nachdem die Abrechnungszahlen jährlich anstiegen und auch die statistischen Abweichungen (im Vergleich zum Landesdurchschnitt aller Zahnarztpraxen) stetig zunahmen. Aufgrund der hohen Abrechnungswerte wurden Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit gestellt. Daraufhin wurde ein gewisses Maß an Unwirtschaftlichkeit festgestellt und regressiert.

Die tiefergehende Prüfung durch die Krankenkassen zeigte, dass Patientinnen und Patienten regelmäßig jedes Quartal in Behandlung waren und im jeweiligen Quartal zum Teil zahlreiche Behandlungstermine wahrgenommen haben. Weiter blieb ungeklärt, wie eine allein niedergelassene Zahnärztin eine derart große Anzahl an Behandlungsfällen im Quartal durchführen konnte. Die Fallzahlen erreichten in Spitzenzeiten bis zu 3.000 Personen im Quartal.

Vor diesem Hintergrund wurden Menschen, die in der Zahnarztpraxis in Behandlung waren, befragt. Sie gaben zwar an, durchweg zufrieden mit der Praxis gewesen zu sein, konnten die Anzahl der abgerechneten Behandlungen jedoch nicht bestätigen. Aufgrund dieser Auffälligkeiten wurde seitens der Kassen beantragt, diese Praxis im Prüfteam der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) näher zu beleuchten. Hierfür wurden Karteikarten und Röntgendokumentationen angefordert und mit den Abrechnungszahlen verglichen. Die dabei festgestellten Auffälligkeiten wurden in einer Datenbank dokumentiert. Im Klärungsgespräch mit der KZVB und den gesetzlichen Krankenkassen blieben zahlreiche Fragen offen. Die KZVB und die Kassen stellten daraufhin Strafanzeige. Die Ermittlungen in diesem Fall laufen noch.

In Unkenntnis dieses Ermittlungsverfahrens wollte die Praxis alle offenen Verwaltungsverfahren im Zeitraum von Januar 2019 bis April 2022 durch eine Schadensregulierungsvereinbarung zwischen den Kassen und der Praxis erledigen. Diese belief sich auf **1,8 Millionen Euro** und umfasste alle offenen sachlich-rechnerischen Berichtigungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie die in der Niederschrift des Prüfteams getroffenen Feststellungen.

Aufgreifkriterium:	eigene Nachforschungen
Tatbegehende, Beteiligte:	Zahnärztin
Vorgehen im Fall:	Strafanzeige

6.4 Hilfsmittel

Fallbeschreibung:

Zu Beginn erhielt die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland einen Verdachtshinweis betreffend Abrechnungen nicht erbrachter Leistungen von Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie (sog. orthopädische Strümpfe) durch ein regional ansässiges Sanitätshaus. Auffällig geworden sind übereinstimmende Schriftbilder bei verschiedenen Versichertenunterschriften auf den rückseitigen Empfangsbestätigungen mehrerer Verordnungen.

Erste stichprobenhafte Versichertenbefragungen bestätigten, dass die Unterschriften auf den Empfangsbestätigungen tatsächlich nicht von den Versicherten selbst stammten und lieferten erste Verdachtsmomente, dass auch individuell anzupassende Kompressionsstrümpfe nach Maß auf dem Postweg versandt wurden, ohne dass abschließend die medizinisch erforderliche und vertraglich vereinbarte qualifizierte Überprüfung der Passgenauigkeit erfolgt war.

Außerdem wurden die überwiegenden Hilfsmittelverordnungen den Versicherten nicht ausgehändigt, sondern direkt von den Arztpraxen dem Sanitätshaus zugewiesen. Im Verlauf der Hinweisprüfung wurden substanzielle Abrechnungsauffälligkeiten festgestellt:

- Das Sanitätshaus fokussierte sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie (Kompressionsstrümpfe) zu 80 % auf ausschließlich hochpreisige Produkte. Nach bisherigen Erfahrungswerten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gestaltete sich die Abrechnung bei vergleichbaren Leistungserbringenden jedoch grundsätzlich genau umgekehrt, d. h. nur 20 % hochpreisige und 80 % kostengünstige konfektionierte Kompressionsstrümpfe.
- Das Sanitätshaus rechnete über 60 % dieser Hilfsmittel durch Verordnungen von Arztpraxen mit Sitz in über 100 km Entfernung ab. Dies war allein schon deswegen auffällig, da alle betreffenden Versicherten somit außergewöhnlich lange Anfahrten zum Betriebssitz des Sanitätshauses auf sich genommen haben mussten, „nur“ um Kompressionsstrümpfe zu erhalten. Zusätzlich ließ sich bei den so auffälligen Arztpraxen ein besonders hoher Ordnungsanteil von hochpreisigen Kompressionsstrümpfen im Vergleich zu anderen Praxen derselben Fachrichtung und Region feststellen.

Auf Grundlage der Rechercheergebnisse erfolgte eine Unterrichtung der Staatsanwaltschaft wegen des vorliegenden Verdachts auf Abrechnungsbetrug, darüber hinaus auch wegen vorliegender Anhaltspunkte auf unzulässige Zusammenarbeit zwischen dem Sanitätshaus und mehreren Arztpraxen (Verstoß gegen § 128 Absatz 1 und 2 SGB V) sowie dem begründeten Verdacht auf Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§§ 299a ff. StGB).

Im Zuge des Ermittlungsverfahrens bzw. Gerichtsprozesses vor dem Landgericht Koblenz gegen die ehemaligen Inhaber eines Sanitätshauses sowie mehrere involvierte Arztpraxen und weitere Verantwortliche gelang den Strafermittlungsbehörden (u. a. über Telekommunikationsüberwachung), das komplexe und kriminelle Vorgehen der Beteiligten nachzuweisen.

So erhielten mindestens drei behandelnde Ärzte von einem Sanitätshaus für die Zuweisung von ärztlichen Verordnungen über hochpreisige Hilfsmittel zur Kompressionstherapie erhebliche „Belohnungen“. Das Spektrum der Bestechung reichte von verdeckten Bargeldzahlungen sowie Übernahme von Lohnkosten für das Praxispersonal bis hin zu Leasingkosten für die technische Arztpraxisausstattung.

Aufgrund der eindeutigen Beweislage gestanden gleich zu Beginn der Hauptverhandlung mehrere Angeklagte, die gegen sie erhobenen Vorwürfe. Darunter auch die ehemalige Geschäftsführung des Sanitätshauses (als sog. Bestechende) und ein niedergelassener Internist (als Bestochener). Dies führte im Weiteren dazu, dass besagter Arzt nach nur vier Verhandlungstagen wegen gewerbs- und bandenmäßigen Betrugs sowie Bestechlichkeit im Gesundheitswesen zu einer Freiheitsstrafe von 1 Jahr und 6 Monaten auf Bewährung und einer Geldstrafe von 60.000 Euro verurteilt wurde.

Am 18. Januar 2023 fällte dann das Landgericht Koblenz die restlichen Urteile. Neben Verurteilungen in der Spannbreite zwischen 1 und 2 Jahren erfolgten zudem noch Geldstrafen. Nahezu sämtliche Freiheitsstrafen konnten aufgrund umfassender Geständnisse zur Bewährung ausgesetzt werden. Nur eine angeklagte Ärztin war alles andere als einsichtig. Bis zum Schluss versuchte sie die Hauptschuld auf die ehemalige Geschäftsführung und eine Mitarbeiterin des Sanitätshauses abzuwälzen, obwohl die Initiative, die „Bestechungsgelder“ zu erhalten, von der betreffenden Ärztin selbst ausgegangen ist. Diese Verteidigungsstrategie nützte ihr am Ende nichts, und das Landgericht Koblenz verurteilte die Ärztin wegen gewerbs- und bandenmäßigen Betrugs sowie Bestechlichkeit im Gesundheitswesen zu einer Gefängnisstrafe von 2 Jahren und 6 Monaten, in ihrem Fall allerdings ohne Bewährung. Gegen das ergangene Urteil beantragte die Ärztin beim Bundesgerichtshof die Revision.

Mit Urteil vom 21. März 2024 bestätigte der 3. Strafsenat des Bundesgerichtshofs den Schuldspruch des Landgerichts Koblenz. Entgegen der Rechtsansicht der Verteidigung wurde außerdem konstatiert, dass in entsprechenden Sachverhalten der einer gesetzlichen Krankenkasse entstandene Vermögensschaden sozial- bzw. rechtsakzessorisch zu bestimmen ist. Außerdem sei es ebenso wenig geboten, die Regelung des § 128 Absatz 2 SGB V im Rahmen einer Strafbarkeit wegen Betruges restriktiver als nach sozialrechtlichem Verständnis auszulegen.

Parallel und mit dem Rückenwind dieses Strafverfahrens gelang es der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, im Rahmen eines sozialgerichtlichen Vergleichs einen Betrag in Höhe von rund **400.000 Euro** und damit den größten Teil der eingeklagten Schadensersatzforderung durchzusetzen.

Der hier vorliegende finanziell schädliche Missbrauch einer Vertrauensstellung zum privaten Vorteil führte über Jahre hinweg nicht nur zu einer unwirtschaftlichen Leistungsausweitung, sondern schädigte über Ausschaltung des Wettbewerbs auch alle redlich handelnden Mitbewerbenden.

Zudem beweist dieser Sachverhalt, dass auch in komplexen Korruptionssachverhalten, bei denen die Täterinnen und Täter mit enormem Maß an krimineller Energie organisiert und mit System zum Schaden der gesetzlichen Krankenversicherung korruptiv bzw. die Beteiligten bandenmäßig zusammenarbeiten, bedeutende Ermittlungserfolge möglich sind bzw. von nun an damit rechnen müssen, sämtliche gegenüber den Krankenkassen abgerechneten Gelder an diese wieder zurückzahlen zu müssen.

Aufgreifkriterium:	interne Recherchen u. a. Versichertenbefragungen bzw. Datenanalysen
Tatbegehende, Beteiligte:	Arzt/Ärztin, Sanitätshaus, Sonstige
Vorgehen im Fall:	Strafanzeige, Schadensregulierung

6.5 Krankenhaus

Fallbeschreibung:

Die Abrechnung eines Krankenhauses für die stationäre Behandlung eines Versicherten überschneidet sich einerseits mit dessen Kassenwechsel und andererseits mit seiner Aufnahme eines neuen Beschäftigungsverhältnisses. Trotzdem bestand das Krankenhaus zunächst darauf, den Patienten behandelt zu haben – und deshalb auf seinen Anspruch auf Vergütung. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle ging dagegen von einem Missbrauch der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) durch eine unbekannt dritter Person aus.

Telefonische Rückfragen bei der ehemaligen Krankenkasse des Versicherten und dem neuen Arbeitgebenden bestätigten eindeutig die tatsächliche Arbeitsaufnahme während der angeblichen Krankenhausbehandlung.

Auf die ursprüngliche Kostenübernahmeerklärung der AOK Hessen konnte sich das Krankenhaus nicht mehr berufen, da sie ausdrücklich nur für den Versicherten galt – nicht aber für unberechtigte Nutzer von dessen eGK.

Zudem hatte das Krankenhaus gegen die vom Bundessozialgericht festgestellte Verpflichtung verstoßen, die eGK mit dem Personalausweis des Patienten abzugleichen. Entsprechend liegt das Ausfallrisiko hier beim Krankenhaus. Verluste gehören zum unternehmerischen Risiko und verbleiben ebenso wie Gewinne beim Krankenhaus. Sollten die Inkassomaßnahmen des Krankenhauses erfolglos bleiben, verbleibt ihm neben der Verbuchung als uneinbringliche Forderung als geschädigte Partei die Strafanzeige gegen Unbekannt. Die AOK Hessen konnte sich mit dem Krankenhaus auf die Rückzahlung der zu Unrecht abgerechneten Behandlungskosten i. H. v. über **21.000 Euro** verständigen.

Aufgreifkriterium:	interner Hinweis durch eine Mitarbeiterin im Krankenhausfallmanagement
Tatbegehende, Beteiligte:	Eine unbekannt dritte Person nutzte die eGK des ehemaligen AOK-Versicherten unbefugt. Im Krankenhaus unterblieb der grundsätzlich vorgesehene Abgleich mit dem Personalausweis
Vorgehen im Fall:	Einigung mit dem Krankenhaus auf Rückzahlung der entstandenen Kosten

6.6 Versichertenbezogene Leistungen

Fallbeschreibung:

Einer Sachbearbeiterin der Pflegekasse fiel auf, dass die Antragsformulare für unterschiedliche Versicherte identisch ausgefüllt waren. Nach Eingang eines internen Hinweises durch die Pflegekasse erfolgten vertiefte Auswertungen, um die Anzahl der betroffenen Versicherten zu identifizieren. Es konnte festgestellt werden, dass für 13 Versicherte 36 Anträge auf Verhinderungspflege gestellt wurden. Es handelte sich um ein Volumen von **87.048 Euro**.

Die Anträge wurden für einzelne Versicherte teilweise rückwirkend für mehrere Jahre gestellt. Im Rahmen der Prüfung konnte ermittelt werden, dass es Überschneidungen mit bereits erstatteten Verhinderungspflegegeldern gab und die angegebenen Ersatzpflegepersonen bei verschiedenen Versicherten im gleichen Zeitraum tätig gewesen sein sollen. Auffällig war auch, dass die Erstattung der Verhinderungspflege jeweils auf das Konto des Bevollmächtigten erfolgen sollte.

Im Rahmen der weiteren Bearbeitung wurden 32 Anträge auf Verhinderungspflege abgelehnt. In vier Fällen war die Auszahlung bereits erfolgt. Hier wurden die gezahlten Beträge zurückgefordert. Eine Rückzahlung erfolgte in voller Höhe.

Der Sachverhalt des versuchten Betrugs wurde an die Staatsanwaltschaft gemeldet. Das Verfahren ist dort noch anhängig.

Aufgreifkriterium:	interner Hinweis und anschließende eigene Nachforschungen
Tatbegehende, Beteiligte:	Versicherte und deren Bevollmächtigte
Vorgehen im Fall:	Zahlungsstopp und Rückzahlung der zu Unrecht erhaltenen Geldleistungen

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 Bundestags 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 Hinweisgebenden auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen („Whistleblower“)

„Whistleblower“ leisten einen besonders wichtigen Beitrag zur Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Nach den §§ 197a Absatz 2 SGB V, 47a SGB XI kann sich deshalb „jede Person“ mit einem Hinweis auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen an die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen wenden.

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 im Berichtszeitraum eingegangenen Hinweise wurden von externen Hinweisgebenden übermittelt. Externe Hinweisgebende sind für die wirksame Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen folglich unverzichtbar.

Mit dem am 2. Juli 2023 in Kraft getretenen Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) soll der Hinweisgeberschutz in der Bundesrepublik Deutschland wirksam und nachhaltig verbessert werden. Ziel des Hinweisgeberschutzgesetzes ist es, Benachteiligungen zukünftig auszuschließen und für Hinweisgebende Rechtsklarheit zu schaffen, wann und durch welche Vorgaben sie bei der Meldung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen geschützt sind, und ihnen damit endlich Rechtssicherheit zu geben.

Die 90. Justizministerkonferenz hatte bereits am 7. November 2019 beschlossen, bei der nationalen Umsetzung der Richtlinie (EU) 2019/1937 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2019 (HinSch-RL) 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. Vor diesem Hintergrund hat sich der Gesetzgeber für eine signifikante Ausweitung des sachlichen Anwendungsbereichs und damit für die

erstmalige Kodifizierung eines deutschen Hinweisgeber-Rechts entschieden. Dieser Entschluss ist uneingeschränkt zu begrüßen.

Das Hinweisgeberschutzgesetz soll aber im Wesentlichen nur für die Meldung von Informationen über Verstöße gelten, die strafbewehrt sind (§ 2 Absatz 1 Nr. 1 HinSchG), oder über Verstöße, die bußgeldbewehrt sind, soweit die verletzte Vorschrift dem Schutz von Leben, Leib oder Gesundheit oder dem Schutz der Rechte von Beschäftigten oder ihrer Vertretungsorgane dient (§ 2 Absatz 1 Nr. 2 HinSchG).

Es ist sachgerecht, hinweisgebende Personen zukünftig stets dann zu schützen, wenn ein Verstoß gegen Straf- oder Bußgeldvorschriften im Raum steht. Straffloses, aber dennoch rechtswidriges Fehlverhalten, wie z. B. Rechtsverstöße gegen sozialgesetzliche und vor allem vertragliche Verbote, bestimmt nach den im vorliegenden Bericht zusammengeführten Kennzahlen etwa 90 % aller verfolgten Neufälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Folglich wäre die übergroße Mehrzahl dieser Neufälle auch zukünftig nicht vom sachlichen Anwendungsbereich erfasst.

Bereits der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR), der sich mit dem Schutz hinweisgebender Personen in der Bundesrepublik zu befassen hatte, musste in seiner Grundsatzentscheidung im Fall Heinisch feststellen, dass insoweit eine Verletzung von Art. 10 – Freiheit der Meinungsäußerung der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) – vorlag.⁴⁶ Die Klägerin war Altenpflegerin in einem Pflegeheim und hatte im Jahr 2003 mehrfach systematische Mängel in der Pflege zunächst bei ihrem Arbeitgebenden und dann bei der Heimaufsicht angezeigt. Da der Arbeitgebende keine Maßnahmen ergriff, die Pflegemängel abzustellen, erstattete die Pflegerin schließlich als letztes Mittel Strafanzeige gegen die verantwortlichen Personen wegen des Anfangsverdachts des Betrugs. Die Staatsanwaltschaft stellte das Ermittlungsverfahren später ein, und der Pflegerin wurde von ihrem Arbeitgebenden gekündigt. Die Kündigung hielt anschließend auch der arbeitsgerichtlichen Prüfung stand.

