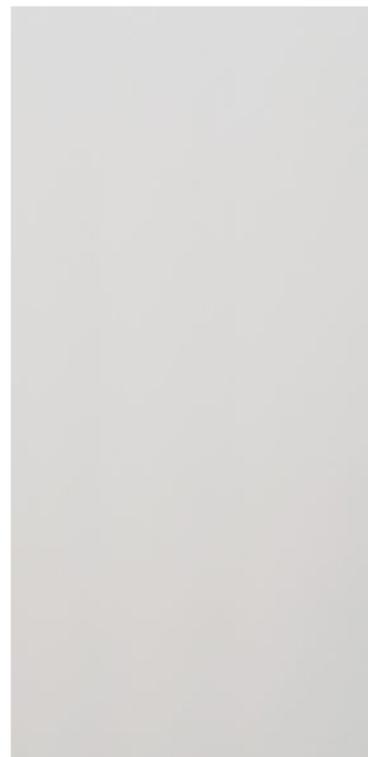
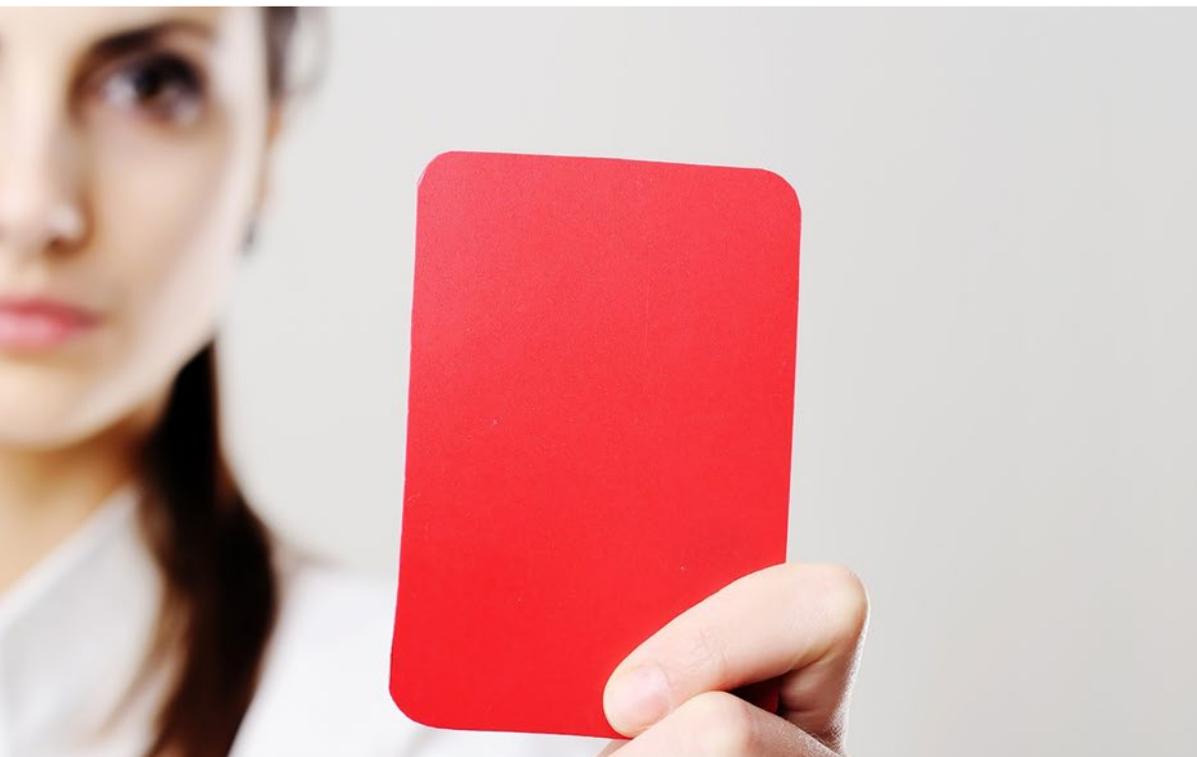




Spitzenverband



# **Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat**

Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur  
Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2021



## **Impressum**

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband

Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

E-Mail: [fehlverhalten@gkv-spitzenverband.de](mailto:fehlverhalten@gkv-spitzenverband.de)

[www.gkv-spitzenverband.de/fehlverhalten](http://www.gkv-spitzenverband.de/fehlverhalten)

Stand: 27.02.2023

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft

Foto Titelseite: © Mykola Velychko - Fotolia.com

Abbildungen: Abbildungen und Tabellen sind, wenn nicht anders angegeben, eigene Darstellungen.

**Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.**

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

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

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

Berichtszeitraum  
1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2021

Dr. Doris Pfeiffer  
Gernot Kiefer  
Stefanie Stoff-Ahnis

# Inhalt

---

<b>1 Einleitung</b> .....	6
<b>2 Fehlverhalten im Gesundheitswesen als gesetzliche Aufgabe</b> .....	8
2.1 Sozialgesetzliche Grundlagen .....	8
2.2 Inkrafttreten der näheren Bestimmungen gem. §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI .....	8
2.3 Weiterentwicklung der sozialgesetzlichen Grundlagen .....	9
2.4 Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben .....	10
<b>3 Schwerpunkte im Berichtszeitraum</b> .....	17
3.1 Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen .....	17
3.2 Verhinderung von Fehlverhalten durch Einsatz Künstlicher Intelligenz .....	19
3.3 Erfahrungsaustausch gem. § 197a Abs. 3 SGB V .....	21
3.4 Forschungsprojekt „Kriminelle Netzwerke“ .....	24
<b>4 Rechts- und gesundheitspolitische Stellungnahmen</b> .....	27
4.1 Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) .....	27
4.2 Intensivpflege und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) .....	28
4.3 Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) .....	29
4.4 Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) .....	30
4.5 Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWVG) .....	30
<b>5 GKV-Gesamtsicht</b> .....	31
5.1 Einführung .....	31
5.2 Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht 2020/2021 .....	32
5.3 Differenzierung der GKV-Gesamtsicht nach Leistungsbereichen .....	37
5.4 Bewertung ausgewählter GKV-Kennzahlen .....	43
5.5 Schlussfolgerung und Ausblick .....	51
<b>6 Anonymisierte Fallbeispiele</b> .....	53
6.1 Organisierter Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste .....	53
6.2 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI) .....	55
6.3 Ärztliche Leistung .....	57
6.4 Arzneimittel .....	58
6.5 Heilmittel .....	60
6.6 Hilfsmittel .....	60
6.7 Fahrkosten .....	62
6.8 Schwangerschaft/Mutterschaft .....	63
6.9 Versichertenbezogene Leistungen .....	64

---

<b>7 Aktuelle Positionen und Forderungen</b> .....	65
7.1 Schutz der Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen („Whistleblower“) .....	65
7.2 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an (Gesundheits-)Behörden und Sozialversicherungsträger .....	68
7.3 Erweiterung der gesetzlichen Verarbeitungsgrundlage zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz bei der Fehlverhaltensbekämpfung .....	70
7.4 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten zum Aufbau einer Betrugspräventionsdatenbank für das Gesundheitswesen .....	71
7.5 Bekämpfung von Fehlverhalten in der Pflegeversicherung .....	73
7.6 Bekämpfung von Fehlverhalten in der häuslichen Krankenpflege .....	74
7.7 (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen .....	75
7.8 Notwendigkeit einer kriminologischen Dunkelfeldstudie .....	79
<b>Anhang</b> .....	81
A. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021 .....	82
B. Stellungnahme zum Entwurf eines Patientendaten-Schutzgesetzes (PDSG) vom 19.5.2020 .....	84
C. Stellungnahme zum Entwurf eines Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes vom 12.6.2020 .....	88
D. Stellungnahme zum Entwurf eines Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 10.11.2020 .....	108
E. Erklärung des Verwaltungsrates zur Stärkung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen vom 2.12.2020 .....	112
F. Stellungnahme zum Entwurf eines Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes vom 8.4.2021 .....	115
G. Stellungnahme zum Entwurf eines Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes vom 8.4.2021 .....	118
H. Pressemitteilung „Strafverfolgung von Betrug und Korruption muss effektiver werden“ vom 17.11.2021 .....	123
I. GKV Expertise am 18.11.2021 .....	125
J. Kontaktadressen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen .....	129

# 1 Einleitung

---

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

Gemäß § 197a Abs. 5 Satz 1 SGB V hat der Vorstand dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband zu berichten.

Zuletzt hat der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes dem Verwaltungsrat in der Sitzung vom 2. Dezember 2020 über die Arbeit und Ergebnisse seiner Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Berichtszeitraum 2018/2019 berichtet. Der nachfolgende Bericht schließt daran an und umfasst den Berichtszeitraum vom 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2021. Nach erfolgter Unterrichtung des Verwaltungsrates 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 weiteren Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sowie datenschutzrechtlichen Fragestellungen der zukünftigen Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch den Einsatz Künstlicher Intelligenz (vgl. Punkte 3 und 4).

Danach führt der Bericht des GKV-Spitzenverbandes als zentrales Element gem. § 197a Abs. 6 Satz 2 SGB V die Ergebnisse der Berichte seiner Mitglieder zusammen und erstellt daraus eine

GKV-Gesamtsicht (vgl. Punkt 5). Die wesentlichen Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht für den Berichtszeitraum 2020/2021 zeigen im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum erstmals eine leicht rückläufige Tendenz. Dies muss nach Einschätzung unserer Mitgliedskassen auf die zahlreichen Einschränkungen im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie zurückgeführt werden. Die Covid-19-Pandemie hat die Prüfung von Hinweisen und die Ermittlung von Neufällen verzögert sowie die Verfahrensdauer der verfolgten Bestandsfälle verlängert. Folgende Ergebnisse sind dabei hervorzuheben:

- Die Anzahl der verfolgten Neufälle ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um rund 17 % gesunken. Diese Entwicklung korrespondiert mit einem gleichzeitigen Rückgang der eingegangenen Hinweise um ca. 6,5 %.
- Die Höhe der gesicherten Forderungen bewegt sich im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum dennoch auf hohem Niveau. Insgesamt konnten Forderungen in Höhe von rund 59,60 Mio. Euro gesichert werden. Dies stellt den zweithöchsten Wert seit dem Beginn der Berichterstattung 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 ca. 131,90 Mio. Euro entstanden.

Als eine unmittelbare Folge der Covid-19-Pandemie musste die Durchführung von Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes in zugelassenen Pflegeeinrichtungen allerdings 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 auf die Entdeckungswahrscheinlichkeit von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

ausgewirkt und zu einer Vergrößerung des möglichen Dunkelfeldes beigetragen haben.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup> 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 regt an, dass die Bundesregierung eine unabhängig geförderte kriminologische Studie zum Dunkelfeld von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Auftrag geben sollte (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).