Gerade die Umstände des Falles Heinisch belegen beispielhaft, dass für Hinweisgebende ein erhebliches Risiko besteht, Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu melden. Dennoch wäre die Altenpflegerin Heinisch auch nach dem neuen Hinweisgeberschutzgesetz nicht geschützt. Diese Schutzlücke muss deshalb zeitnah geschlossen werden.

Zwar bestimmt der Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP für die 20. Legislaturperiode: „Whistleblowerinnen und Whistleblower müssen nicht nur bei der Meldung von Verstößen gegen EU-Recht vor rechtlichen Nachteilen geschützt sein, sondern auch von erheblichen Verstößen gegen Vorschriften oder sonstigem erheblichen Fehlverhalten, dessen Aufdeckung im besonderen öffentlichen Interesse liegt.“ Aber diese Ankündigung wurde mit dem Hinweisgeberschutzgesetz nicht umgesetzt.

Der sachliche Anwendungsbereich des Hinweisgeberschutzgesetzes sollte daher dringend um „sonstiges erhebliches Fehlverhalten, dessen Aufdeckung geeignet ist, das öffentliche Interesse zu schützen“, ergänzt werden. Eine solche Regelung würde auch systematisch mit dem bereits bestehenden Ausnahmetatbestand des § 5 Nr. 2 des Gesetzes zum Schutz von Geschäftsgeheimnissen (GeschGehG) harmonisieren und damit Wertungswidersprüche vermeiden.

46 EGMR, Urteil vom 21. Juli 2011 – 28274/08 (Heinisch/Deutschland).

7.2 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an Gesundheitsbehörden und Sozialversicherungsträger

7.2.1 Änderungsbedarf

Es werden klarstellende Regelungen der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an Gesundheitsbehörden und Sozialversicherungsträger vorgeschlagen.

7.2.2 Begründung

Bereits mit der Regelung der §§ 197a Absatz 3b SGB V, 47a Absatz 3 SGB XI sollten datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gesondert klaggestellt werden. Dadurch wurde Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung der gesetzlichen Krankenkassen Rechnung getragen.⁴⁷

Mit fortschreitender organisationsübergreifender Zusammenarbeit sind in der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aber neue Rechtsunsicherheiten zutage getreten, denen durch eine weitergehende gesetzliche Klarstellung ebenfalls abgeholfen werden muss. Die Unsicherheiten betreffen typische Informationsflüsse zwischen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu den Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind.

So wird z. B. in § 197a Absatz 3b 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.⁴⁸ Andere Behörden werden somit nicht erfasst. Deshalb sind beispielsweise in Bezug auf Gesundheitsämter und Heimaufsichten sowie weitere nach Landesrecht zuständige Ordnungsbehörden Klarstellungen erforderlich.⁴⁹ 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 Absatz 7 SGB V ein Informationsaustausch zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung nach § 23 Absatz 6 und 6a des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern eingeführt wird.⁵⁰

Gerade im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung treten mit weiter zunehmender Tendenz Fälle der unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungen zutage, vor allem durch Manipulationen bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten. Nach umfangreichen Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden konnte bei diesen Sachverhalten nicht nur gewerbsmäßiger Betrug zulasten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) nachgewiesen werden, sondern zugleich gewerbsmäßiger Betrug zulasten der Pflegekassen, etwa durch Manipulation von Anträgen auf Pflegegeld sowie in der Folge Verhinderungspflege, vgl. beispielhaft LG Dortmund, Urteil vom 25. Oktober 2019 – 43 KLS 18/18.

Die dabei entstandenen Millionenschäden unterstreichen die Notwendigkeit, dass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen entsprechende Hinweise und personenbezogene Daten zukünftig auch an Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB VI

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

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

49 Vgl. i. d. S. bereits Grinblat/Schirmer, Befugnis zur Übermittlung personenbezogener Daten durch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, SGB 03.20, 133, 135.

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

zuständig sind, übermitteln müssen, da es für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist. Die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen müssen deshalb für die gesetzliche Rentenversicherung explizit klargestellt werden.

Die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes berichten von wiederkehrenden Hinweisen, wonach gezielt Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse begründet und betrieben werden, um mittels fingierter, tatsächlich nicht bestehender Beschäftigungsverhältnisse in einem möglichst großen Umfang Sozialleistungen unterschiedlicher Art von den einzelnen Sozialleistungsträgern zu erlangen, ohne dass auf solche Leistungen ein Anspruch bestand. Auf diese Weise entstehen nicht nur den Krankenkassen, sondern auch der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern Millionenschäden.

Die in Rede stehenden Fallkonstellationen gehen regelmäßig dahin, in Scheinfirmen Personen als Arbeitnehmende anzustellen, indem tatsächlich nicht ernst gemeinte Arbeitsverträge mit überhöhten Lohnentgelten geschlossen werden. Bei den Scheinarbeitnehmenden handelt es sich zumeist um bereits längere Zeit arbeitssuchende Personen mit geringer Qualifikation. Handelt es sich um Langzeitarbeitslose, werden zusätzlich Eingliederungszuschüsse erschlichen. Darüber hinaus haben es die Täterinnen und Täter typischerweise auf die unberechtigte Erlangung von Arbeitslosengeld I, Bürgergeld, Krankengeld und die Rückerstattung von Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall (Leistungen nach dem AAG) abgesehen, vgl. beispielhaft LG Berlin, Urteil vom 20. Oktober 2020 – (512 KLs) 253 Js Js 116/21 (1/22) und LG Chemnitz, Urteil vom 30. Juni 2021 – 4 KLs 353 Js 19706/07.

Aus der spezifischen Perspektive der Krankenkassen fällt dabei ins Gewicht, dass sich die Scheinarbeitnehmenden bereits kurz nach der angeblichen Arbeitsaufnahme arbeitsunfähig melden mit der Folge, dass daraufhin Anträge auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (Leistungen nach dem AAG) und schließlich Krankengeld gestellt werden. Tatsächlich waren die Scheinarbeitnehmenden nicht erkrankt, oft wurden psychische Erkrankungen vorgeschoben. Als Nachweis für die angebliche Gehaltszahlung werden manipulierte Entgeltabrechnungen und Lohnsteuerbescheide vorgelegt.

Ferner berichten die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes, dass zunehmend Anträge von Versicherten auf Erstattungsleistungen aus der Pflegeversicherung auffallen, die den Charakter eines gewerbs- und bandenmäßigen Betrugs haben, teilweise sogar der organisierten Kriminalität zugeordnet werden müssen. Auch dieser Sozialleistungsmissbrauch betrifft nicht nur Pflegekassen, sondern auch andere Sozialversicherungsträger.

Im Zusammenhang mit der Prüfung von Anträgen auf Erstattung der Kosten einer notwendigen Ersatzpflege (§ 39 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI) falle zunehmend auf, dass bestimmte Personen mehrmals jährlich als Ersatzpflegeperson benannt wurden und dann auch mehrmals Höchstbeträge i. H. von jeweils 2.418,00 Euro ausgezahlt bekommen haben.

Teilweise will die gleiche Ersatzpflegeperson im laufenden Kalenderjahr bei bis zu neun verschiedenen Versicherten tätig gewesen sein. In so einem Fall waren Leistungen in Höhe von über 21.500 Euro auszuführen. Da die betreffende Ersatzpflegeperson typischerweise nicht bei der Kasse des Pflegebedürftigen versichert ist, konnte nur im Rahmen der proaktiven Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen nach § 197a Absatz 3a SGB V festgestellt werden, dass diese Ersatzpflegeperson als Bürgergeldempfangende (SGB II) bei einer anderen Kasse versichert ist. Das privatrechtliche Entgelt für eine Verhinderungspflege

wäre folglich als Einkommen nach § 11 SGB II anzurechnen. Ob und in welcher Höhe die Ersatzpflegeperson diese Einnahmen aus der erbrachten Verhinderungspflege aber beim Leistungsträger der SGB II-Bezüge angegeben hat, ist für die Krankenkasse nicht nachprüfbar.

Die wiederkehrenden Fallgestaltungen betreffen gleichermaßen Anträge auf Betreuungsleistungen nach § 45a SGB XI oder Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, in denen die Leistungen von Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn oder Verwandten übernommen werden, die ihrerseits Leistungen nach dem SGB II oder SGB III beziehen.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kassen sollten entsprechende Hinweise und personenbezogene Daten zukünftig auf einer gesicherten Rechtsgrundlage auch an Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II und III zuständig sind, übermitteln können, da es für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist. Auf diese Weise könnten zukünftig hohe Schäden zulasten der Sozialversicherungsträger frühzeitig verhindert werden.

Auch durch die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an „die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO“ sollen bestehende Rechtsunsicherheiten normenklar beendet werden. Ein typischer Anwendungsfall sind die sogenannten Auskunft- und Vorlageersuchen der Landesfinanzbehörden nach § 208 Absatz 1 Nr. 3 in Verbindung mit §§ 93, 97 Abgabenordnung (AO). Danach ist es Aufgabe der Steuerfahndungsstellen, nicht nur in Strafverfahren, sondern bereits im Rahmen sogenannter „Vorfeldermittlungen“ (Hervorhebung) systematisch unbekannte Steuerfälle, d. h. unbekannte Steuerpflichtige und unbekannte steuerliche Sachverhalte, aufzudecken und zu ermitteln. Zur Aufdeckung und Ermittlung solcher Steuerfälle von namentlich nicht bekannten Steuerpflichtigen werden die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes wiederkehrend um Vorlage umfangreicher Daten zu den Abrechnungsbeträgen von Leistungserbringenden ersucht. Dabei sind regelmäßig u. a. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Institutskennzeichen sowie deren Steuernummern anzugeben.

Von einzelnen Finanzgerichten wurde dazu ausgeführt, dass die in Rede stehenden Auskunftersuchen nach § 71 Absatz 1 Nr. 3 SGB X zulässig seien. Dabei könne offenbleiben, ob Sozialdaten überhaupt betroffen sind. Die Datenschutzbeauftragten unserer Mitgliedskassen haben demgegenüber die Ansicht vertreten, dass diese Regelung vorliegend nicht einschlägig sei, da die Steuerfahndungsstelle nach § 404 AO in Verbindung mit §§ 160ff StPO auch als Ermittlungsbehörde auf dem Gebiet des Strafrechts tätig werde. Eine eindeutige Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes ist zu dieser umstrittenen Frage bislang nicht ergangen. Da eine entsprechende Übermittlungsbefugnis auch in § 197a Absatz 3b SGB V bislang nicht gesetzlich geregelt wurde, bestehen im Zusammenhang mit den in Rede stehenden sogenannten Auskunft- und Vorlageersuchen nach § 208 Absatz 1 Nr. 3 in Verbindung mit §§ 93, 97 AO unverändert datenschutzrechtliche Rechtsunsicherheiten.

Schließlich erweist sich die derzeitige Regelung des § 197a Absatz 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 Absatz 3b Satz 3 SGB V genannten Stellen erweitert werden.

7.2.3 Änderungsvorschlag

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

5. die Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und die nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,

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

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

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

Die in Satz 1 genannten Stellen dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an andere in Absatz 1 Satz 1 genannte Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen erforderlich ist. Personenbezogene Daten von Versicherten sind vor einer Übermittlung zu pseudonymisieren, wenn keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten am Fehlverhalten vorliegen; sie sind zu anonymisieren, sobald dies im Rahmen der Verarbeitung für den Zweck nach Satz 3 möglich ist.

III. Der § 47a Absatz 3 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

6. die Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und die 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.

7.3 Erweiterung der gesetzlichen Verarbeitungsgrundlage zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) bei der Fehlverhaltensbekämpfung

7.3.1 Änderungsbedarf

Der Digitalausschuss im Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat eine klarstellende Erweiterung der gesetzlichen Verarbeitungsgrundlage zum Einsatz von KI-Anwendungen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen angeregt und bereits im Jahr 2021 einen konkreten Formulierungsvorschlag in seinem Internetauftritt veröffentlicht. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte mit einer explizit klarstellenden Erweiterung die gesetzliche Verarbeitungsgrundlage in einem neuen § 197a Absatz 3 c SGB V gestaltet werden.

7.3.2 Begründung

Aus Sicht des BAS ist unstrittig, dass auch bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen die jeweils vorhandenen technischen Möglichkeiten im zulässigen Rahmen eingesetzt werden können. § 197a Absatz 1 SGB V sei technikneutral formuliert. Was den Umfang der für diese Aufgabe herangezogenen Daten anbelangt, macht der Verweis auf die allgemeinen Kontrollbefugnisse gem. § 67c Absatz 3 SGB X deutlich, dass dieses Recht umfassend zu verstehen ist. Aus datenschutzrechtlicher Sicht handelt es sich folglich um keine Zweckänderung der gespeicherten Daten, die besonders legitimiert werden müsse.

Bereits § 197a Absatz 3a SGB V eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Bekämpfung von Fehlverhalten erhoben worden sind, kassenübergreifend auszutauschen, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten aufseiten der Empfangenden erforderlich ist. Fraglich war aber, ob die Verarbeitungserfordernisse des KI-gestützten Systems unter diese Verarbeitungsbefugnis subsumiert werden können.

Die Verfahrensweise der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ist bislang noch zu einem Großteil von Anzeigen Dritter und der Verfolgung von Einzelfällen geprägt. Zukünftig sollte eine KI-gestützte Verarbeitung aber aus den kassenübergreifend zusammengeführten Abrechnungsdaten Muster analysieren, die auf Fehlverhalten hindeuten können. Diese Muster werden dann kassenindividuell eingesetzt und führen zu internen Verdachtsfällen.

Der bestehende Verarbeitungsansatz wird damit aber grundlegend verändert und führt zu einer neuen Qualität und Quantität der Fehlverhaltensbekämpfung: einerseits Kontrollen im Einzelfall nach Anzeigen Dritter, andererseits eine kassenübergreifende Analyse von Verdachtsmustern und Anwendung auf die eigenen Bestände. Dies eröffnet bei der Rechtsauslegung zwar weite Beurteilungsspielräume. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte jedoch mit einer explizit klarstellenden Erweiterung die gesetzliche Verarbeitungsgrundlage in einem neuen § 197a Absatz c SGB V gestaltet werden.

Es sollte klargestellt werden, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen Daten nicht nur bilateral untereinander austauschen dürfen, sondern dass sie ihre Datenbestände (zum Beispiel Abrechnungsdaten der Krankenkassen) ohne Versichertenbezug auch zentral an einer Stelle kassenübergreifend zusammenführen dürfen, um datengestützte Verfahren zur Erkennung von Mustern zu entwickeln, die auf Fehlverhalten hindeuten. Damit wird den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen die Möglichkeit eröffnet, insbesondere mit KI-gestützter Verarbeitung, in Zukunft kassenübergreifend zusammengeführte Datenbestände nach Sachverhalten zu analysieren, die auf Fehlverhalten hindeuten. So können auch Muster erkannt werden, die auf Grundlage der begrenzten Datenbestände einzelner Krankenkassen nicht herausgefunden werden können.

Die Befugnis zur Datenzusammenführung sollte darüber hinaus durch die Möglichkeit der Nutzung der sog. Datentransparenzdaten nach § 303b Absatz 1 SGB V vereinfacht und damit gleichzeitig sicherer und wirtschaftlicher gemacht werden. Da diese Daten bereits in geeigneter Form beim GKV-Spitzenverband zusammengeführt werden, bietet sich hiermit eine datensparsame und ressourcenschonende Möglichkeit, den neuen Anforderungen zügig und effizient gerecht werden zu können. Insbesondere die Datensparsamkeit bietet durch die Vermeidung neuer, redundanter Datenflüsse von Sozialdaten, die neue Risiken schaffen und zusätzliche Kosten verursachen, einen ausgezeichneten Vorteil. Zudem sind die vorliegenden Daten ausschließlich leistungserbringerbezogen – die Versichertenbezüge sind seitens der

Kassen bereits pseudonymisiert. Dies macht die Daten nach § 303b Absatz 1 SGB für den Zweck der Fehlverhaltensbekämpfung hervorragend geeignet, weil sich in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. sozialen Pflegeversicherung Betrugsfälle wesentlich im Bereich der Leistungserbringenden ereignen.

Da diese Daten potenziell das Leistungsgeschehen sämtlicher Kranken- und Pflegekassen abbilden, sind sie außerdem umfassend und ermöglichen jeglicher Kasse die aufwandsarme Teilnahme am Verfahren. Dieses Merkmal einer Vollerhebung schafft ebenso die besten Voraussetzungen für die Anforderungen an die Entwicklung von Datenverfahren, wie denen des maschinellen Lernens oder statistischen Methoden, da dadurch auch schwache Signale in den Daten besser detektiert werden können. Der GKV-Spitzenverband würde die Aufgabe übernehmen, für die Datenkooperationen der beteiligten Fehlverhaltensstellen Regeln aufzustellen und für geeignete technische Zugriffs- und Verarbeitungsmöglichkeiten der Berechtigten einzurichten. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle beim GKV-Spitzenverband zählt ebenfalls zu den Stellen nach § 197a Absatz 1 SGB V und wäre damit bereits unmittelbar involviert, teilnahmeberechtigt und exponiert, den Prozess zu koordinieren.

7.3.3 Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer § 197a Absatz 3c SGB V eingefügt:

„Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen dürfen Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, mit den Daten anderer in Absatz 1 Satz 1 genannter Einrichtungen zum Zweck der Entwicklung von datenbasierten Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zusammenführen. Der Versichertenbezug der betreffenden Daten ist vor einer Übermittlung zu löschen. Einrichtungen nach Absatz 1 können für die Zwecke nach Satz 1 die Daten nach § 303b Absatz 1 nutzen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richtet hierfür eine Datenverarbeitungsinfrastruktur ein. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen dürfen nur ihre jeweils eigenen Daten mit den in Satz 1 genannten Verfahren auswerten.“

7.4 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten zum Aufbau einer Betrugspräventionsdatenbank für das Gesundheitswesen

7.4.1 Änderungsbedarf

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat bereits in seinem Positionspapier für die 19. Legislaturperiode den Aufbau einer kassenartenübergreifenden Betrugspräventionsdatenbank für erforderlich erachtet. Damit in datenschutzrechtlicher Hinsicht eine hinreichende Rechtsgrundlage besteht, muss die neue Bundesregierung endlich sozialgesetzlich klarstellen, dass der Austausch von personenbezogenen Daten zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auch unter Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten im Auftrag betrieben werden.

7.4.2 Begründung

Nach § 197a Absatz 3b SGB V dürfen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 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.⁵¹ Somit ist denkbar, dass mit Blick auf ein schwerwiegendes Fehlverhalten z. B. die Zulassung von Leistungserbringenden 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.⁵²

Der Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen kommt zukünftig vor allem im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege eine herausgehobene Bedeutung zu. So wurde in den §§ 132a Absatz 4 und 132l Absatz 5 SGB V neu geregelt, dass Verträge über die Erbringung häuslicher und außerklinischer Krankenpflege nur mit Leistungserbringenden abgeschlossen werden dürfen, die insoweit die notwendige Zuverlässigkeit für einen Vertragsabschluss aufweisen. In der Gesetzesbegründung zu § 37c Absatz 2 SGB V wurde unmissverständlich dargestellt, dass der Medizinische Dienst bei Zweifeln an der Zuverlässigkeit eines Leistungserbringenden die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen informieren soll.⁵³ Als Haupt-Fallgruppe werden dabei strafbare Handlungen und Ordnungswidrigkeiten in Betracht kommen.⁵⁴

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

- Nutzung von gefälschten Fortbildungszertifikaten zur Verschleierung des Einsatzes von nicht qualifiziertem Personal
- Regelmäßige Eröffnung und Schließung von Pflegediensten unter anderem Namen mit demselben Personal- und Patientenstamm
- Bundesweite Vernetzung der Pflegedienste über Betreibende und Mitarbeitende (Mitarbeiterinnen- bzw. Mitarbeiter- und Patiententausch verschiedener Pflegedienste); Angestellte in einem Pflegedienst sind z. B. Geschäftsführer in einem anderen Pflegedienst, an einem anderen Ort

Insbesondere für diese wiederkehrenden Sachverhalte muss effektiv Vorsorge getroffen werden, da sich bereits auffällig gewordene Leistungserbringende in einem Bundesland einer gegebenenfalls drohenden Kündigung ihres Versorgungsvertrags entziehen könnten, um stattdessen in einem anderen Bundesland – unter eigenem Namen oder durch einen „Strohmann“ – eine neue Zulassung zu erlangen.⁵⁵ Zur Verhinderung von organisiertem Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen hat das Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen bereits im Jahr 2017 die Prüfung des Datenaustausches zwischen den Kassen (gemeinsame Datenbank) angeregt.

Die Datenschutz-Aufsichtsbehörden vertreten inzwischen zwar mehrheitlich die Auffassung, dass solche Betrugspräventionssysteme („fraud pools“) in der Privatwirtschaft datenschutzrechtlich zulässig sind. Die datenschutzrechtliche Rechtsgrundlage kann in Art. 6 Absatz 1 Satz 1 lit f DS-GVO gesehen werden. Die Datenschutz-Aufsichtsbehörden haben sich insoweit auch mehrheitlich auf Voraussetzungen verständigt, die solche Betrugspräventionssysteme bei der Einmeldung in den Pool, der Verarbeitung im Pool und der Beauskunftung aus dem Pool erfüllen müssen.

51 Vgl. BT-Drs. 19/6337, S. 103.

52 Vgl. BT-Drs. 19/8351, S. 220 f.

53 Vgl. BT-Drs. 19/20720, S. 58.

54 Vgl. zur Unzuverlässigkeit eines Krankenpflegers wegen Abrechnungsbetrugs in der ambulanten Pflege VG Freiburg, Urteil vom 29. Juli 2021 – 10 K 5069/19.

55 Vgl. i. d. S. bereits BT-Drs. 18/9518, S. 72 f.

Zum Aufbau und Betrieb einer GKV-Betrugspräventionsdatenbank bestehen demgegenüber aber noch datenschutzrechtliche Hindernisse, da der GKV-Spitzenverband als Körperschaft öffentlichen Rechts schon wegen Art. 6 Absatz 1 S. 2 DS-GVO keine Verarbeitung personenbezogener Daten aufgrund berechtigter Interessen vornehmen darf.

Für eine vergleichbare Sachverhaltskonstellation (hier: der SCHUFA-FraudPool) hatte die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit eine entsprechende gesetzgeberische Klarstellung angeregt, die inzwischen gem. § 47 Absatz 5 GwG in datenschutzrechtlicher Hinsicht die Rechtsgrundlage für den Informationsaustausch zwischen den Kreditinstituten und Sparkassen darstellt.⁵⁶ Die hier eingeforderte sozialgesetzliche Klarstellung könnte deshalb in analoger Weise auf das Gesundheitswesen übertragen werden.

7.4.3 Änderungsvorschlag 1

Dem § 197a Absatz 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.“

7.4.4 Änderungsvorschlag 2

Dem § 47a Absatz 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.“

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 nicht nur der Beginn, sondern auch 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) gefordert⁵⁷ und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) bekräftigt.⁵⁸ Dabei ist zur Vermeidung von Missverständnissen darauf hinzuweisen, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen der häuslichen Pflege innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Endzeiten des Pflegeeinsatzes und nicht die jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

56 Vgl. insoweit zusammenfassend BT-Drs. 18/12405, S. 169 f. Zur datenschutzrechtlichen Zulässigkeit des SCHUFA-FraudPools nunmehr auch OLG Karlsruhe, Urteil vom 23. Februar 2021 – 14 U 3/19.

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

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

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.

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 Leistungserbringenden nur die Angabe des Beginns der Leistungserbringung vereinbart.

Inzwischen hat auch die Gemeinsame Schiedsstelle nach § 132a Absatz 3 SGB durch Schiedsspruch bestätigt, dass es für eine generelle Verpflichtung der Leistungserbringenden, bei der bei Erbringung von Leistungen immer – gleich welcher Vergütungsgestaltung – Anfangs- und Endzeitpunkt der Leistungserbringung anzugeben sind, einer entsprechenden gesetzlichen Entscheidung bedürfe.⁵⁹ Insofern ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf erforderlich.

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.

7.5.3 Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 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 der Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit, aufzuzeichnen,“

7.6 Bekämpfung von Fehlverhalten in der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege

7.6.1 Änderungsbedarf

Auch für die Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist in § 302 Absatz 1 Satz 2 SGB V gesetzlich zu regeln, dass in den Abrechnungsunterlagen die Anfangs- und Endzeiten der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben sind.

7.6.2 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

⁵⁹ Vgl. Gemeinsame Schiedsstelle nach § 132a Absatz 3 SGB V, Schiedsspruch vom 5. Oktober 2022 – 1 HKP 39-22.

wurden, nicht als zahlungsbegründende Unterlage aus, die eine Plausibilisierung abgerechneter Leistungen ermöglichen muss. 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 ist für den jeweiligen Pflegeeinsatz 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 sogenannten 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 bzw. zum Kranken-/Kinderkranken- oder Altenpflegerin bzw. -pfleger aufbauen, notwendig sind. Dazu gehören beispielsweise in der außerklinischen Intensivpflege⁶⁰ 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 Krankenpflege⁶¹ oder zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden⁶² 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, dürfen diese nach dem Sozialrecht nicht abgerechnet werden. Insoweit handelt es sich um eine der beiden typischen Fallgruppen des Abrechnungsbetrugs in der ambulanten Pflege.⁶³ 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.⁶⁴ Deshalb ist der Gesetzgeber gefordert, die bestehenden praktischen Probleme zugunsten der Möglichkeit einer effektiveren Beweisführung auszuräumen.

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

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

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

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

63 Vgl. BGH, Beschluss vom 16. Juni 2014 – 4 StR 21/14.

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

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 Leistungsmissbrauch nicht effektiv nachgegangen und entsprechend verfolgt werden.

7.6.3 Änderungsvorschlag

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

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b sind zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 der Beginn und die Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit und nach § 293 Absatz 8 Satz 11 spätestens ab dem 1. Januar 2023 die Beschäftigtennummer der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben.“

7.7 (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.

Die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften, die gem. § 143 Absatz 4 GVG zulässig ist, obliegt 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 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.

Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens sind aber 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 Vermögensstrafaten und Korruption im Gesundheitswesen wird deshalb vor allem dort erfolgen, wo sich nicht

nur Richterinnen und Richter⁶⁵, 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.⁶⁶

Die generelle Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften für das Gesundheitswesen wurde von den Justizministerinnen und -ministern lange 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.⁶⁷

Bereits zum 15. September 2020 wurde bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg die **„Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen“ (ZKG)** eingerichtet. Aufgabe der ZKG ist die bayernweit einheitliche, spezialisierte und deshalb besonders effektive Verfolgung von Korruptions- und Vermögensstraftaten durch Angehörige der Heilberufe, wie z. B. Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker oder Pflegekräfte. Die zentrale Ermittlungseinheit bündelt Kompetenzen, die zuvor auf drei Schwerpunktstaatsanwaltschaften in Bayern verteilt waren. Damit wurden nicht nur die Ermittlungsstrukturen optimiert.⁶⁸ Wie aus der nachfolgenden Grafik erkennbar ist, setzt der Freistaat Bayern zugleich neue Maßstäbe: Im Gegensatz zu vielen Bundesländern werden die Spezialstaatsanwältinnen und -anwälte der ZKG nicht nur durch Spezialermittlerinnen und -ermittler der Kriminalpolizei unterstützt. Als besonders wichtig ist die zusätzliche personelle Verstärkung durch Abrechnungsfachkräfte für das Gesundheitswesen sowie IT-Forensikerinnen und -Forensiker anzusehen.⁶⁹

Wenig später, im Januar 2021, wurde dann auch in Hessen eine „Zentrale Staatsanwaltschaft für Medizinwirtschaftsstrafrecht bei der Staatsanwaltschaft Fulda (ZSMS)“ geschaffen. Durch die zentrale Bearbeitung der Verfahren wurde sichergestellt, dass Betrug und Korruption im Gesundheitswesen konsequent verfolgt und die Sachverhalte mit großer Expertise rechtlich gewürdigt werden können.⁷⁰ Das Konzept für die Bearbeitung der komplexen medizinwirtschaftsstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren sah u. a. folgende Punkte vor:

- angereicherte Anzeigeerstattungen und eine intensiviertere Zusammenarbeit mit den
- Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie den Krankenkassen
- verstärkte Einbeziehung der Polizei in die Ermittlungen, die durch das Hessische Landeskriminalamt koordiniert werden
- qualifizierte Aus- und Fortbildung der polizeilichen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter und staatsanwaltschaftlichen Dezernentinnen und Dezernenten

Auf dieser Grundlage hat das Hessische Landeskriminalamt dann im Februar 2023 die **Zentralstelle Medizinwirtschaftskriminalität (ZMWK)** als Schwerpunktdienststelle in Fulda eingerichtet. ZMWK und

ZSMS befinden sich in unmittelbarer räumlicher Nähe, um eine enge Zusammenarbeit zu gewährleisten. Die ZMWK übernimmt die hessenweite deliktspezifische Koordinierung sowie die eigenständigen

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

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

67 So bestehe z. B. für Baden-Württemberg derzeit keine Erfordernis für die Einrichtung einer „Schwerpunktstaatsanwaltschaft für Korruption und Betrugsdelikte im Gesundheitswesen“, vgl. Landtag Baden-Württemberg, Drucksache 17/1497 vom 20. Dezember 2021.

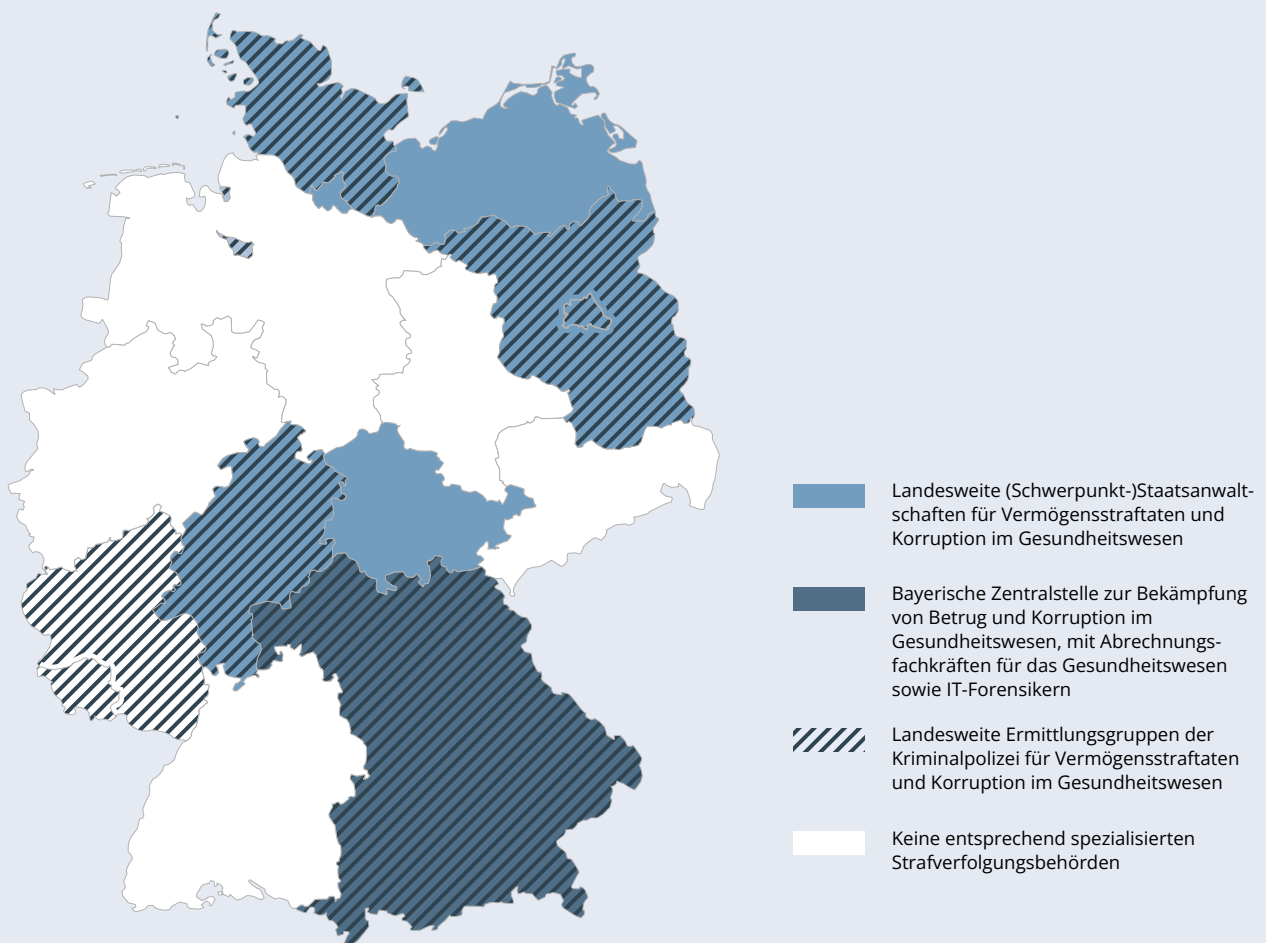
68 Vgl. die Pressemitteilungen des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz vom 10. September 2020 und 17. November 2021.

69 Zu Aufbau und Organisation der ZKG vgl. Findl, medstra 2022, 275–282.

70 Vgl. die Pressemitteilungen des Hessischen Ministeriums der Justiz vom 8. Januar 2021 und 14. Juli 2021.

Ermittlungen in komplexen und herausragenden Verfahren im Abrechnungsbetrug sowie in der Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen.⁷¹ Inzwischen werden nahezu 90 % aller hessischen Ermittlungsverfahren im Medizinstrafrecht durch die ZMWK bearbeitet.

Abbildung 12: Spezialisierte Strafverfolgungsbehörden zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen



Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.12.2024

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat mit seiner Erklärung vom 2. Dezember 2020 an die Länder appelliert, den vereinzelt bereits eingeschlagenen Weg konsequent fortzusetzen und in den länderübergreifenden Gremien zu beraten. Die 93. Justizministerkonferenz hat dann am 10. November 2022 tatsächlich beschlossen, dass die Schaffung spezialisierter Ermittlungseinrichtungen je nach den regionalen Gegebenheiten ein Beitrag der Strafjustiz für eine verbesserte Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sein kann. Leistungserbringung und Abrechnung im Gesundheitswesen können eine

⁷¹ Vgl. die Pressemitteilung des Hessischen Ministeriums des Innern, für Sicherheit und Heimatschutz vom 19. Dezember 2024.

sowohl tatsächlich als auch rechtlich hochkomplexe Materie sein, die den Einsatz von Spezialistinnen und Spezialisten bei den Strafverfolgungsbehörden erforderlich machen kann.