Mit dem vom Deutschen Bundestag am 16. Dezember 2022 beschlossenen Hinweisgeberschutzgesetz wird nicht nur die Richtlinie (EU) 2019/1937 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2019 zum Schutz von Personen, die Verstöße gegen das Unionsrecht melden, umgesetzt. Zugleich soll der Hinweisgeberschutz in der Bundesrepublik wirksam und nachhaltig

verbessert werden. Doch das neue Hinweisgeberschutzgesetz wird im Wesentlichen nur für die Meldung von Informationen über Verstöße, die straf- oder bußgeldbewehrt sind, gelten. Der sachliche Anwendungsbereich erfasst damit nur solche Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, bei denen die Krankenkassen auch die Staatsanwaltschaft gem. § 197a Abs. 4 SGB V unterrichten. Straffloses Fehlverhalten, wie z. B. Rechtsverstöße gegen sozialgesetzliche oder vertragliche Verbote, d. h. nach den bisherigen praktischen Erfahrungen etwa 90 % aller verfolgten Neufälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, werden zukünftig nicht erfasst. Der sachliche Anwendungsbereich des Hinweisgeberschutzgesetzes muss deshalb dringend um die Alternative des „sonstigen erheblichen Fehlverhaltens“ erweitert werden.

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 spezialisierte (Schwerpunkt-) Staatsanwaltschaften oder Zentralstellen 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.

1 Vgl. nur Bundeskriminalamt, Auswirkungen von Covid-19 auf die Kriminalitätslage in Deutschland, Betrachtungszeitraum 2020/2021, S. 16.

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

# 2 Fehlverhalten im Gesundheitswesen als gesetzliche Aufgabe

---

## 2.1 Sozialgesetzliche Grundlagen

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

- Die Stelle hat allen Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes hindeuten (§ 197a Abs. 1 SGB V). Sie hat jedoch nur glaubhaft erscheinenden Hinweisen nachzugehen, die hinreichend substantiiert sind (§ 197a Abs. 2 SGB V).
- Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Kranken- und Pflegekassen (nachfolgend auch Mitgliedskassen), sofern angezeigt deren Landesverbände und der GKV-Spitzenverband untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten (§§ 81a Abs. 3, 197a Abs. 3 SGB V). Der GKV-Spitzenverband organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit den bei seinen Mitgliedskassen eingerichteten Stellen, an dem Vertreterinnen und Vertreter der Strafverfolgungsbehörden sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Heilberufskammern in geeigneter Form zu beteiligen sind.
- Zum 1. Januar 2012 ist die vom GKV-Spitzenverband eingeforderte<sup>3</sup> gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten zwischen den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kranken- und Pflegekassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in Kraft getreten (vgl. §§ 81a Abs. 3a, 197a Abs. 3a SGB V). Die vom GKV-Spitzenverband darüber hinaus eingeforderte<sup>4</sup> gesetzliche Klarstellung

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

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

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

Gemäß § 197a Abs. 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 Abs. 1 Satz 1 SGB V
2. die Ausübung der Kontrollen nach § 197a Abs. 1 Satz 2 SGB V
3. die Prüfung der Hinweise nach § 197a Abs. 2 SGB V
4. die Zusammenarbeit nach § 197a Abs. 3 SGB V
5. die Unterrichtung nach § 197a Abs. 4 SGB V
6. die Berichte nach § 197a Abs. 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

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Die Forderung nach weitergehender gesetzlicher Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten hatte der GKV-Spitzenverband im Berichtszeitraum 2012/2013 in mehreren Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen formuliert.

im Gesundheitswesen noch intensiver Rechnung zu tragen.

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

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

Die näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten, d. h. mit Beginn des Berichtszeitraums 2018/2019.<sup>5</sup> Damit stand erstmals eine für alle Mitgliedskassen verbindliche<sup>6</sup> norminterpretierende Verwaltungsvorschrift<sup>7</sup> zur Verfügung.

### 2.3 Weiterentwicklung der sozialgesetzlichen Grundlagen

Nach dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) am 7. Mai 2019 wurden die näheren Bestimmungen erstmals weiterentwickelt und soweit erforderlich angepasst.<sup>8</sup>

Infolge der Neuregelung in den §§ 197a Abs. 3b SGB V, 47a Abs. 3 SGB XI dürfen die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen personenbezogene Daten

zukünftig auch an die nachfolgend aufgeführten Stellen übermitteln, soweit dies für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

- Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zuständig sind (§§ 197a Abs. 3b Nr. 1 SGB V, 47a Abs. 3 Nr. 1 SGB XI)
- Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zuständig sind (§§ 197a Abs. 3b Nr. 2 SGB V, 47a Abs. 3 Nr. 2 SGB XI)
- Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zuständig sind (§§ 197a Abs. 3b Nr. 3 SGB V, 47a Abs. 3 Nr. 3 SGB XI)
- der Medizinische Dienst sowie für Prüfaufträge nach § 114 SGB XI bestellte Sachverständige (§§ 197a Abs. 3b Nr. 4 SGB V, 47a Abs. 3 Nr. 5 SGB XI)
- die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind (§§ 197a Abs. 3b Nr. 5 SGB V, 47a Abs. 3 Nr. 6 SGB XI)
- Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 SGB XI zuständig sind (§ 47a Abs. 3 Nr. 6 SGB XI)

Die Umschreibung der möglichen Empfänger hat der Gesetzgeber bewusst weit gefasst, um sicherzustellen, dass alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher

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

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

<sup>7</sup> 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.

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

Versorgungsbereiche genutzt werden können. Es kann sich um Stellen innerhalb wie außerhalb der Organisationen, bei denen die Fehlverhaltensstellen eingerichtet sind, handeln.