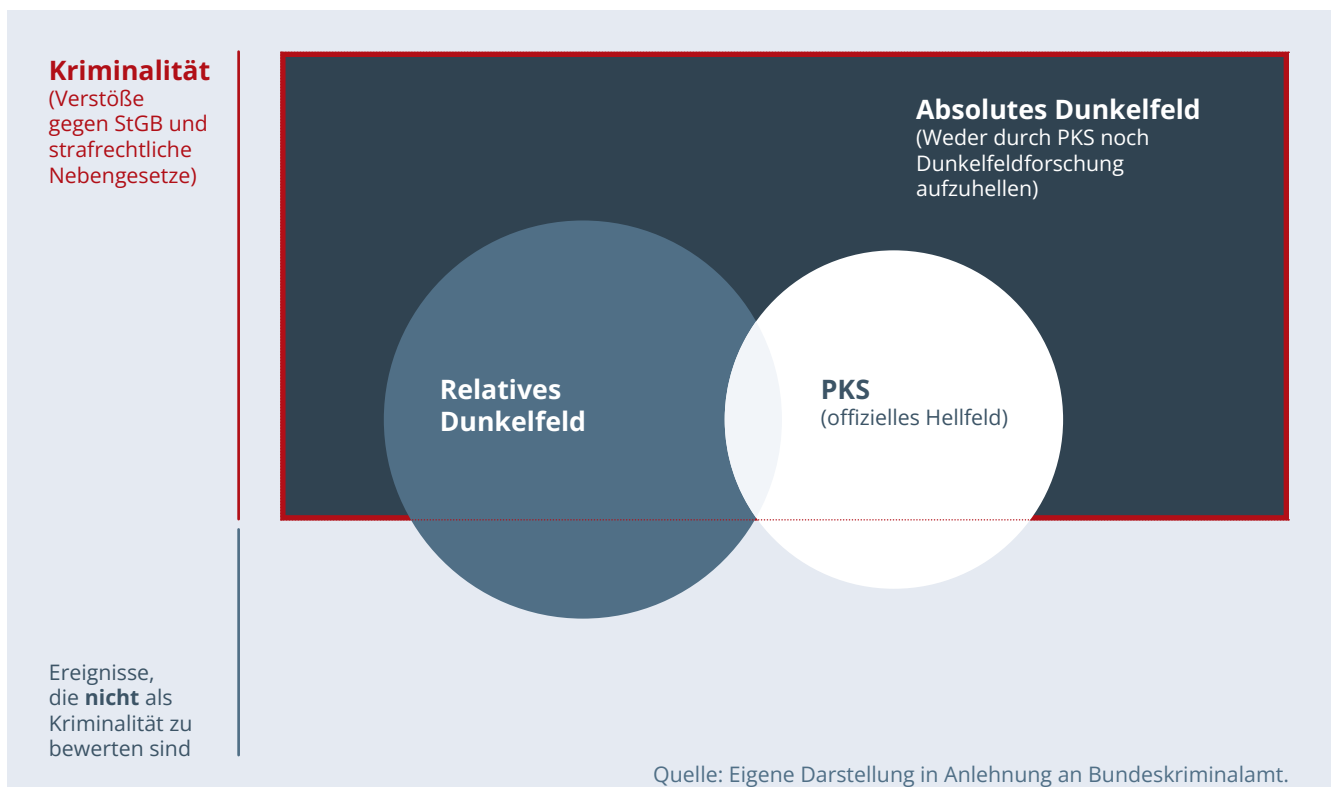
Um Wirtschaftskriminalität im Gesundheitswesen konsequent zu verfolgen, braucht es eine gemeinsame Strategie von Justiz und Polizei. Die weitere Effektivierung der Strafverfolgung sollte nunmehr auch von der Innenministerkonferenz aufgegriffen werden.

7.8 Notwendigkeit einer kriminologischen Dunkelfeldstudie

Bereits im Zweiten Periodischen Sicherheitsbericht der Bundesregierung wurde festgestellt: „Illegale Bereicherungen zum Nachteil der gesetzlichen Krankenversicherung durch Akteure aus fast allen Tätigkeitsbereichen des Gesundheitswesens haben nahezu den Charakter eines Systems.“

Nach der amtlichen Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) ist die Anzahl der Fälle von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen nach 2022 zwar auch im Jahr 2023 nochmals gesunken. Der festgestellte Schaden ist in den Jahren 2022 und 2023 demgegenüber deutlich angestiegen, auf 271,6 Mio. Euro. Die Aussagekraft der PKS wird aber dadurch eingeschränkt, dass nur die der Polizei bekannt gewordenen Straftaten gezählt werden. Die PKS bietet folglich kein getreues Spiegelbild der Kriminalitätswirklichkeit am Tatort Gesundheitswesen.

Nach Auffassung des Bundeskriminalamts handelt es sich beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen um ein „Kontrolldelikt“, weshalb von einem „nicht unerheblichen Dunkelfeld sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch hinsichtlich der monetären Schäden“ ausgegangen werden müsse.



Während sich die PKS auf das „offizielle Hellfeld“ amtlich registrierter Vorgänge – und somit im vorliegenden Kontext nur auf einen kleinen Ausschnitt von Wirtschaftskriminalität und Korruption im Gesundheitswesen – bezieht, versuchen Dunkelfelduntersuchungen ein umfassenderes Bild von Umfang und Struktur dieser Kriminalität zu liefern.

Das Ziel von Dunkelfelduntersuchungen ist es, Erkenntnisse über das Gesamtaufkommen bestimmter Straftaten einschließlich des sogenannten „relativen Dunkelfeldes“, also der bei der Polizei nicht bekannten Straftaten, zu gewinnen. Dunkelfeldstudien werden methodisch zumeist in der Form von standardisierten Befragungen zufällig ausgewählter Personen realisiert, Experimente sind in der Bundesrepublik dagegen noch selten. Die Befragungen lassen sich in solche von Opfern, Informantinnen und Informanten (z. B. von Zeuginnen und Zeugen) sowie Täterinnen und Tätern einteilen. Die Befragungen orientieren sich an festen Kriterien der empirischen Sozialforschung und ermöglichen dann im nächsten Schritt statistische Rückschlüsse auf das tatsächliche Kriminalitätsaufkommen.

Solange sich eine Analyse verfügbarer Daten ausschließlich auf das „offizielle Hellfeld“ der polizeilich registrierten Straftaten bezieht, werden mit den nicht angezeigten oder sonst nicht bekannt gewordenen Straftaten wesentliche Aspekte der Kriminalitätswirklichkeit ausgeklammert. Die vorliegenden Bundeslagebilder des Bundeskriminalamts zur Wirtschaftskriminalität und Korruption – und darauf aufgebaute Präventions- und Interventionsmaßnahmen – sowie die Kriminalpolitik im Ganzen berücksichtigen bislang folglich nur eine verzerrte Teilmenge des Phänomens und sind somit lücken- oder gar fehlerhaft.

Internationale kriminologische Studien gehen demgegenüber davon aus, dass der durchschnittliche monetäre Dunkelfeldschaden durch Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen zwischen 5 und 10 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen betragen könnte.⁷² Besondere Aufmerksamkeit erlangte eine Studie der University of Portsmouth (UK). Nach dieser von Prof. Button zuletzt im Jahre 2015 veröffentlichten kriminologischen Studie sollen durchschnittlich 6,19 % der gesamten Leistungsausgaben im Gesundheitswesen aufgrund von „Betrug und Fehlern“ verloren gehen.⁷³ Diese Studienergebnisse haben z. B. auch der Bundesrat⁷⁴ oder die Bayerische Staatsregierung⁷⁵ herangezogen.

Der GKV-Spitzenverband hat dazu stets angemerkt, dass in dieser regelmäßig aktualisierten Studie zwar die Gesundheitssysteme mehrerer europäischer Länder sowie der USA und Neuseelands 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.

Zur Erhellung des Dunkelfeldes von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sollten deshalb auch in der Bundesrepublik Deutschland kriminologische Evidenzen stärker als bislang berücksichtigt werden. Denkbar ist nicht nur eine kriminalpolitische Schwerpunktsetzung im vierten Periodischen Sicherheitsbericht der Bundesregierung, sondern auch die unabhängige Drittmittelförderung einschlägiger Forschungsprojekte durch Universitäten⁷⁶ oder Dritte.

72 Vgl. nur Fischer, Strafrecht, 72. Aufl. 2025, § 299a StGB, Rn. 4.

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

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

75 Vgl. etwa die Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern und für Integration, anlässlich der Pressekonferenz „Betrug im Gesundheitswesen“ am 27. März 2018 in Nürnberg.

76 Vgl. beispielhaft die von dem Kriminologen Prof. Dr. Kai Bussmann, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen erstellte Dunkelfeldstudie I – Umfang der Geldwäsche in Deutschland, 2015, sowie die Dunkelfeldstudie II – Nationale Risikoanalyse Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung, Ermittlungs- und Strafverfahren wegen Geldwäsche in Deutschland, 2019.

Mit einem Beschluss der 93. Justizministerkonferenz vom 10. November 2022 bitten die Justizministerinnen und Justizminister den Bundesminister der Justiz, sich beim Bundesminister für Gesundheit auch für eine Prüfung einzusetzen, ob – im Zusammenwirken mit allen Akteuren des Gesundheitswesens, insbesondere mit Krankenkassen und Ärztevereinigungen – eine umfassende Studie zum Dunkelfeld der Falschabrechnungen im Gesundheitswesen und den dazu beitragenden Faktoren erstellt werden kann. Der GKV-Spitzenverband und seine Mitgliedskassen werden eine unabhängig geförderte Dunkelfeldstudie aktiv unterstützen.

Anhang

- A 16. Berliner Sicherheitsgespräche „Tatort Gesundheitswesen! Ein Milliardenbetrug?“, Veranstaltung des Bund Deutscher Kriminalbeamter e. V. und des GKV-Spitzenverbandes am 22. September 2022
- B Gemeinsame Pressemitteilung des Bund Deutscher Kriminalbeamter und des GKV-Spitzenverbandes „Tatort Gesundheitswesen! Ein Milliardenbetrug?“ vom 23. September 2022
- C Medizinstrafrechtsabend „Die Rolle der Krankenkassen im Strafverfahren“, Tagung von medstra, WisteV und Institut für Medizinrecht (IMR) der Bucerius Law School, in Kooperation mit der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) und dem GKV-Spitzenverband am 22. November 2022
- D Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes „Fehlverhalten im Gesundheitswesen – Schäden im dreistelligen Millionenbereich trotz pandemiebedingt gesunkener Hinweis- und Fallzahlen“ vom 24. März 2023
- E Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) vom 5. Mai 2023 (Auszug)
- F Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) vom 8. November 2023 (Auszug)
- G Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (GDNG) vom 13. November 2023 (Auszug)
- H GKV Live „20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Rückblick – Status quo – Ausblick“, Diskussionsveranstaltung am 29. November 2023
- I Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes „20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Es gibt noch immer viel zu tun“ vom 30. November 2023
- J GKV Expertise „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Erfahrungsaustausch gem. § 197a Abs. 3 SGB V“ am 30. November und 1. Dezember 2023
- K Kontaktadressen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Grüßwort Dirk Peglow
Bundvorsitzender
Bund Deutscher Kriminalbeamter e. V.

Unser Gesundheitssystem bietet nicht erst seit der Coronapandemie vielfältige Tatgelegenheiten, um kriminelle Gewinne durch Betrugsstrafaten zu erzielen. Der Topf, aus dem sich die schwarzen Schafe aller Berufsgruppen des Gesundheitswesens bis hin zu kriminellen Gruppierungen bedienen, war nach Schätzungen des statistischen Bundesamtes für das Jahr 2021 mit etwa 465 Milliarden Euro befüllt und hat damit einen erneuten Höchststand im Bereich der Gesundheitsausgaben erreicht.

Auf Seiten der Ermittlungsbehörden lässt sich leider ein eher „stiefmütterlicher“ Umgang mit dem Deliktsbereich Abrechnungsbeitrag im Gesundheitswesen feststellen. So wurden bisher nur in sieben Bundesländern spezialisierte Dienststellen für die Bearbeitung solcher Tatbestände eingerichtet. Der überwiegende Teil polizeilicher Ermittlungen und Ermittler in Deutschland versucht sich das erforderliche Fachwissen in solchen Verfahren „nebenbei“ anzueignen.

Der desolaten Situation bei den Strafverfolgungsbehörden kommt hinzu, dass auch einer Erhebung der tatsächlichen Schadenssummen in Deutschland offenbar nicht die notwendige Bedeutung zugemessen wird.

Die Feststellung, dass diese Straftaten nicht nur ein Milliardengeschäft für kriminelle Akteure darstellen, sondern auch mit erheblichen Gefahren für die Gesundheit von Patientinnen und Patienten verbunden sind, bedarf keiner besonderen kriminalistischen Expertise. Diese ist hingegen im erheblichen Umfang bei den Strafverfolgungsbehörden erforderlich, um den kriminellen Akteuren auf Augenhöhe zu begegnen.

Es freut mich sehr, dass der BDK in Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband seine 16. Berliner Sicherheitsgespräche zu diesem kriminalpolitischen Schwerpunktthema durchführt. Neben einer Bestandsaufnahme werden wir mit unseren Gässtiker:innen notwendig sind, um dieses Kriminalitätsphänomen mehr in den Fokus zu rücken und nachhaltig zu bekämpfen.


 Ihr Dirk Peglow

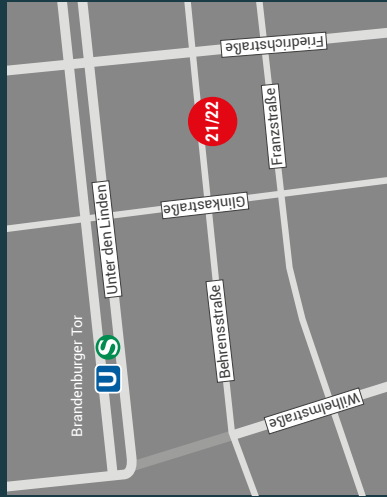
Kontakt

Bund Deutscher Kriminalbeamter e. V.
 Bundesgeschäftsstelle
 Wollankstr. 135
 13187 Berlin

Telefon: +49 30 2463045 -0
 Telefax: +49 30 2463045-29
 E-Mail: berliner.sicherheitsgespraeche@bdk.de

Veranstaltungsort

Bayerische Vertretung in Berlin
 Behrenstraße 21/22
 10117 Berlin



16. Berliner Sicherheitsgespräche

22. September 2022

**Tatort Gesundheitswesen!
 Ein Milliardenbetrug?**

Eine Veranstaltung des
 Bund Deutscher Kriminalbeamter e.V.
 und des GKV-Spitzenverbandes

Bayerische Vertretung in Berlin

Schirmherrschaft: Bayerischer Staatsminister des Innern, für
 Sport und Integration, Joachim Herrmann, MdL

www.berliner-sicherheitsgespraeche.de

Tatort Gesundheitswesen! Ein Milliardenbetrug?

Grußwort Gernot Kiefer
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
des GKV-Spitzenverbandes

Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen hat nach Erkenntnissen des GKV-Spitzenverbandes in den letzten Jahren eine problematische Dynamik entwickelt und damit auch eine hohe gesellschafts- und gesundheitspolitische Bedeutung erlangt.

Bereits im Jahr 2006 belegt der „Zweite Periodische Sicherheitsbericht der Bundesregierung“, dass sich Akteure aus fast allen Bereichen des Gesundheitswesens illegal bereichern - zum Nachteil der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Beitragszahlenden. Diese Bereicherung hat „nahezu den Charakter eines Systems“ entwickelt.

Da es sich beim Abrechnungsbetrug um ein „Kontrolldelikt“ handelt, geht das Bundeskriminalamt von einem „nicht unerheblichen Dunkelfeld“ aus. Die gesetzliche Krankenversicherung rechnet im kommenden Jahr mit einem Gesamtdéfizit von 17 Milliarden Euro. Belastbare kriminologische Erkenntnisse, wie hoch dabei der Anteil von Abrechnungsbetrug ist, fehlen in der Bundesrepublik bis heute. Die Bundesregierung sollte eine entsprechende Dunkelfeldforschung zu einem Schwerpunkt ihres nächsten „Periodischen Sicherheitsberichts“ machen.

Effektive Strafverfolgung von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen wird nur gelingen, wenn sich sowohl Spezialstaatsanwälté längerfristig und durchgängig mit dieser Materie befassen, als auch spezialisierte Fachkommissariate der Kriminalpolizei. Besonders letztere sucht man zumeist noch vergeblich.

Die 16. Berliner Sicherheitsgespräche sind Tradition und Premiere zugleich. Unsere Kooperation schafft erstmals ein kriminal- und gesundheitspolitisches Forum, das drängende Fragen aufgreift und gemeinsam Lösungsansätze zur effektiven Bekämpfung und Prävention von Fehlverhalten im Gesundheitswesen suchen will. Ich freue mich darauf, Sie dort persönlich begrüßen zu dürfen.