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 klargelegt, 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.<sup>9</sup>

In der Regel wird es sich bei den übermittelten Daten um personenbezogene Daten von Leistungserbringern handeln. Soweit im Einzelfall auch personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, deren Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung nicht erforderlich ist, sind diese zu anonymisieren. Dies gilt nicht für Sachverhalte, in denen Hinweise auf eine Mitwirkung von Versicherten, z. B. beim Abrechnungsbetrug, vorliegen.<sup>10</sup>

Mit der Neuregelung der §§ 197a Abs. 3b SGB V, 47a Abs. 3 SGB XI sollte Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung Rechnung getragen werden. Der GKV-Spitzenverband hatte in der Vergangenheit wiederholt darauf hingewiesen, dass in der Praxis Unsicherheiten hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Nutzung von sonstigen Übermittlungswegen

bestünden, was die Gefahr mit sich bringe, dass ein sinnvoller Informationsaustausch unterbleibe. Diesen Rechtsunsicherheiten sollte durch die erfolgte gesetzliche Klarstellung abgeholfen werden.<sup>11</sup>

### 2.4 Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben

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

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

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

---

<sup>9</sup> BT-Drs. 19/6337, S. 103, 135.

<sup>10</sup> BT-Drs. 19/6337, S. 135.

<sup>11</sup> BT-Drs. 19/6337, S. 103.

Im Ergebnis fungiert die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband als eine externe Meldestelle für alle Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber, die einen konkreten Hinweis auf Fehlverhalten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nicht unmittelbar an eine betroffene Mitglieds-kasse melden können, aber dennoch zu einem effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Gesundheitswesen beitragen wollen.

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

#### 2.4.1 Fehlverhalten im Gesundheitswesen als Rechtsbegriff

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

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

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

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

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

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

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

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

Gemäß § 30 Abs. 1 SGB IV ist rechtmäßig nur die zugleich auch zweckmäßige Mittelverwendung. Deshalb läuft die eigenständige Prüfung der „zweckwidrigen Nutzung von Finanzmitteln“ in der Praxis von Anfang an leer. Eine unzulässige Nutzung von Finanzmitteln begründet regelmäßig eine Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§§ 4 Abs. 4, 70 Abs. 1 SGB V) und ist deshalb immer auch rechtswidrig. Die dritte Tatbestandsalternative „zweckwidrig“ ist folglich redundant und sollte vom Gesetzgeber ersatzlos gestrichen werden.<sup>12</sup>

### 2.4.2 Entgegennahme und Erstbearbeitung von Hinweisen

Bei der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverbandes sind im Berichtszeitraum **335 externe Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen** eingegangen. Das kontinuierlich hohe Niveau lässt sich insbesondere auf die beschriebene Einrichtung des Hinweisgeber-Formulars auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes zurückführen.

Eingegangene Hinweise i. S. d. §§ 197a Abs. 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 Abs. 1 S. 2 SGB X). Das ist der Fall, „wenn die Hinweise hinreichend substantiiert sind“<sup>13</sup> 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 der Hinweisgeberin bzw. dem Hinweisgeber 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. Leistungserbringer rechnen in der Regel mit mehreren Kassenarten ab. Folglich geschieht auch Fehlverhalten von Leistungserbringern in der Regel zulasten mehrerer in einem Bundesland tätigen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Die

---

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

#### **2.4.3 Förderung der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit**

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 viermal. 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 Fach-ebene 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 Abs. 3a, 197a Abs. 3a SGB V fortan kassenarten- und organisationsübergreifend übermittelt werden. Der GKV-Spitzenverband setzt sich für die weitere Verbesserung der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Pflegekassen und Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen ein.

Nach § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V organisiert der GKV-Spitzenverband einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, an dem u. a. Vertreterinnen und Vertreter der Strafverfolgungsbehörden in geeigneter Form zu beteiligen sind. Der Erfahrungsaustausch soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht nur den direkten fachlichen Austausch der Verantwortlichen, sondern insbesondere die „gemeinsame Abstimmung über das Vorgehen bei streitigen oder unklaren Fragestellungen“ ermöglichen. Die Vorbereitung und Durchführung des Erfahrungsaustausches des GKV-Spitzenverbandes bildet regelmäßig einen der Schwerpunkte im Berichtszeitraum (vgl. Punkt 3.3).

Im vorliegenden Berichtszeitraum ist der GKV-Spitzenverband erneut der Einladung zum Erfahrungsaustausch im Rahmen des Treffens der Beauftragten nach § 81a SGB V bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 27. November 2020 in Berlin gefolgt.

In diesem Zusammenhang wurde u. a. zu den „Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI“ und deren regelmäßige Weiterentwicklung berichtet. Die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung werde auch dadurch verstärkt, dass der GKV-Spitzenverband die in seinem Bericht zusammengeführten Ergebnisse zukünftig auch mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abgleichen soll. Der GKV-Spitzenverband regte dazu an, dass für einen etwaigen Abgleich auf beiden Seiten u. a. eine einheitliche Methodik bei der Erfassung des entstandenen Schadens gegeben sein müsse. Dem stimmten auch die Beauftragten nach § 81a SGB V zu.

Ferner hat der GKV-Spitzenverband im vorliegenden Berichtszeitraum zum zweiten Mal an dem Erfahrungsaustausch der Beauftragten nach § 81a SGB V bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) am 12. November 2021 teilgenommen.

Ein besonderer Schwerpunkt der seitens der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eingereichten Themen lag auf dem Sozialdatenschutz in der Kommunikation mit den Strafverfolgungsbehörden sowie auf den Datenübermittlungsbefugnissen der Stellen nach § 81a Abs. 3a, 3b und 4 SGB V. Der GKV-Spitzenverband hat sich im Rahmen der Vorbereitung und Durchführung des Erfahrungsaustausches aktiv eingebracht und u. a. auf neue höchstrichterliche Rechtsprechung zur Zulässigkeit der Datenübermittlung von Krankenkassen an die Staatsanwaltschaft bei einem

Anfangsverdacht des Abrechnungsbetrugs im Gesundheitswesen hingewiesen.<sup>14</sup>

Im Rahmen beider Treffen hat der GKV-Spitzenverband auch darauf hingewiesen, dass die gesetzlich verpflichtende Zusammenarbeit zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bei der Bekämpfung von vertragsärztlichem Fehlverhalten stets als eine gemeinsame Aufgabe begriffen werden müsse. Um die zukünftige Arbeit zu intensivieren und zu vereinheitlichen, hat der GKV-Spitzenverband an die Gesetzesbegründung erinnert: Da die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen nach § 197a Abs. 3 SGB V den gleichen gesetzlichen Auftrag haben und eine gegenseitige Beteiligung vorgeschrieben ist, könnte der Erfahrungsaustausch zu ausgewählten Fragestellungen zukünftig auch gemeinsam organisiert werden. Der unentbehrliche fallbezogene Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und den zuständigen Staatsanwaltschaften kann demgegenüber nur auf der jeweiligen Landesebene unter Beachtung der spezifischen regionalen Besonderheiten gelingen.