Ihr Gernot Kiefer

15:00 Einlass & Empfang

15:30 Begrüßung

Joachim Herrmann, Mdl.
Bayerischer Staatsminister des Innern, für Sport und Integration

Dirk Peglow
Bundesvorsitzender
Bund Deutscher Kriminalbeamter e.V.

Gernot Kiefer
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des
GKV-Spitzenverbandes

16:00 Impuls

Jörg Engelhard
Leiter des Kommissariats Abrechnungsbetrug
beim LKA Berlin

16:15 Podiumstark

Jörg Engelhard
Leiter des Kommissariats Abrechnungsbetrug
beim LKA Berlin

Richard Findl
Leitender Oberstaatsanwalt,
Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg

Prof. Dr. Edgar Franke
Parlamentarischer Staatssekretär beim
Bundesminister für Gesundheit

Gernot Kiefer
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
des GKV-Spitzenverbandes

Dirk Peglow
Bundesvorsitzender des Bund Deutscher
Kriminalbeamter e.V.

Moderation

Arne Meyer-Fünffinger
Korrespondent BR Recherche,
ARD-Hauptstadtstudio Berlin

17:30 Resümee

Anschließend: Get-Together





Bund Deutscher
Kriminalbeamter



GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG

Tatort Gesundheitswesen! Ein Milliardenbetrug?

Berlin, 23.09.2022: Die 16. Berliner Sicherheitsgespräche des Bund Deutscher Kriminalbeamter e.V. (BDK) fanden in diesem Jahr in Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband in der Bayerischen Vertretung in Berlin unter der Schirmherrschaft des bayerischen Innenministers und Vorsitzenden der „Ständigen Konferenz der Innenminister und –senatoren der Länder“ (IMK) statt. Neben zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern der Strafverfolgungsbehörden fand die Veranstaltung auch Interesse bei Mitarbeitenden der Krankenversicherungen.

Hochrangiges Podium diskutierte über Lösungsansätze

Auf dem Podium diskutierten hochrangige Vertreter aus Politik, Justiz und Kriminalpolizei mit dem BDK und dem GKV-Spitzenverband über den aktuellen Status Quo in der Betrugsbekämpfung sowie über Lösungsansätze. Deutlich wurde wieder einmal, dass eine effektive Strafverfolgung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen vor allem eine größere Anzahl an Fachpersonal in Staatsanwaltschaft, Kriminalpolizei und den Gesetzlichen Krankenkassen benötigt.

In seinem Fazit zur Veranstaltung erklärte der BDK-Bundesvorsitzende Dirk Peglow, dass „eine wirksame Bekämpfung des Abrechnungsbetruges im Gesundheitswesen nur durch die bundesweite Einrichtung von Spezialdienststellen bei den Ermittlungsbehörden von Polizei und Justiz möglich ist. Die Tatsache, dass solche Spezialdienststellen bisher nur in sieben Bundesländern eingerichtet wurden, ist erschreckend. Der überwiegende Teil meiner Kolleginnen und Kollegen eignet sich das notwendige Fachwissen für diese hochkomplexen Verfahren nebenbei an und gerät hierbei häufig an Grenzen. Neben einer grundlegenden Aus- und Fortbildung benötigen wir eine IT-Ausstattung, die der fortschreitenden Digitalisierung der Arbeitsprozesse im Gesundheitswesen standhält“.

Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, unterstrich: „Um gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen effektiv vorzugehen, braucht es in allen 16 Bundesländern landesweit einheitliche, spezialisierte Ermittlungsstrukturen. Da darf sich kein Bundesland wegducken! Denn Schwerpunktstaatsanwaltschaften und spezialisierte Ermittlungsgruppen sind besonders effektiv und haben sich bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen bewährt. Deshalb appellieren wir dringend an die Innenministerkonferenz, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzusetzen, um dem



Seite 2/3 der Pressemitteilung vom 23.09.2022

Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen kriminalpolitisch mit großer Entschlossenheit entgegenzutreten.“

Hintergrund

BDK e.V.

Leider bietet unser Gesundheitssystem nicht erst seit der Corona-Pandemie ausreichend Tatgelegenheiten, um kriminelle Gewinne zu erzielen. Der Topf, aus dem sich die schwarzen Schafe aller Berufsgruppen des Gesundheitswesens bedienen, war nach Schätzungen des statistischen Bundesamtes für das Jahr 2021 mit etwa 465 Milliarden Euro befüllt und hat damit einen erneuten Höchststand im Bereich der Gesundheitsausgaben erreicht. Eine beträchtliche Summe, insbesondere, wenn man sich in Erinnerung ruft, dass der Gesamt-Bundeshaushalt für das Jahr 2021 inklusive des Nachtragshaushaltes mit insgesamt 548 Milliarden Euro beschlossen wurde.

Zur desolaten Situation bei den Strafverfolgungsbehörden kommt hinzu, dass auch einer Erhebung der Schadenssummen in Deutschland offenbar nicht die notwendige Bedeutung zugemessen wird. So liegen allenfalls Schätzungen vor, die sich auf eine durch die Universität Portsmouth/Großbritannien durchgeführte Dunkelfeldstudie beziehen. Hiernach soll durch kriminelle Handlungen ein jährlicher Schaden von etwa 6,19 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben entstehen. Bei Zugrundlegung der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 2021 in Höhe von 263 Milliarden Euro wäre das eine Summe von annähernd 16,28 Milliarden Euro, die in Deutschland durch Vermögensstraftaten im Gesundheitswesen erlangt wurden.

Fehlverhaltensstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und beim GKV-Spitzenverband

Bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und beim GKV-Spitzenverband gibt es Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§§ 197a SGB V, 47a SGB XI). Diese Ermittlungs- und Prüfstellen gehen Hinweisen nach, die auf „Unregelmäßigkeiten“ oder eine „rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln“ im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hinweisen, insbesondere zu Abrechnungsbetrug und Korruption. Wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung bestehen könnte, sollen die Kranken- und Pflegekassen unverzüglich die Staatsanwaltschaft unterrichten.

Der Fehlverhaltensbericht erscheint zweijährig, aktuell zum Jahresende 2022. Die Berichte sowie weitere Informationen zum Thema „Fehlverhalten“ finden Sie auf unserer Internetseite unter www.gkv-spitzenverband.de

Seite 3/3 der Pressemitteilung vom 23.09.2022

Pressehotline BDK

Bund Deutscher Kriminalbeamter e.V.
Bundesgeschäftsstelle +49 30 246304510
presse@bdk.de

Pressekontakt GKV-Spitzenverband

Florian Lanz, Claudia Widmaier, Janka Hegemeister, Jens Ofiera, Helge Dickau
Tel.: 030 206288-4201
presse@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de
twitter: @gkv_sv
E-Magazin: www.gkv-90Prozent.de

Der GKV-Spitzenverband mit Sitz in Berlin ist der Verband aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Als solcher gestaltet er den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland; er vertritt die Kranken- und Pflegekassen und damit auch die Interessen der 73 Millionen Versicherten und Beitragszahlenden auf Bundesebene gegenüber der Politik und gegenüber Leistungserbringenden wie der Ärzte- und Apothekerschaft oder Krankenhäusern. Der GKV-Spitzenverband übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben in der Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.



Die Rolle der Krankenkassen im Strafverfahren

8. Medizinstrafrechtsabend / 7. Herbsttagung von medstra, WisteV und des IMR der Bucerius Law School

Es ist altbekannt, dass medizinwirtschaftsstrafrechtliche Verfahren nicht allein strafprozessual geführt werden dürfen – eine Reihe nicht strafrechtlicher Verfahren und Rechtsfolgen stehen oft zugleich mit kaum weniger ernstesten Konsequenzen im Raum. Zugleich ist mit den insbesondere Gesetzlichen Krankenkassen ein Akteur vielfach eingebunden, der den Verlauf von Ermittlung und Hauptverhandlung prägen kann. Der diesjährige medstra-Abend, der auch in Kooperation mit der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) und dem GKV-Spitzenverband stattfindet, will sich in mehreren Themenkreisen der Verfahrensteilnahme und der Bedeutung der Krankenkassen widmen. Die Tagung wird auch in diesem Jahr vom WisteV-Arbeitskreis Medizinstrafrecht, von der medstra und dem Institut für Medizinrecht (IMR) sowie dem Wirtschaftsstrafrechtlichen Gesprächskreis der Bucerius Law School veranstaltet. Sie ist zugleich die Herbsttagung des IMR.

Programm, 22. November 2022

- 17.00 Uhr **Begrüßung und Einleitung: Zusätzliche Sanktionen und Beteiligte im Medizinwirtschaftsstrafrecht**
Professor Dr. **Karsten Gaede**, Bucerius Law School, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinrecht, Lehrstuhl Strafrecht II, Redaktion medstra
- 17.10 Uhr **Rechtsstellung und Pflichten der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen**
Rechtsanwalt Dr. **Jürgen Mosler**, Leiter des Fachbereichs Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der AOK Nordwest, Dortmund
- 17.35 Uhr **Diskussion**
Moderation: Dr. **Stephan Meseke**, LL.M., Leiter des Stabsbereichs Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband, Berlin
- 17.50 Uhr **Vermögensabschöpfung im Gesundheitswesen**
Generalstaatsanwältin a.D. Professor Dr. **Kirsten Graalman-Scheerer**, Bremen
- 18.15 Uhr **Diskussion**
Moderation: Oberstaatsanwalt **Torsten Haase**, ZKG Nürnberg-Erlangen



- 18.30 Uhr **Kaffee/Erfrischungspause**
- 19.00 Uhr **Akteneinsicht und Auskünfte – die Rechtsstellung der Krankenkassen**
Rechtsanwältin Dr. **Karolina Kessler**, Tsambikakis Rechtsanwälte, Köln
- 19.20 Uhr **Verteidigung mit und gegen Krankenkassen**
RA Prof. Dr. **Michael Tsambikakis**, Fachanwalt für Strafrecht und Medizinrecht, Sprecher des Arbeitskreises Medizinstrafrecht der WisteV, Tsambikakis Rechtsanwälte, Köln, Redaktion medstra
- 19.40 Uhr **(Abschluss-)Diskussion**
Moderation und Abschluss: Prof. Dr. iur. **Michael Lindemann**, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie, Universität Bielefeld, Redaktion medstra

Termin und Ort

Dienstag, 22. November 2022, 17.00 – 20.15 Uhr
Bucerius Law School, Jungiusstraße 6, 20355 Hamburg
Ort: **Die Tagung findet in Präsenz und Online (Zoom) statt.**

Gebühr & Anmeldung

Die Teilnahme an der medizinrechtlichen Tagung ist kostenfrei. Um eine Anmeldung wird spätestens bis zum 16. November 2022 unter <https://www.law-school.de/herbsttagung-imr> gebeten.

Bescheinigung

Für Rechtsanwält*innen wird eine Teilnahmebescheinigung nach § 15 FAO ausgestellt.

Inhaltliche Leitung

Bucerius Law School gGmbH
Institut für Medizinrecht
Prof. Dr. iur. Karsten Gaede
Prof. Dr. iur. Jens Prütting, LL.M. oec.
Jungiusstraße 6, 20355 Hamburg
Tel.: (040) 3 07 06 – 151 / – 241
E-Mail: medizinrecht@law-school.de

Organisation

Bucerius Conferences & Events
Bucerius Education GmbH
Miriam Jobst
Jungiusstraße 6, 20355 Hamburg
Tel.: (040) 3 07 06 – 217
E-Mail: events@law-school.de

PRESSEMITTEILUNG



Fehlverhalten im Gesundheitswesen – Schäden im dreistelligen Millionenbereich trotz pandemiebedingt gesunkener Hinweis- und Fallzahlen

Berlin, 24.03.2023: Bereits zum 7. Mal legte der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes seinen Bericht über die ‚Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen‘ vor. Für die Jahre 2020/2021 stellt der Bericht die Arbeitsschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes und der Krankenkassen in diesem Bereich dar, er führt die Ergebnisse der Tätigkeitsberichte der 96 Mitgliedskassen zu einer GKV-Gesamtsicht zusammen und leitet aktuelle Positionen und Forderungen an die Politik ab.

Hoher Schaden trotz erschwelter Kontrollen aufgrund der Corona-Pandemie

17 Prozent weniger Neufälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zeigt der 7. Fehlverhaltensbericht auf. Damit ist erst mal ein Rückgang verfolgter Neufälle zu verzeichnen (2020/2021: 23.341 Neufälle | 2018/2019: 28.197 Neufälle). Ebenso verringerten sich auch die bei den Kassen angezeigten Fehlverhaltens-Hinweise um 6,5 Prozent (2020/2021: 39.600 Hinweise | 2018/2019: 42.350 Hinweise). Nach Einschätzung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ist dies auf die Corona-Pandemie zurückzuführen, da u. a. die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes ausgesetzt wurden. Die Pandemie hat zudem die Hinweisprüfung und die Ermittlung von Neufällen verzögert sowie die Verfahrensdauer der verfolgten Bestandsfälle verlängert.

Dazu erklärt Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes: „Obwohl während der Corona-Pandemie nicht in der bisherigen Intensität geprüft werden konnte, beträgt der ermittelbare entstandene Schaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung rund 132 Millionen Euro. Davon konnte nur weniger als die Hälfte erfolgreich zurückgeholt werden. Die hohen Millionenbeträge fehlen der Solidargemeinschaft bei der Versorgung der Versicherten. Diese Summe ist aber vermutlich nur ein Bruchteil des tatsächlichen Schadensumfangs, denn das Dunkelfeld ist bekanntermaßen sehr viel höher. Wir appellieren an die Bundesregierung,

Seite 2/3 der Pressemitteilung vom Datum

eine kriminologische Dunkelfeldstudie zu veranlassen, wie es die Justizministerkonferenz bereits im letzten Jahr einstimmig beschlossen hat.“

Dunkelfeldstudie zu Fehlverhalten im deutschen Gesundheitswesen fehlt

Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen ist ein „Kontrolldelikt“. Nach Einschätzung des Bundeskriminalamtes (BKA) muss bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen von einem erheblichen Dunkelfeld ausgegangen werden. Während es in den europäischen Nachbarländern bereits umfangreiche kriminologische Dunkelfeldforschung zum Gesundheitswesen gibt, sucht man eine belastbare Dunkelfeldstudie in Deutschland nach wie vor vergeblich. Die Bundesregierung muss eine unabhängig geförderte kriminologische Studie zum Dunkelfeld von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen in Auftrag geben.

Leistungsbereich Häusliche Krankenpflege entwickelt sich zum Brennpunkt

Die differenzierte Analyse der vorliegenden Kennzahlen im Bericht zeigt, dass grundsätzlich alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung durch Unregelmäßigkeiten wie die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen, die Abrechnung nicht mit vertragsgemäßer Qualifikation erbrachter Leistungen, unzulässige Zusammenarbeit oder Urkundenfälschung betroffen sind. Die mit Abstand höchsten Forderungen von über 14,96 Millionen Euro konnten im Leistungsbereich der Häuslichen Krankenpflege gesichert werden. Erstmals sind in diesem Leistungsbereich aber auch die mit Abstand höchsten Schäden in Höhe von 29,60 Millionen Euro entstanden. Die Häusliche Krankenpflege entwickelte sich damit zu einem Brennpunkt der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen.

Eine Grafik mit den Schadenshöhen der betroffenen Leistungsbereiche finden Sie im aktuellen Bericht auf Seite 46 und unter diesem Link: [Fehlverhalten im Gesundheitswesen – Schäden im dreistelligen Millionenbereich trotz pandemiebedingt gesunkener Hinweis- und Fallzahlen – GKV-Spitzenverband](#)

Hintergrund: Die bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und beim GKV-Spitzenverband eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gehen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI Hinweisen nach, die auf „Unregelmäßigkeiten“ oder eine „rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln“ im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hindeuten, insbesondere Abrechnungsbetrug und Korruption. Wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung bestehen könnte, sollen die Kranken- und Pflegekassen unverzüglich die Staatsanwaltschaft unterrichten. Den Bericht sowie weitere Informationen zum Thema „Fehlverhalten“ finden Sie auf unserer Internetseite unter [Fehlverhalten im Gesundheitswesen – GKV-Spitzenverband](#)

Seite 3/3 der Pressemitteilung vom Datum

Pressekontakt:

Florian Lanz, Claudia Widmaier, Janka Hegemeister, Jens Ofiera, Helge Dickau

Tel.: 030 206288-4201

presse@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de

twitter: @gkv_sv

E-Magazin: www.gkv-90Prozent.de

Der GKV-Spitzenverband mit Sitz in Berlin ist der Verband aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Als solcher gestaltet er den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland; er vertritt die Kranken- und Pflegekassen und damit auch die Interessen der 73 Millionen Versicherten und Beitragszahlenden auf Bundesebene gegenüber der Politik und gegenüber Leistungserbringenden wie der Ärzte- und Apothekerschaft oder Krankenhäusern. Der GKV-Spitzenverband übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben in der Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)105(11)
gel. VB zur öffent. Anh. am
10.05.2023 - PUEG
09.05.2023

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.05.2023

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und
Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)
vom 05.04.2023**

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 05.05.2023
zum Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes
Seite 64 von 88

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 108 – Auskünfte an Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auf Wunsch soll Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt werden. Ebenso sollen sie auf Anforderung von den Pflegekassen Auskünfte darüber erhalten, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen Leistungserbringende mit der Pflegekasse abgerechnet haben. Auf Wunsch sollen Versicherte zudem eine Durchschrift der von den Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen erhalten; falls dies nicht möglich ist, sollen die Pflegekassen die elektronisch eingereichten Abrechnungsunterlagen verständlich und nachvollziehbar aufbereiten und erläutern.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung und Vereinfachung der Geltendmachung der Auskunftsansprüche der Versicherten tragen zu einer höheren Transparenz des Leistungsgeschehens für den einzelnen Versicherten bei. Sie erhalten einen regelmäßigen Überblick über die bereits in Anspruch genommenen und noch nicht verwendeten Leistungen. Hierdurch kann die Planung eines Hilfe-Mixes erleichtert werden.

Positiv zu bewerten ist, dass die Form der Informationsübermittlung technologieoffen formuliert ist. Damit können die bei den Pflegekassen bereits implementierten Informationswege, beispielsweise in Form von Apps, genutzt werden, ohne dass es eines Aufbaus von Doppelstrukturen bedarf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.05.2023
zum Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes
Seite 78 von 88

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Bestehende Regelung

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. 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 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.

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 nur die Angabe des Beginns der Leistungserbringung vereinbart. Im Rahmen eines Schiedsverfahrens wurde entschieden, dass der Forderung der Pflegekassen, auch bei der Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben, nicht entsprochen werden

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.05.2023
zum Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes
Seite 79 von 88

kann, da hierfür die gesetzliche Grundlage fehlt. Insofern ist ein gesetzlicher
Klarstellungsbedarf erforderlich.

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,“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.05.2023
zum Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes
Seite 85 von 88

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 SGB V – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

§ –302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Sachverhalt

Mit dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz, PDSC, 2020) wurde der § 293 SGB V um Absatz 8 ergänzt. Demgemäß wurde das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bis zum 31.12.2021 beauftragt, ein bundesweites Verzeichnis der ambulanten Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V oder § 72 SGB XI sowie den dort beschäftigten Personen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 SGB XI erbringen, zu errichten. Als weitere Personengruppe sind hiervon Pflegekräfte erfasst, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 SGB XI abgeschlossen haben. Das BfArM legt hierbei für jede in das Verzeichnis aufzunehmende Person eine Beschäftigtennummer fest, die bei der Abrechnung der von ihr erbrachten Leistungen anzugeben ist.

Beim Aufbau des Beschäftigtenverzeichnisses hat sich gezeigt, dass für weitere Leistungserbringende und deren Beschäftigte die Aufnahme in das Beschäftigtenverzeichnis sachgerecht und konsequent wäre. So sind ergänzend vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 132I Absatz 5 SGB V zur außerklinischen Intensivpflege, vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, die Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g Absatz 4 SGB V erbringen sowie Leistungserbringende, die Leistungen nach § 37b SGB V erbringen, als weitere Leistungserbringende aufzunehmen; zudem ist die verpflichtende Angabe der Beschäftigtennummer in den Abrechnungen auch dieser Leistungserbringenden gesetzlich zu regeln.

Zum anderen werden die mit Beschäftigtenverzeichnis verbundenen Potenziale mit Augenmerk auf Digitalisierung und Entbürokratisierung, wie es ein zentrales Anliegen der Konzertierte Aktion Pflege war, nicht ausgeschöpft; nicht zuletzt bleibt das Beschäftigtenverzeichnis hinter dem Arztverzeichnis nach § 293 Abs. 4 SGB V in seiner Funktion und in der Ausgestaltung zurück. Das Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB V wäre eine geeignete Grundlage, geltende Personalanforderungen für die stationären Pflegeeinrichtungen zu prüfen (z.B. im Sinne des § 113c SGB XI) und um den Personalabgleich nach § 115 Abs. 3 SGB XI durchzuführen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.05.2023
zum Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes
Seite 86 von 88

Die Leistungserbringenden sind verpflichtet, dem BfArM u. a. Angaben zur Qualifikation ihrer Beschäftigten zu übermitteln. Nach der derzeitigen Rechtslage werden weder von den Einrichtungen die Berufsurkunden und Qualifikationsnachweise dem BfArM vorgelegt, noch hat das BfArM den gesetzlichen Auftrag, diese zu verifizieren. Die Verlässlichkeit der Angaben ist somit nicht gegeben und muss von den Kranken- und Pflegekassen im Rahmen der Genehmigung und Abrechnung überprüft werden. Sachgerecht wäre es, wenn das BfArM die Aufgabe zugewiesen bekäme, eine Überprüfung der Berufsnachweise und zusätzlich erlangter Weiter- und Fortbildungen vorzunehmen. Dies wäre effizient, da beim BfArM zentral und personenbezogen die Qualifikationen der Beschäftigten verzeichnet sind und bei einem Arbeitgeberwechsel an die schon erbrachten Nachweise angeknüpft werden kann. Durch eine solche zentrale einmalige Verifizierung von Qualifikationen würde sowohl auf Seiten der Einrichtungen als auch auf Seiten der Kranken- und Pflegekassen und ihrer Landesverbände erheblicher Verwaltungsaufwand vermieden werden können.

Nach derzeitiger Rechtslage hat das BfArM den Kranken- und Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Angaben aus dem Verzeichnis zur Verfügung zu stellen. Für eine effiziente Datenbereitstellung wäre es zielführend, das Beschäftigtenverzeichnis den Kranken- und Pflegekassen sowie ihren Landesverbänden über den GKV-Spitzenverband elektronisch zur Verfügung zu stellen. Dies entspricht auch den gesetzlich vorgesehenen und bereits praktizierten Verfahren bei anderen Verzeichnissen nach § 293 SGB V wie dem Arzt- und Zahnarztverzeichnis (§ 293 Absatz 4 SGB V) oder dem Apothekerverzeichnis (§ 293 Absatz 5 SGB V).

Die Anfangs- und Endzeiten in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz sind insbesondere vor dem Hintergrund der Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch von hoher Relevanz.

Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes 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 Beendigung 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 nachgegangen und entsprechend verfolgt werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.05.2023
zum Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes
Seite 86 von 88

Die Leistungserbringenden sind verpflichtet, dem BfArM u. a. Angaben zur Qualifikation ihrer Beschäftigten zu übermitteln. Nach der derzeitigen Rechtslage werden weder von den Einrichtungen die Berufsurkunden und Qualifikationsnachweise dem BfArM vorgelegt, noch hat das BfArM den gesetzlichen Auftrag, diese zu verifizieren. Die Verlässlichkeit der Angaben ist somit nicht gegeben und muss von den Kranken- und Pflegekassen im Rahmen der Genehmigung und Abrechnung überprüft werden. Sachgerecht wäre es, wenn das BfArM die Aufgabe zugewiesen bekäme, eine Überprüfung der Berufsnachweise und zusätzlich erlangter Weiter- und Fortbildungen vorzunehmen. Dies wäre effizient, da beim BfArM zentral und personenbezogen die Qualifikationen der Beschäftigten verzeichnet sind und bei einem Arbeitgeberwechsel an die schon erbrachten Nachweise angeknüpft werden kann. Durch eine solche zentrale einmalige Verifizierung von Qualifikationen würde sowohl auf Seiten der Einrichtungen als auch auf Seiten der Kranken- und Pflegekassen und ihrer Landesverbände erheblicher Verwaltungsaufwand vermieden werden können.

Nach derzeitiger Rechtslage hat das BfArM den Kranken- und Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Angaben aus dem Verzeichnis zur Verfügung zu stellen. Für eine effiziente Datenbereitstellung wäre es zielführend, das Beschäftigtenverzeichnis den Kranken- und Pflegekassen sowie ihren Landesverbänden über den GKV-Spitzenverband elektronisch zur Verfügung zu stellen. Dies entspricht auch den gesetzlich vorgesehenen und bereits praktizierten Verfahren bei anderen Verzeichnissen nach § 293 SGB V wie dem Arzt- und Zahnarztverzeichnis (§ 293 Absatz 4 SGB V) oder dem Apothekerverzeichnis (§ 293 Absatz 5 SGB V).

Die Anfangs- und Endzeiten in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz sind insbesondere vor dem Hintergrund der Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch von hoher Relevanz.

Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes 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 Beendigung 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 nachgegangen und entsprechend verfolgt werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.05.2023
zum Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes
Seite 88 von 88

Absatz 5 oder nach § 132g Absatz 4 abgeschlossen haben oder Leistungserbringer, die Leistungen nach § 37b erbringen, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt, und die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ab dem 1. August 2022 die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 5 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen.“

Nach § 293 Absatz 8 Satz 7 SGB V wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Überprüfung der Angaben nach Satz 7 und deren Aufnahme in das Verzeichnis nach Satz 1 sind die Angaben nach Satz 7 mit entsprechenden Nachweisen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu belegen.“

Die bisherigen Sätze 8 und 9 werden die Sätze 9 und 10. Satz 10 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt dem Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen das Verzeichnis im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln.“

Nach Satz 10 (neu) wird folgender Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen stellt seinen Mitgliedsverbänden sowie den Kranken- und Pflegekassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch sowie nach dem Elften Buch, zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nicht verarbeiten.“

Die bisherigen Sätze 10 und 11 werden die Sätze 12 und 13 (neu).

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)163(6)
gel. VB zur öffent. Anh. am
15.11.2023 - DigitalG
09.11.2023



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 08.11.2023

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der
Digitalisierung des Gesundheitswesens
(Digital–Gesetz – DigiG)
BR–Drucksache: 435/23

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 08.11.2023
zum Entwurf eines Digital-Gesetzes – DigiG
Seite 68 von 234

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 305 – Auskünfte an Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet die Krankenkassen, Daten über in Anspruch genommene Leistungen in der ePA zu speichern, sofern der oder die Versicherte gegenüber der Krankenkasse nicht widersprochen hat.

B) Stellungnahme

Die zu Abrechnungszwecken erhobenen Daten haben, wie in der fachlichen Discovery der gematik zur Opt-Out-ePA verdeutlicht, eine Abrechnungsperspektive und stiften keinen versorgungsrelevanten Nutzen. Die Daten dienen daher im Wesentlichen der Information der Versicherten. Dies setzt aber voraus, dass Versicherte die ePA aktiv, d. h. mittels App, selbst nutzen. Die automatische Befüllung der ePA mit diesen Daten für alle Versicherten ist daher weder sachgerecht noch wirtschaftlich, führt sie doch dazu, dass in die ePA eine Fülle von Daten gelangt, die weder von Versicherten, noch von Leistungserbringenden genutzt wird. Die Flutung der ePA mit für die Versorgung nicht relevanten Daten kann der Akzeptanz auf Leistungserbringenseite und damit dem Versorgungsnutzen entgegenstehen.

Auch im Zusammenhang mit der Sekundärnutzung der Daten ist fraglich, ob zu Abrechnungszwecken erhobene Daten für die medizinische Forschung Mehrwerte stiften.

Aus Sicht der Versicherten besteht bei einer automatischen Bereitstellung aller Daten zu in Anspruch genommenen Leistungen durch die Krankenkassen ein Risiko, dass stigmatisierende Informationen in die ePA gelangen. Bei einer Bereitstellung durch Leistungserbringern hat die betroffene Person auf Basis der Regelungen der §§ 347 bis 349 das Recht der Einstellung in die ePA zu widersprechen. Nutzen Versicherte kein FdV besteht bei der unter Nummer 24 geplanten Änderung für diese Personen keine Möglichkeit, die Bereitstellung entsprechender Bereitstellungen zu erkennen und mit ihr im Rahmen ihrer datenschutzrechtlichen Selbstbestimmung umzugehen. Dadurch entsteht ein datenschutzrechtliches Risiko für die Widerspruchslösung ePA.

Aus den genannten Gründen sollten Daten zu in Anspruch genommenen Leistungen nur dann von den Krankenkassen in die ePA eingestellt werden, wenn Versicherte die ePA mittels FdV nutzen und der Bereitstellung der Daten nicht widersprochen haben. Ob ein Versicherte ihre ePA mittels FdV nutzen ist aufgrund der dafür erforderlichen Prozesse für die Krankenkassen

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.11.2023
zum Entwurf eines Digital-Gesetzes – DigiG
Seite 69 von 234

technisch differenzierbar. Die Neuregelung ist daher wie im Änderungsvorschlag dargestellt anzupassen. Entsprechende Anpassungen sind daher auch den der geplanten Novellierung des § 350 SGB V erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 24 wird gestrichen wird wie folgt gefasst:

„Zur Erfüllung ihrer Pflichten nach § 350 Absatz 1 haben die Krankenkassen Daten über die von diesem Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen an Anbieter elektronischer Patientenakten zu übermitteln, soweit der Versicherte gegenüber der Krankenkasse nicht widersprochen hat **und die Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts zum Zugriff auf die ePA eigenständig nutzt.**“

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)165(19)
gel. VB zur öffent. Anh. am
15.11.2023 - GDNG
14.11.2023



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 13.11.2023

**zum Entwurf eines Gesetzes zur verbesserten Nutzung
von Gesundheitsdaten
(Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG)
zur Bundesratsdrucksache (434/23)**

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 13.11.2023
zum Entwurf eines Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG)
Seite 55 von 66

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 217f Abs. 7 – Erweiterte Datennutzungsbefugnis zur Verbesserung der Versorgung in der GKV durch die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes

A) Änderungsbedarf

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz das Ziel, durch qualitativ hochwertige, strukturierte und verknüpfbare Daten gerade auch eine sichere, bessere und qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten. Hierzu sollen insbesondere auch den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen die stärkere Nutzung ihrer eigenen Daten zur Verbesserung der Versorgung ermöglicht werden. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Intention und befürwortet sie mit Nachdruck. Zugleich findet sich im Entwurf des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes keine Verbesserung des Datenzugangs des GKV-Spitzenverbandes zu den Abrechnungsdaten der GKV. Dies wird dem öffentlichen Interesse an der Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes nicht gerecht.

Dem GKV-Spitzenverband ist per Gesetz eine Vielzahl an Aufgaben übertragen, darunter auch die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen, die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen und Prozessoptimierungen für den elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten und weiterzuentwickeln. Andere gesetzliche Aufgaben von zentraler Bedeutung für die Versorgung sind Aufgaben wie die Erstattungsbetragsverhandlungen für Arzneimittel nach § 130b SGB V, Auswertungen für den Schätzerkreis nach § 220 SGB V wie auch die Rahmenverträge mit den maßgeblichen Verbänden der Vertragsärzte und Apotheken.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen benötigt zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben umfassend und laufend die Abrechnungsdaten der Kassen. Aktuell liegen ihm diese fragmentarisch, nur für vereinzelte Leistungsbereiche, nicht verknüpfbar und in der Regel stark reduziert sowie oftmals mit zu großem zeitlichen Verzug vor. Für zahlreiche Leistungsbereiche und Aufgaben stehen keinerlei Daten zur Unterstützung der Versorgungsplanung oder von gesetzlichen Verhandlungsaufträgen zur Verfügung. Beispielsweise kann der GKV-Spitzenverband die gesetzliche Pflicht zum Abschluss von Preis-Mengen-Vereinbarungen de facto derzeit für Arzneimittel, die ausschließlich oder überwiegend im stationären Sektor eingesetzt werden, nicht umsetzen, da keine Datennutzungsbefugnis für stationäre Abrechnungsdaten für Erstattungsbetragsverhandlungen besteht. Um für Arzneimittel mit sowohl ambulant wie

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.11.2023
zum Entwurf eines Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG)
Seite 55 von 66

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 217f Abs. 7 – Erweiterte Datennutzungsbefugnis zur Verbesserung der Versorgung in der GKV durch die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes

A) Änderungsbedarf

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz das Ziel, durch qualitativ hochwertige, strukturierte und verknüpfbare Daten gerade auch eine sichere, bessere und qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten. Hierzu sollen insbesondere auch den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen die stärkere Nutzung ihrer eigenen Daten zur Verbesserung der Versorgung ermöglicht werden. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Intention und befürwortet sie mit Nachdruck. Zugleich findet sich im Entwurf des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes keine Verbesserung des Datenzugangs des GKV-Spitzenverbandes zu den Abrechnungsdaten der GKV. Dies wird dem öffentlichen Interesse an der Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes nicht gerecht.

Dem GKV-Spitzenverband ist per Gesetz eine Vielzahl an Aufgaben übertragen, darunter auch die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen, die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen und Prozessoptimierungen für den elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten und weiterzuentwickeln. Andere gesetzliche Aufgaben von zentraler Bedeutung für die Versorgung sind Aufgaben wie die Erstattungsbetragsverhandlungen für Arzneimittel nach § 130b SGB V, Auswertungen für den Schätzerkreis nach § 220 SGB V wie auch die Rahmenverträge mit den maßgeblichen Verbänden der Vertragsärzte und Apotheken.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen benötigt zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben umfassend und laufend die Abrechnungsdaten der Kassen. Aktuell liegen ihm diese fragmentarisch, nur für vereinzelte Leistungsbereiche, nicht verknüpfbar und in der Regel stark reduziert sowie oftmals mit zu großem zeitlichen Verzug vor. Für zahlreiche Leistungsbereiche und Aufgaben stehen keinerlei Daten zur Unterstützung der Versorgungsplanung oder von gesetzlichen Verhandlungsaufträgen zur Verfügung. Beispielsweise kann der GKV-Spitzenverband die gesetzliche Pflicht zum Abschluss von Preis-Mengen-Vereinbarungen de facto derzeit für Arzneimittel, die ausschließlich oder überwiegend im stationären Sektor eingesetzt werden, nicht umsetzen, da keine Datennutzungsbefugnis für stationäre Abrechnungsdaten für Erstattungsbetragsverhandlungen besteht. Um für Arzneimittel mit sowohl ambulant wie



20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Rückblick - Status quo - Ausblick

Diskussionsveranstaltung am 29. November 2023

Einladung

Mittwoch, 29. November 2023

18:00 bis 19:45 Uhr

Einlass ab 17:30 Uhr

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur nächsten Veranstaltung von **GKV Live** lade ich Sie herzlich ein.