#### 2.4.5 Abgrenzung zur Korruptionsprävention und „Compliance“

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

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

GKV-Spitzenverband mit Rundschreiben 2014/567 vom 18. Dezember 2014 nachgekommen.

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

Die „Ansprechperson für Korruptionsprävention“ soll nach den „Empfehlungen zur Korruptionsprävention in der Bundesverwaltung“ in Verdachtsfällen in der Regel keine eigenen Ermittlungen anstellen. Nach der „Handreichung für die Arbeitsweise der Ansprechperson für Korruptionsprävention bei Verdachtsfällen“ sind eigene Ermittlungen sogar „grundsätzlich zu unterlassen“. Diese Einschränkung steht im Gegensatz zur Verpflichtung der Krankenkassen, „innerhalb ihrer Organisation 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 Abs. 2a SGB V verpflichtet, geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem und mit einer unabhängigen internen Revision

<sup>14</sup> Vgl. OLG Dresden, Beschluss vom 5. Juli 2021 - 4 U 270/21.

einzurichten, mithin die Schaffung einer zusätzlichen „Compliance-Struktur“.

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

# 3 Schwerpunkte im Berichtszeitraum

---

## 3.1 Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Der GKV-Spitzenverband hat im Berichtszeitraum 2018/2019 sowie im abgeschlossenen Berichtszeitraum ein an der Universität Hannover durchgeführtes kriminologisches Forschungsprojekt zur Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen unterstützt und begleitet. In einem Begleitschreiben hatte der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes die Kassen zu Beginn des Forschungsprojekts darum gebeten, sich aktiv an der Befragung zu beteiligen. Im Frühjahr 2021 wurden die Forschungsergebnisse veröffentlicht.<sup>15</sup>

### 3.1.1 Forschungsanordnung und Untersuchungsziel

Nach der Gesetzesbegründung soll die Einrichtung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen den effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich stärken und die Selbstreinigungskräfte innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung fördern. Mit der Untersuchung sollte deshalb erstmals empirisch ermittelt werden, ob von der Tätigkeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen tatsächlich kriminalpräventive und ökonomische Wirkungen ausgehen. In der einschlägigen Forschungsliteratur wird dies bis heute in Zweifel gezogen. Die Untersuchung baut deshalb auf dem Gedanken der sogenannten evidenzbasierten Kriminalprävention auf, wonach kriminalpolitische Entscheidungen auf der Grundlage empirischer Befunde und Statistiken belastbar begründet werden sollen.

### 3.1.2 Forschungsmethode

Die Wissenschaftlerin wählte zwei unterschiedliche Zugänge zum Untersuchungsgegenstand: Die ausgewerteten Daten beruhen ganz maßgeblich auf einer schriftlichen standardisierten Befragung der Leiterinnen und Leiter der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der gesetzlichen Kranken-

Pflegekassen. Darüber hinaus erfolgte eine zusätzliche Analyse der jeweiligen Tätigkeitsberichte für die Berichtszeiträume 2004/2005 (Berichtszeitraum nach Inkrafttreten der Regelung), 2014/2015 und 2016/2017 (Berichtszeitraum vor Inkrafttreten der näheren Bestimmungen), die der Wissenschaftlerin von elf Aufsichtsbehörden nach dem Informationsfreiheitsgesetz bereitgestellt wurden.

Der ausgewertete Datensatz umfasste letztlich die Informationen aus 33 vollständig ausgefüllten Fragebögen und 184 Tätigkeitsberichten. Nach Angaben der Universität Hannover entsprechen die Daten der teilnehmenden Kassen einem Marktanteil von 87 % der Versicherten.

### 3.1.3 Wesentliche Untersuchungsergebnisse

Zentrales Ergebnis der empirischen Bewertung der Effektivität der Tätigkeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ist die Erkenntnis, dass in vielerlei Hinsicht Anzeichen dafür vorliegen, dass ihre Kontrolltätigkeit tatsächlich zu einem vermehrten Entdecken von Fehlverhaltensfällen sowie zu einer verstärkten Rückforderung entstandener Vermögensschäden führt. Dies ergibt sich sowohl aus einem Vergleich der erzielten Arbeitsergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen untereinander als auch aus der anschließenden Betrachtung dieser Ergebnisse zu verschiedenen Messzeitpunkten zwischen dem Berichtszeitraum 2004/2005 und 2016/17.

Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen zum Ausdruck gebracht, dass alle Kassen einen ihrer Größe und Finanzkraft entsprechenden Anteil an der Fehlverhaltensbekämpfung tragen sollen. Vor dem Hintergrund, dass auch frühere Untersuchungen zur Effektivität unternehmensinterner Kriminalprävention ergeben hatten, dass das Ausmaß korruptionsbekämpfender Maßnahmen von der Unternehmensgröße

---

<sup>15</sup> 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.

abhängt, hat die Autorin die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen folglich anhand der Anzahl der jeweils betreuten Mitglieder in stärker und schwächer implementierte Einheiten unterteilt. Dazu wurde ausgehend von dem gesamten Arbeitspensum aller Fehlverhaltensbekämpfungsstellen (Output) und der von der jeweiligen Kasse betreuten Zahl der Mitglieder ein absoluter und prozentualer Output-Erwartungswert errechnet, der sodann mit dem tatsächlichen Arbeitsergebnis ins Verhältnis gesetzt wurde.

#### **Ergebnisse der Tätigkeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen**

Als erster Schwerpunkt wurde untersucht, ob und inwieweit sich die untersuchten Effektivitätsmaße (Entdeckungsquote, Verfolgungs-, Aufklärungs-, Strafverfolgungs- und Vermögensrückführungsquote) in Abhängigkeit vom Implementationsniveau entwickelt haben. Konkret wurde untersucht, ob und inwieweit zwischen Implementationsgrad und Effektivitätsmaß ein statistisch nachweisbarer Zusammenhang besteht. Im nächsten Schritt wurde danach gefragt, wie sich das jeweilige Effektivitätsmaß über die Zeit entwickelt hat.

Die Wissenschaftlerin gelangt zu der empirisch-statistisch belegbaren Einschätzung, dass Fehlverhaltensbekämpfungsstellen mit einem hohen Implementationsniveau in den einzelnen untersuchten Dimensionen fast durchweg zu besseren Ergebnissen gelangen als Stellen mit niedrigem Implementationsniveau.

Konkret weisen Fehlverhaltensbekämpfungsstellen mit einem hohen Implementationsniveau eine deutlich höhere Verfolgungs-, Aufklärungs-, Strafverfolgungs- und Vermögensrückführungsquote auf: Die Verfolgungsquote war bei diesen etwa doppelt so hoch, die Aufklärungsquote knapp dreimal so hoch, die Strafverfolgungswahrscheinlichkeit sodann fünfmal so hoch und die Vermögensrückführungsquote sogar 5,5-mal so hoch wie bei Fehlverhaltensbekämpfungsstellen mit einem schwachen Implementationsniveau.

#### **Ermittlung effektivitätssteigernder Faktoren**

Als zweiter Schwerpunkt wurde untersucht, welche Unterschiede sich zwischen den Stellen mit hohem und niedrigem Implementationsniveau im Hinblick auf bestimmte organisationssoziologische Variablen zeigen. Zunächst wurde für jede der in den Blick genommenen organisationssoziologischen Variablen untersucht, ob und ggf. welcher Zusammenhang sich mit dem Implementationsniveau feststellen lässt. Sodann wurde im zweiten Schritt untersucht, wie sich die Stellen mit hohem und niedrigem Implementationsniveau unterscheiden.

Entscheidend ist, dass sich die Stellen größerer und kleinerer Kassen tatsächlich in vielfacher Hinsicht organisatorisch unterscheiden. Konkret wiesen Fehlverhaltensbekämpfungsstellen mit einem hohen Implementationsniveau auf organisatorischer und prozessualer Ebene folgende Besonderheiten auf:

- Sie hatten häufiger Meldesysteme eingerichtet, die eine anonyme Verdachtsmeldung Externer über das Internet zuließen. Zugleich machten sie auf das Bestehen dieser Kommunikationskanäle häufiger im Internet aufmerksam.
- Sie gingen häufig proaktiv vor, suchten eigeninitiativ nach Abrechnungsauffälligkeiten.
- Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bearbeiteten Hinweise und Fälle häufiger im Team.
- Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurden häufiger Weiterbildungsmaßnahmen angeboten.
- Sie leiteten häufiger Verdachtsmitteilungen weiter und übermittelten gleichzeitig notwendige Daten. Es existierten zudem häufiger Kooperationsverträge mit anderen Kassen.
- Sie tauschten häufiger Informationen und Erfahrungen mit den Strafverfolgungsbehörden aus, sowohl fallbezogen als auch einzelfallunabhängig.

#### **3.1.4 Wesentliche Schlussfolgerungen**

Bei dem Vergleich des Outputs von Fehlverhaltensbekämpfungsstellen kleiner Kassen mit dem Output von Fehlverhaltensbekämpfungsstellen

größerer Kassen zeigte sich, dass Fehlverhaltensbekämpfungsstellen größerer Kassen bessere Ergebnisse erzielen als Fehlverhaltensbekämpfungsstellen kleiner Kassen. Diesen Befund erklärt die Wissenschaftlerin damit, dass die höhere Leistungsfähigkeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen größerer Kassen auf deren besserem Ausbau beruht. Diese Interpretation wird maßgeblich auf die Ergebnisse des organisationssoziologischen Teils gestützt, weil für die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der großen Kassen die o. g. Organisationsvorteile festgestellt werden.

Die Untersuchung ergab darüber hinaus, dass im Rahmen der Fallbearbeitung etwa die Hälfte der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen nicht proaktiv vorgehen. Die Gruppe der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen von großen Kassen erzielte im Vergleich zu den kleinen Kassen auch insoweit deutlich höhere Output-Quoten. Da Fehlverhaltensbekämpfungsstellen großer Kassen dabei signifikant häufiger proaktiv vorgehen, ist dieser Eigeninitiative offenkundig eine besonders effektivitätssteigernde Bedeutung beizumessen.

Da im Rahmen der Befragung hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit eines anlasslosen proaktiven Vorgehens wiederholt Auslegungsdifferenzen zutage getreten sind, schlägt die Wissenschaftlerin eine ausdrückliche gesetzliche Verankerung des proaktiven Vorgehens der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen vor, die zu mehr Rechtsicherheit beitragen könnte.