Seit 20 Jahren haben die gesetzlichen Krankenkassen die Aufgabe, gegen Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorzugehen. Die Bundesregierung hatte damals den dringenden Handlungsbedarf erkannt: Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen zum 1. Januar 2004 verpflichtet, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten. Auch der GKV-Spitzenverband hat eine solche Stelle und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig über Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen im Gesundheitswesen.

Der 20. Jahrestag der Einrichtung dieser institutionalisierten Kontrolleinrichtungen ist uns ein Anlass innezuhalten und zurückzublicken. Zugleich wollen wir uns den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen stellen. Als besonders alarmierend erweist sich dabei der organisierte Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege, der nicht nur hohe finanzielle Schäden in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung verursacht, sondern auch mit schweren Körperverletzungen und Gesundheitsschädigungen der pflegebedürftigen Versicherten einhergehen kann.

Wir möchten mit Ihnen über die Möglichkeiten einer wirksamen Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen diskutieren und freuen uns auf Ihre Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen



Gernot Kiefer

Programm

- 18:00 Uhr **Begrüßung**
Gernot Kiefer
 Stellv. Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes
- 18:05 Uhr **Impuls-Statement:**
**20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen –
 Wo sind wir gestartet und was haben wir bereits erreicht?**
Dr. Susanne Wagenmann
 Vorsitzende des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes
- 18:25 Uhr **„Milliardenschäden im Gesundheitssystem – Wie Gauner Kasse machen“**
 Filmausschnitt BR report München vom 06.06.2023
- 18:30 Uhr **Moderierte Podiumsdiskussion**
**Wie können wir Fehlverhalten im Gesundheitswesen noch wirksamer
 bekämpfen?**
- Sabine Dittmar, MdB**
 Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit
- Franziska Weidinger**
 Ministerin für Justiz und Verbraucherschutz des Landes Sachsen-Anhalt
- Prof. Dr. Kai-D. Bussmann**
 Professor für Kriminologie und Strafrecht, Juristische und Wirtschaftswissen-
 schaftliche Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Oberstaatsanwalt Torsten Haase**
 Stellv. Leiter der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und
 Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft
 Nürnberg
- Gernot Kiefer**
- Moderation: Fabian Mader, BR report München
- 19:45 Uhr **Ende der Veranstaltung und Get-together**

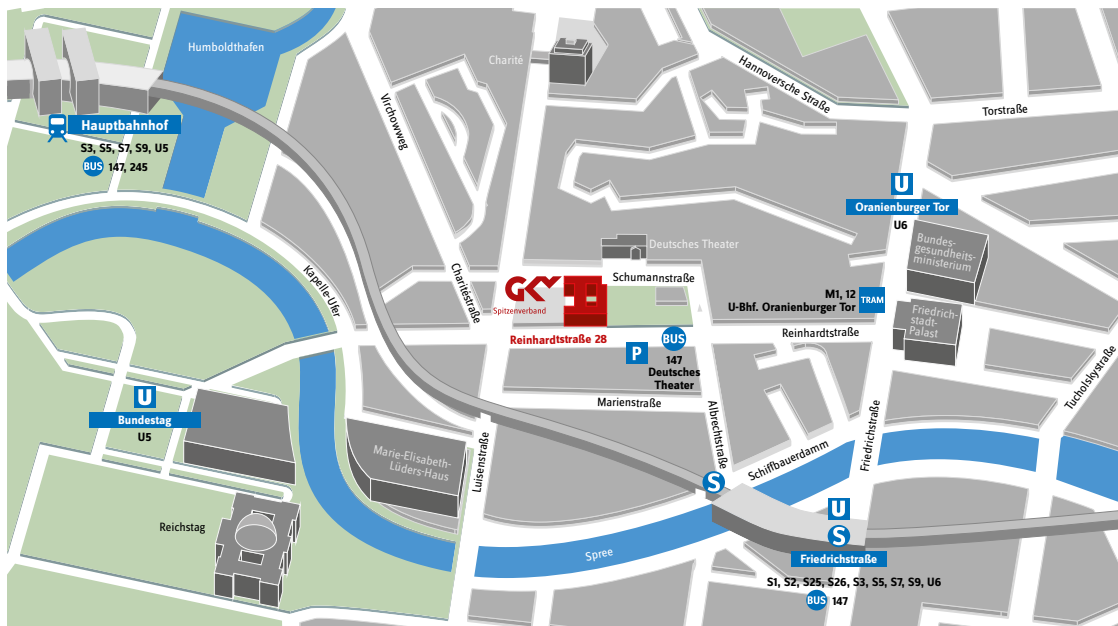
Anmeldung, Veranstaltungsort und Anreise

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos. Wir bitten um verbindliche Anmeldung bis zum **24. November 2023** auf unserem Veranstaltungsportal: www.gkv-live.de

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

GKV Live – 20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

- 🕒 **Mittwoch, 29. November 2023, 18:00 bis 19:45 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 BER**
 - Regionalbahn RE 7 (▷ Dessau) oder RB 14 (▷ Nauen) ▶ Bhf. Friedrichstraße (Fahrzeit ca. 35 Minuten, anschließend 5 Minuten Fußweg)
 - DB FEX (▷ Berlin Hauptbahnhof) ▶ Berlin Hauptbahnhof (Fahrzeit ca. 35 Minuten, Weiterfahrt mit Bus 147 oder 15 Minuten Fußweg)
 - S9 (▷ Spandau) ▶ Bhf. Friedrichstraße (Fahrzeit ca. 50 Minuten, anschließend 5 Minuten Fußweg)

PRESSEMITTEILUNG



20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Es gibt noch immer viel zu tun

Berlin, 30.11.2023: 1,13 Milliarden Euro Gesamtschaden durch Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen – diese Summe ergibt sich aus der amtlichen polizeilichen Kriminalstatistik der letzten 20 Jahre. Um gegen solches Fehlverhalten vorzugehen, wurden 2004 die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen geschaffen. Doch es gibt noch immer viel zu tun, denn der Schaden durch nicht bekannt gewordene Fälle ist auch nach Ansicht des Bundeskriminalamtes vermutlich um ein Vielfaches größer. In Deutschland gibt es jedoch keine belastbaren kriminologischen Studien zum Dunkelfeld von kriminellem Fehlerhalten im Gesundheitswesen, während in den europäischen Nachbarländern schon lange dazu geforscht wird. Obwohl sich auch die Justizministerkonferenz 2022 einstimmig dafür ausgesprochen hat, bleibt die Bundesregierung untätig. Zu diesen und weiteren Aspekten von 20 Jahren Fehlverhaltensbekämpfung hat gestern Abend eine Diskussionsveranstaltung des GKV-Spitzenverbandes stattgefunden, die heute in Form einer Fachtagung fortgeführt wird.

Spezialisierte Strafverfolgungsbehörden nötig

Ein weiteres Problem: Es gibt zu wenige Spezialeinheiten der Polizei und spezialisierte Staatsanwaltschaften, um weitreichend gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen vorgehen zu können. Genau das ist aber für den Erfolg entscheidend, denn die Materie ist so komplex, dass Expertinnen und Experten auf dem Gebiet nötig sind. Hier muss auch von den Ländern weiter nachgebessert werden, damit alle 16 Bundesländer auf dem notwendigen Niveau ausgestattet sind. Wichtig ist darüber hinaus ein besserer Schutz von Hinweisgebenden. Auch nach Inkrafttreten des neuen Hinweisgeberschutzgesetzes bleiben diese weiterhin ungeschützt, wenn sie auf erhebliche Missstände hinweisen, deren Aufdeckung im besonderen öffentlichen Interesse liegt.

Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender beim GKV-Spitzenverband: „Jedes Jahr gehen durch Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen hohe Millionenbeträge verloren – Geld, das in dunklen Kanälen versickert, statt sinnvoll in der medizinischen Versorgung eingesetzt werden zu können. Es ist daher in unser aller Interesse, noch effektiver gegen Betrug und Korruption vorzugehen. Dafür brauchen wir endlich eine Dunkelfeldstudie als Grundlage für

Seite 2/3 der Pressemitteilung vom 30.11.2023

ein evidenzbasiertes, wirksames Konzept zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.“

Dr. Susanne Wagenmann, Verwaltungsratsvorsitzende beim GKV-Spitzenverband: „Seit 20 Jahren bringt sich die Selbstverwaltung aktiv in die Gesetzgebung ein, um die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen und ihre wichtige Arbeit zu stärken. Dadurch ist eine effektive kassenübergreifende Struktur zum Kampf gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen entstanden. Für bessere Rahmenbedingungen muss die Politik den rechtlichen Rahmen nun weiter ausgestalten. Das heißt zum Beispiel, im Zeitalter der Digitalisierung auch den Einsatz von künstlicher Intelligenz und maschinellen Lernens zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu ermöglichen.“

Fehlverhaltensbericht: 132 Millionen Euro Schaden in 2020/2021

Der aktuelle, siebte Fehlverhaltensbericht des GKV-Spitzenverbandes beleuchtet die Jahre 2020 und 2021. Allein der ermittelbare Schaden beträgt in diesem Zeitraum rund 132 Millionen Euro, wovon weniger als die Hälfte zurückgeholt werden konnte – es bleibt also ein erheblicher Schaden für die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu einem Brennpunkt hat sich der Bereich der häuslichen Krankenpflege entwickelt. Die mit Abstand höchsten Forderungen von über 14,96 Millionen Euro konnten hier gesichert werden. Erstmals sind in diesem Leistungsbereich aber auch die mit Abstand höchsten Schäden in Höhe von 29,60 Millionen Euro entstanden.

Der Bericht verzeichnet erstmals einen Rückgang verfolgter Neufälle um 17 Prozent (2020/2021: 23.341 Neufälle | 2018/2019: 28.197 Neufälle). Ebenso verringerten sich die bei den Kassen eingegangenen Hinweise auf Fehlverhalten um 6,5 Prozent (2020/2021: 39.600 Hinweise | 2018/2019: 42.350 Hinweise). Dies ist auch auf die Corona-Pandemie zurückzuführen, da in dieser Zeit unter anderem die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes ausgesetzt wurden. Die Pandemie hat zudem die Hinweisprüfung und die Ermittlung von Neufällen verzögert sowie die Verfahrensdauer der verfolgten Bestandsfälle verlängert.

Hintergrund: Die bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und beim GKV-Spitzenverband seit dem Jahr 2004 eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gehen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI Hinweisen nach, die auf „Unregelmäßigkeiten“ oder eine „rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln“ im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hindeuten, insbesondere Abrechnungsbetrug und Korruption. Wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung bestehen könnte, sollen die Kranken- und Pflegekassen unverzüglich die Staatsanwaltschaft unterrichten. Den aktuellen Fehlverhaltensbericht sowie weitere Informationen zum Thema Fehlverhalten finden Sie auf unserer Internetseite unter [Fehlverhalten im Gesundheitswesen – GKV-Spitzenverband](#).

Seite 3/3 der Pressemitteilung vom 30.11.2023

Pressekontakt:

Florian Lanz, Claudia Widmaier, Janka Hegemeister, Jens Ofiera, Helge Dickau

Tel.: 030 206288-4201

presse@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de

twitter: @gkv_sv

E-Magazin: www.gkv-90Prozent.de

Der GKV-Spitzenverband mit Sitz in Berlin ist der Verband aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Als solcher gestaltet er den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland; er vertritt die Kranken- und Pflegekassen und damit auch die Interessen der 73 Millionen Versicherten und Beitragszahlenden auf Bundesebene gegenüber der Politik und gegenüber Leistungserbringenden wie der Ärzte- und Apothekerschaft oder Krankenhäusern. Der GKV-Spitzenverband übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben in der Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.



Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Erfahrungsaustausch gem. § 197a Abs. 3 SGB V

am 30. November und 1. Dezember 2023

Programm

Donnerstag, 30. November 2023

Rückblick und aktuelle Herausforderungen

- | | |
|-----------|--|
| 10:30 Uhr | Registrierung, Kaffee, Tee |
| 11:00 Uhr | Begrüßung und Einführung
Gernot Kiefer, stellv. Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes |
| 11:15 Uhr | Der „Göttinger Transplantationsskandal“ und die streng-formale Betrachtungsweise in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts
Prof. Dr. Rainer Schlegel, Präsident des Bundessozialgerichts |
| 12:00 Uhr | Diskussion |
| 12:15 Uhr | Lunch-Talk
Mittagessen, Kaffee, Tee - Gelegenheit zum Gespräch |
| 13:15 Uhr | Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege aus der Perspektive des Strafrichters
Dr. Guido Noltze, Vorsitzender Richter am Landgericht Düsseldorf |
| 14:00 Uhr | Diskussion |
| 14:15 Uhr | Schadenshochrechnung - Die Lösung aller Probleme des Abrechnungsbetruges?
Staatsanwältin Katrin Burau und Wirtschaftsreferent Carsten Müller, Staatsanwaltschaft Halle/Saale |
| 15:00 Uhr | Diskussion |
| 15:15 Uhr | Kaffeepause |
| 15:45 Uhr | Interdisziplinäre Auswertung digitaler Daten bei der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG)
Oberstaatsanwalt Torsten Haase (stellv. Leiter der ZKG), Justizangestellte Barbara Distler (medizinische Abrechnungsfachkraft) und Technischer Rat Sven Behrenhoff (IT-Forensiker), Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg |
| 16:30 Uhr | Diskussion |
| 16:45 Uhr | Das erste Spezial-Strafgericht zur Verfolgung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen - erste Erfahrungen
Dr. Mark Leppich, Vorsitzender Richter am Landgericht Nürnberg-Fürth |
- Ende des ersten Veranstaltungstages und Get-together

Moderation:

Dr. Stephan Meseke, Leiter des Stabsbereichs zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, GKV-Spitzenverband

Programm

Freitag, 1. Dezember 2023

Ausblicke

- 09:30 Uhr **Das neue Hinweisgeberschutzgesetz und das (Miss-)Verhältnis zu den etablierten Regelungen der §§ 197a SGB V, 47a SGB XI**
Rechtsanwalt Dr. Nico Herold, CURACON Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
- 10:15 Uhr **Diskussion**
- 10:30 Uhr **Betrugsprävention am Beispiel der Verhinderungspflege**
Prof. Dr. Simeon Schudy, Professor für Applied Economics and Data Science, Universität Ulm
- Kommentar:** Carsten ZinBer, BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, Florian Happach, AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
- 11:15 Uhr **Diskussion**
- 11:30 Uhr Kaffeepause
- 11:45 Uhr **Konsistenzprüfung und Verhinderung von Manipulationen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Das Erfordernis der Intensivierung der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit**
Iris Waltering und Andreas Möllenkamp, Deutsche Rentenversicherung Westfalen,
Antonia Plönzke Erciyas, Deutsche Rentenversicherung Bund
- 12:30 Uhr **Diskussion**
- 12:45 Uhr **Resümee**
Dr. Stephan Meseke, Leiter des Stabsbereichs zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, GKV-Spitzenverband
- 13:00 Uhr Mittagsimbiss und Ende der Veranstaltung

Anmeldung

Die Teilnahme an dem nicht-öffentlichen Erfahrungsaustausch ist nur auf persönliche Einladung des GKV-Spitzenverbandes möglich und insoweit kostenlos. Anmelden können sich gem. § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie eingeladene Vertreterinnen und Vertreter der Strafverfolgungsbehörden, der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. § 81a SGB V und der berufsständischen Kammern.

Die Veranstaltung wird als Hybridkonferenz durchgeführt. Das heißt, neben der Präsenz-Teilnahme im Gebäude des GKV-Spitzenverbandes besteht auch die Option einer Teilnahme via Livestream. Wir bitten um verbindliche Anmeldung bis zum **24. November 2023** auf unserem Veranstaltungsportal www.gkv-expertise.de.

Bitte verwenden Sie dafür einen der folgenden Codes:

N32E48 für die Online-Teilnahme via Livestream

7AM9T für die Präsenz-Teilnahme im Gebäude des GKV-Spitzenverbandes

Wir weisen darauf hin, dass nur Gäste mit einer von uns per E-Mail bestätigten Anmeldung in Präsenz an der Veranstaltung im Gebäude des GKV-Spitzenverbandes teilnehmen können.