### 3.1.5 Bewertung

Der GKV-Spitzenverband bewertet die Untersuchungsergebnisse positiv: Die Untersuchung weist erstmals nicht nur empirisch-statistisch die Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen nach, die in der einschlägigen Kommentarliteratur nach wie vor bestritten wird. Die Kontrolltätigkeit führt nach den Untersuchungsergebnissen tatsächlich zu einem vermehrten Entdecken von Fehlverhaltensfällen sowie zu einer verstärkten Rückforderung entstandener Vermögensschäden.

Die Untersuchung liefert darüber hinaus erstmals belastbare Nachweise dafür, welche Formen der Organisation zu besseren Ergebnissen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen führen.

Der GKV-Spitzenverband hat sich deshalb entschlossen, die Kriminologin als Referentin des regelmäßigen Erfahrungsaustausches der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V einzuladen, um die Untersuchungsergebnisse zu erläutern und zur Diskussion zu stellen (vgl. dazu nachfolgend Punkt 3.3).

## 3.2 Verhinderung von Fehlverhalten durch Einsatz Künstlicher Intelligenz

EHealth, BigData oder Künstliche Intelligenz (KI) sind bereits Bestandteil einer modernen Gesundheitsversorgung. Innovative Ansätze werden zukünftig aber nicht nur in der Patientenversorgung benötigt, sondern auch bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Ein Schwerpunkt der Arbeit im Berichtszeitraum betraf deshalb die Fragestellung, ob der Einsatz von KI-Anwendungen nach den bestehenden gesetzlichen Grundlagen auch zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zulässig ist.

Der insoweit zuständige Digitalausschuss im Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) hat sich im Berichtszeitraum mit mehreren kassenartenübergreifenden Pilotprojekten von Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes befasst, die den Einsatz von KI-Systemen zur Bekämpfung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zum Ziel haben. Im Rahmen dieser Pilotprojekte sollen statistische Modelle und sogenannte Machine-Learning-Algorithmen entwickelt und eingesetzt werden, um Unregelmäßigkeiten in den Abrechnungsdaten erkennen und verfolgen zu können.

In enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem BKK-Dachverband und Vertreterinnen und

Vertretern ausgewählter Mitgliedskassen aus weiteren Kassenarten sowie deren Dienstleistern hat der GKV-Spitzenverband dazu ein gemeinsames Argumentationspapier abgestimmt und im weiteren Fortgang mit dem Digitalausschuss im BAS beraten.

#### **3.2.1 Proaktive anlassunabhängige Tätigkeit**

Zu der Frage, ob die gesetzliche Aufgabenstellung nach § 197a SGB V ein proaktives Handeln der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten umfasst, d. h. auch unabhängig vom Vorliegen externer Hinweise, werden im sozialrechtlichen Schrifttum noch immer unterschiedliche Ansichten vertreten.

Nach einer früher sogar noch mehrheitlich vertretenen Ansicht wird ein solches Vorgehen unter Bezugnahme auf das Wort „nachgehen“ im Gesetzestext verneint. Die Stellen dürften erst auf Initiative Dritter aktiv werden. Es sei ihnen daher untersagt, den eigenen Datenbestand einer Krankenkasse maschinell systematisch auf Auffälligkeiten in Abrechnungen zu durchsuchen.<sup>16</sup>

Der Begriff „nachgehen“ enthält jedoch keine näheren Vorgaben, ob die Stellen nur Hinweisen Dritter oder auch eigenen Erkenntnissen nachgehen dürfen. Eigene Erkenntnisse können ebenso einen Anlass zur weiteren Sachverhaltsaufklärung geben. Bereits aus der Gesetzesbegründung geht hervor, dass der Gesetzgeber durch die Verpflichtung zur Implementierung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten ein Instrumentarium schaffen wollte, um den effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich zu stärken (BT-Drs. 15/1525, S. 99, 138).

Gemäß § 197a Abs. 1 Satz 2 SGB V nehmen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im

Gesundheitswesen deshalb Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 SGB X wahr, sodass sie sämtliche innerhalb ihrer Organisation vorhandenen personenbezogenen Daten für diese Zwecke verwenden dürfen (BT-Drs. 15/1525, S. 99, 138). Sie sind folglich gerade nicht nur darauf angewiesen, dass ihnen Daten extern übermittelt oder hausintern weitergegeben werden. Somit ist auch nicht ausgeschlossen, dass Krankenkassen einen bestimmten Leistungsbereich systematisch auf Fehlverhalten untersuchen.

Die näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI tragen dieser Überlegung Rechnung und heben hervor, dass die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ihre gesetzliche Kontrollbefugnis ausdrücklich proaktiv verstehen sollen. Ermittlungen und Prüfungen dürfen danach auch unabhängig von konkreten Hinweisen Dritter von Amts wegen eingeleitet werden. Anlassunabhängige (stichprobenartige oder routinemäßige) Prüfungen auf Fehlverhaltensmuster der in der jeweiligen Organisation vorhandenen Daten sind zulässig.

Angesichts von hohen Schäden im Millionenbereich und der besonderen Bedeutung der Bekämpfung von Fehlverhalten zum Erhalt der Leistungsfähigkeit des nach dem Solidarprinzip ausgestalteten Krankenversicherungssystems erscheint ein proaktives Vorgehen auch zur Vermeidung weiterer Kostensteigerungen besonders geboten.<sup>17</sup> Dieser Präventionsgedanke findet sich inzwischen in § 197a Abs. 3b SGB V, in dem ausdrücklich auf die Verhinderung von Fehlverhalten hingewiesen wird.

---

<sup>16</sup> Vgl. Steinhilper, in: Orłowski u. a. (Hrsg.), GKV-Kommentar, § 81a SGB V, Rn. 31; Kerber, in: Peters, KV, § 81a SGB V, Rn. 18; Bergmann/Pauge/Steinmeyer, Steinmeyer, § 81a SGB V, Rn. 5; Ellbogen, MedR 2006, 457.