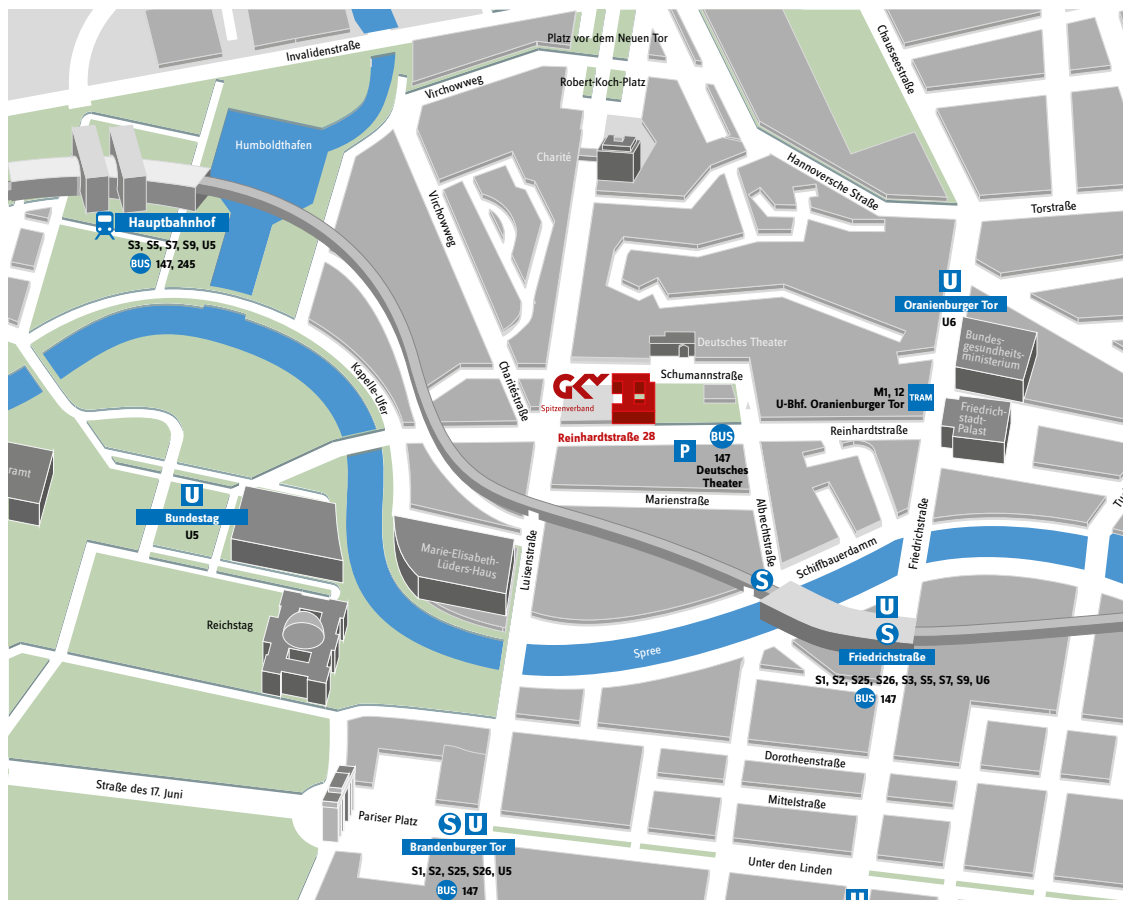
Die Veranstaltungsräume sind barrierefrei zugänglich. Während der Veranstaltung werden Fotoaufnahmen für die interne und externe Öffentlichkeitsarbeit gemacht. Nähere Hinweise zu Ihren Rechten in diesem Zusammenhang finden Sie unter www.gkv-spitzenverband.de/datenschutz



Veranstaltungsort und Anreise

**GKV Expertise - Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen:
Erfahrungsaustausch gem. § 197a Abs. 3 SGB V**

🕒 **Donnerstag, 30.11.2023, 10:30-17:30 Uhr und Freitag, 01.12.2023, 9:30-14:00 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 BER**

- Regionalbahn RE 7 (▷ Dessau) oder RB 14 (▷ Nauen) ▶ Bhf. Friedrichstraße (Fahrzeit ca. 35 Minuten, anschließend 5 Minuten Fußweg)
- DB FEX (▷ Berlin Hauptbahnhof) ▶ Berlin Hauptbahnhof (Fahrzeit ca. 35 Minuten, Weiterfahrt mit Bus 147 oder 15 Minuten Fußweg)
- S9 (▷ Spandau) ▶ Bhf. Friedrichstraße (Fahrzeit ca. 50 Minuten, anschließend 5 Minuten Fußweg)

Kontaktadressen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Stellen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI bei den Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes (Stand: 01.01.2025)

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	Telefon	E-Mail
1	AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen	Postfach 920101 30440 Hannover	0511 8701-13123	taskforce@nds.aok.de
2	AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen	64520 Groß-Gerau	0800 2053500	fehlverhalten@he.aok.de
3	AOK Baden-Württemberg	Presselstraße 19, 70191 Stuttgart	0711 6525-16495	fehlverhaltensbekaempfung@bw.aok.de
4	AOK Bayern – Die Gesundheitskasse	Carl-Wery-Straße 28, 81739 München	089 62730-333	fehlverhalten@by.aok.de
5	AOK Bremen/Bremerhaven	Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen	0421 1761-86100	fehlverhalten@hb.aok.de
6	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse	14456 Potsdam	0800 265080-50083	fehlverhaltensbekaempfung@nordost.aok.de
7	AOK NordWest – Die Gesundheitskasse	58079 Hagen	0800 2655-505780	bekaempfung_von_fehlverhalten@nw.aok.de
8	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen	Ammonstraße 35, 01067 Dresden	0800 10590-14000	fehlverhaltensbekaempfung@plus.aok.de

ANHANG K KONTAKTADRESSEN FEHLVERHALTEN

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	Telefon	E-Mail
9	AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse	Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf	0211 8791-28302	fehlverhalten@rh.aok.de
10	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse	Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg	06381 4208352	fehlverhalten-im-gesundheitswesen@rps.aok.de
11	AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse	Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg	0391 2878-45453	ermittlungsgruppe.fehlverhalten@san.aok.de
12	Audi BKK	Porschestraße 1, 38440 Wolfsburg	05361 8482-150	korruptionsbeauftragte@audibkk.de
13	BAHN-BKK	Postfach 90 02 04, 60442 Frankfurt a. M.	069 77078370	korruptionsbekaempfungsstelle@bahn-bkk.de
14	BARMER	Postfach 500329, 04303 Leipzig	0800 333004 99-1313	manipulationsabwehr@barmer.de
15	BERGISCHE KRANKENKASSE	42715 Solingen	0212 2262-153	gegen.korruption@bergische-krankenkasse.de
16	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Straße 214, 33311 Gütersloh	05241 80-74120	nicole.ackemann@bertelsmann-bkk.de
17	BIG direkt gesund	Rheinische Straße 1, 44137 Dortmund	0231 5557-1015	fehlverhalten@big-direkt.de
18	BKK Akzo Nobel Bayern	Glanzstoffstraße 1, 63906 Erlenbach	06022 7069-171	abrechnungsbetrug@bkk-akzo.de
19	BKK B. Braun Aesculap	Grüne Straße 1, 34212 Melsungen	05661 9003-723	thomas.berninger@bkk-bba.de
20	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 60c, 40212 Düsseldorf	0211 9065-210	michelle.pulver@bkkdb.de

ANHANG K KONTAKTADRESSEN FEHLVERHALTEN

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	Telefon	E-Mail
21	BKK Diakonie	Königsweg 8, 33617 Bielefeld	0521 329876-160	nicole.boehm@bkk-diakonie.de
22	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Straße 66, 52525 Heinsberg	02452 9016-712	korruptionsbeauftragter@bkk-euregio.de
23	BKK evm	Schützenstraße 80-82, 56068 Koblenz	0261 402-71510	melanie.blaum@bkk-evm.de
24	BKK EWE	Staulinie 16-17, 26122 Oldenburg	0441 350 28 5110	bernd.rehenbrock@bkk-ewe.de
25	BKK exklusiv	31273 Lehrte	05132 5001-20	info@bkkexklusiv.de
26	BKK Faber-Castell & Partner	Bahnhofstraße 45, 94209 Regen	09921 9602-15	angela.meyer@bkk-faber-castell.de
27	BKK firmus	28192 Bremen	0541 33141-110	fehlverhalten@bkk-firmus.de
28	BKK Freudenberg	Höhnerweg 2-4, 69465 Weinheim	06201 80-4762	uweber@bkk-freudenberg.de
29	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49, 33649 Bielefeld	0521 5228-2624	fehlverhaltensstelle@bkkgs.de
30	BKK Groz-Beckert	Unter dem Malesfelsen 72, 72458 Albstadt	07431 89345-53	isabell.dietrich@bkk-gb.de
31	BKK Herkules	Jordanstraße 6, 34117 Kassel	0561 20855-120	fehlverhalten@bkk-herkules.de
32	BKK KARL MAYER	Industriestraße 3, 63179 Obertshausen	06104 402-1408	andrea.duening@karlmayer-bkk.de
33	BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33, 65187 Wiesbaden	06151 36098-26	korruption@bkk-linde.de

ANHANG K KONTAKTADRESSEN FEHLVERHALTEN

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	Telefon	E-Mail
34	BKK MAHLE	Pragstraße 26–46, 70376 Stuttgart	0711 2090-9441	dkalosyan@bkk-mahle.de
35	bkk melitta hmr	Marienstraße 122, 32425 Minden	05221 1026-252	thomas.kroeger@bkk-hmr.de
36	BKK Miele	Carl-Miele-Straße 29, 33332 Gütersloh	05241 89-2177	fehlverhalten@bkk-miele.de
37	BKK mkk – meine Krankenkasse	Lindenstraße 67, 10969 Berlin	030 72612-2203	fehlverhalten@meine-krankenkasse.de
38	BKK MTU	Hochstraße 40, 88045 Friedrichshafen	07541 90-7123	fehlverhalten@bkk-mtu.de
39	BKK PFAFF	Pirmasenser Straße 132, 67655 Kaiserslautern	0631 31876-88	agerhardt@bkk-pfaff.de
40	BKK Pfalz	Lichtenbergerstraße 16, 67059 Ludwigshafen	0621 68 559 1355	korruptionsbekaempfung@bkkpfalz.de
41	BKK ProVita	Münchner Weg 5, 85232 Bergkirchen	08131 6133-2011	fehlverhalten@bkk-provita.de
42	BKK Public	Postfach 100160, 38201 Salzgitter	05341 405-393	fehlverhaltenimgesundheitswesen@bkk-public.de
43	BKK PwC	Burgstraße 1–3, 34212 Melsungen	05661 7302-72	lara.heinemann@bkk-pwc.de
44	BKK Rieker.RICOSTA.Weisser	Gänsäcker 3, 78532 Tutt- lingen	07462 57930 48	sloehning@bkk-rrw.de
45	BKK Salzgitter	Postfach 100160, 38201 Salzgitter	05341 405-393	fehlverhaltenimgesundheitswesen@bkk-salzgitter.de

ANHANG K KONTAKTADRESSEN FEHLVERHALTEN

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	Telefon	E-Mail
46	BKK Scheufelen	Schöllkopfstraße 120, 73230 Kirchheim	07021 7374-250	afranck@bkk-scheufelen.de
47	BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg	Löhrstraße 45, 78647 Trossingen	07425 94003-30	ghahn@bkk-sbh.de
48	BKK Technoform	August-Spindler-Straße 1, 37079 Göttingen	0551 308-3907	alena.zipfel@bkk-technoform.de
49	BKK VDN	Rosenweg 15, 58239 Schwerte	02304 9826-120	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-vdn.de
50	BKK VerbundPlus	Zeppelinring 13, 88400 Biberach	07351 1824-225	fehlverhalten@bkkvp.de
51	BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE	Gebrüder-Heller-Straße 15, 72622 Nürtingen	07022 93246-31	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-voralb.de
52	BKK Werra-Meissner	Straßburger Straße 5, 37269 Eschwege	05651 7451-700	gegen.fehlverhalten@bkk-wm.de
53	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstraße 19, 34212 Melsungen	0561 51009-711	ingeborg.jahn@bkk-wf.de
54	BKK Würth	Gartenstraße 11, 74653 Künzelsau	07940 9190-29	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-wuerth.de
55	BKK ZF & Partner	Otto-Lilienthal-Straße 10, 88046 Friedrichshafen	07541 3908-1310	korruptionsbeauftragter@bkk-zf-partner.de
56	BKK_DürkoppAdler	Stieghorster Straße 66, 33605 Bielefeld	0521 557 847 33	marc.hilken@bkk-da.de
57	BKK24	Mainzer Str. 5, 55232 Alzey	06731 9000-763	antikorrupcion@bkk24.de

ANHANG K KONTAKTADRESSEN FEHLVERHALTEN

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	Telefon	E-Mail
58	BMW BKK	Dostlerstraße 3, 80809 München	089 382-67900	fehlverhalten@bmwbkk.de
59	Bosch BKK	Postfach 30 02 80, 70442 Stuttgart	0711 252918-54 und -56	bekaempfung-fehlverhalten@bosch-bkk.de
60	Continental Betriebskrankenkasse	Sengelmannstraße 120, 22335 Hamburg	040 526 777-1210	korruptionspraevention@continentale-bkk.de
61	DAK-Gesundheit	Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg	040 2364855-2142	manipulationsverdacht@dak.de
62	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 50, 56072 Koblenz	0261 94143-148	korruptionsbekaempfungsstelle@debeka-bkk.de
63	energie-BKK	Oldenburger Allee 24, 30659 Hannover	0511 9111 0300	korruption@energie-bkk.de
64	Ernst & Young BKK	Rotenburger Straße 16, 34212 Melsungen	05661 70767-21	sabine.schneider@ey-bkk.de
65	Handelskrankenkasse (hkk)	Martinistraße 26, 28195 Bremen	0421 3655-3311	sylvia.leineweber@hkk.de
66	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23, 33602 Bielefeld	0521 92395-3151	fehlverhalten@heimat-krankenkasse.de
67	HEK – Hanseatische Krankenkasse	Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg	0800 0213213	abrechnungsmanipulation@hek.de
68	IK – Die Innovationskasse	Blücherstraße 27c, 18055 Rostock	0381 367 1003	antikorruption@die-ik.de
69	IKK Brandenburg und Berlin	Fehrbelliner Straße 3, 16816 Neuruppin	03391 517-12	ingo.besler@ikkbb.de

ANHANG K KONTAKTADRESSEN FEHLVERHALTEN

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	Telefon	E-Mail
70	IKK classic	Tannenstraße 4b, 01099 Dresden	0351 4292 105710	fehlverhaltensbekaempfung@ikk-classic.de
71	IKK gesund plus	39092 Magdeburg	0391 2806-1520	fehlverhalten@ikk-gesundplus.de
72	IKK Südwest	Isaac-Fulda-Allee 7, 55124 Mainz	06131 495-3060	fehlverhalten@ikk-sw.de
73	Kaufmännische Krankenkasse – KKH	Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover	0511 2802-3809	betrugsverdacht@kkh.de
74	KNAPPSCHAFT	44781 Bochum	0234 304-15100	korruptionsbekaempfung@kbs.de
75	Koenig & Bauer BKK	Friedrich-Koenig-Straße 4, 97080 Würzburg	0931 909-4127	ralf.dernbach@koenig-bauer-bkk.de
76	Krones BKK	Bayerwaldstraße 2L, 93073 Neutraubling	09401 70-2606	oliver.zangl@krones.com
77	Mercedes-Benz BKK	28178 Bremen	0421 419-8071 6362	samuel.muncke@mercedes-benz-bkk.com
78	Merck BKK	Frankfurter Straße 129, 64293 Darmstadt	06151 72 2268	bkk-betrugsverdacht@merckgroup.com
79	mhplus Betriebskrankenkasse	Franckstraße 8, 71636 Ludwigsburg	07141 9790-9682	korruptionsbeauftragte@mhplus.de
80	Mobil Krankenkasse	Hühnerposten 2, 20097 Hamburg	040 3002-17114	compliance@mobil-krankenkasse.de
81	Novitas BKK	Schifferstraße 92-100, 47059 Duisburg	0203 545-8532	sabine.ostwald@novitas-bkk.de
82	Pronova BKK	Horst-Henning-Platz 1, 51373 Leverkusen	0214 32296-3510	fehlverhalten@pronovabkk.de

ANHANG K KONTAKTADRESSEN FEHLVERHALTEN

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	Telefon	E-Mail
83	R+V Betriebskrankenkasse	65215 Wiesbaden	0611 99909-329	compliance@ruv-bkk.de
84	Salus BKK	Barfußgässchen 15, 04109 Leipzig	0341 45337-575	fehlverhalten@salus-bkk.de
85	SECURVITA BKK	Postfach 10 58 29, 20039 Hamburg	040 3347-8169	korruption@securvita-bkk.de
86	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)	Heimeranstraße 31, 80339 München	089 62700-460	antikorrupsionsstelle@sbk.org
87	SKD BKK	Hintere Kreuzgasse 5, 96450 Coburg	09561 401-3412	korruptionsbekaempfung@skd-bkk.de
88	Sozialversicherung f. Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Weißensteinstraße 70–72, 34131 Kassel	0561 785-16722	160_BvFKp_PF@svlfg.de
89	Südzucker BKK	Joseph-Meyer-Straße 13–15, 68167 Mannheim	0621 32858-13	fehlverhalten@suedzucker-bkk.de
90	Techniker Krankenkasse	Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg	040 6909-1110	emg@tk.de
91	TUI BKK	Postfach 100160, 38201 Salzgitter	05341 405-393	fehlverhaltenimgesundheitswesen@tui-bkk.de
92	VIACTIV Krankenkasse	44775 Bochum	0234 479-2410	fehlverhalten@viactiv.de
93	vivida bkk	Spittelstraße 50, 78056 Villingen-Schwenningen	07720 9727-11220	korruptionsbekaempfung@vividabkk.de
94	WMF Betriebskrankenkasse	Fabrikstraße 48, 73312 Geislingen	07331 9334-660	korruptionspraevention@wmf-bkk.de

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de

X/Twitter: @GKV_SV