<sup>17</sup> Vgl. i. d. S. zustimmend auch Becker/Kingreen, Scholz, § 81a, Rn. 2; Becker/Kingreen, Kaempfe, § 197a, Rn. 3; Eichenhofer/v. Koppenfels-Spies/Wenner, Bloch, § 197a, Rn. 11; BeckOK SozR/Heberlein SGB V, § 197a, Rn. 6, 11; LPK-SGB V/Hänlein, § 197a, Rn. 3; Krauskopf/Baier SGB V, § 197a, Rn. 5; Schrodi, ZMGR 2011, 66; Forst, SGB 08.14, 413, 416.

### 3.2.2 Übermittlungsbefugnis nach § 197a Abs. 3b SGB V

Mit der Erweiterung des § 197a Abs. 3b SGB V sollte Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung Rechnung getragen werden. Durch die gesetzliche Klarstellung im TSVG sollte Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Nutzung sonstiger Übermittlungswege abgeholfen werden.

Insbesondere durch die ausdrückliche Bezugnahme auf die „Verhinderung“ von Fehlverhalten als Übermittlungszweck sollte unmissverständlich und normenklar zum Ausdruck gebracht werden, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein muss, sondern gerade auch auf die „(präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten“ abzielen kann (vgl. BT-Drs. 19/6337, S. 103, 135).

### 3.2.3 Maschinell unterstützte Analyse von Abrechnungsdaten

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten sind bislang ganz überwiegend auf externe Hinweise angewiesen. Die Ermittlung und Prüfung von Hinweisen und Fällen ist damit häufig erst nach der bereits erfolgten Leistungserbringung und Abrechnung möglich.

Mit der am Beispiel der kassenartenübergreifenden Pilotprojekte vorgestellten maschinell unterstützten Analyse von Abrechnungsdaten ist eine Erkennung von Mustern, die zu einem Schaden für die jeweilige Kasse führen können, wesentlich früher realisierbar. Dabei wird durch die maschinelle Analyse ein Abgleich von pseudonymisierten Daten von teilnehmenden Kassen vorgenommen, die auch nur durch die Kassen wieder repseudonymisiert werden können. Hinsichtlich der für die maschinelle Analyse notwendigen Datenzusammenführung werden die Datenbestände der einzelnen Kassen getrennt gespeichert und nur zur Analyse zusammengeführt. Eine Rückmeldung über Hinweise auf Unregelmäßigkeiten in den Abrechnungen erfolgt im Ergebnis der Analyse nur an die „betroffene“ Kasse. Damit führt der

Einsatz von KI zu einer effektiveren Ermittlung von internen Hinweisen auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Weitere Fragestellungen des datenschutzrechtlichen Dialogs mit dem Digitalausschuss im BAS betrafen außerdem das Verhältnis der Übermittlungsbefugnis nach § 197a Abs. 3b Nr. 3 SGB V zur Auftragsverarbeitung sowie das Profiling nach Art. 22 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Der GKV-Spitzenverband hat sich im Ergebnis des konstruktiv geführten Dialogs dazu entschlossen, auch die zuständigen Vertreterinnen und Vertreter des Digitalausschusses im BAS zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V einzuladen und zu bitten, eine abschließende aufsichtsrechtliche Bewertung zum Einsatz von KI bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen abzugeben (vgl. dazu nachfolgend Punkt 3.3).

### 3.3 Erfahrungsaustausch gem. § 197a Abs. 3 SGB V

Unter dem Titel „Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ hat der GKV-Spitzenverband am 18. November 2021 seinen Erfahrungsaustausch gem. § 197a Abs. 3 SGB V organisiert (vgl. dazu das Programm im Anhang I). Der Einladung zu dieser Online-Veranstaltung folgten über 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Krankenkassen und Strafverfolgungsbehörden.

In seinem Eröffnungsvortrag erläuterte der Bayerische Staatsminister der Justiz am Beispiel der neuen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg, dass die Spezialstaatsanwältinnen und -anwälte der ZKG zukünftig nicht nur durch Spezialermittlerinnen und -ermittler der Kriminalpolizei unterstützt werden. Zur Effektivierung der Strafverfolgung im Gesundheitswesen wurden zusätzliche Stellen für

medizinische Abrechnungsfachkräfte sowie IT-Forensikerinnen und IT-Forensiker geschaffen.

#### **3.3.1 Strafverfolgung von organisiertem Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege**

Der erste Programmschwerpunkt der Veranstaltung widmete sich aus aktuellem Anlass erneut den Problemen, die bei der Strafverfolgung von organisiertem Abrechnungsbetrug im Bereich der ambulanten Pflege auftreten. Eine spezielle Ausprägung ist der Abrechnungsbetrug durch russischsprachige Pflegedienste. Dabei handelt es sich um ambulante Pflegedienste, die mehrheitlich von Personen aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion geführt werden. Nach der Bewertung des Bundeskriminalamts (BKA) handelt es sich um ein bundesweites Phänomen<sup>18</sup>, das insbesondere dort auftritt, wo sich durch Sprachgruppen geschlossene Systeme bilden. Die genannten Pflegedienste wählen zum Abrechnungsbetrug unterschiedliche Vorgehensweisen, indem sie beispielsweise

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

In vielen dieser Fälle liegen klare Indizien für ein strukturiertes und organisiertes Vorgehen der Pflegedienste mit dem Ziel der illegalen Gewinnmaximierung vor, in Einzelfällen sogar Hinweise auf Organisierte Kriminalität.<sup>19</sup> Die Fallschreibungen der im Rahmen des Erfahrungsaustausches vorgestellten Sachverhalte wurden auch als anonymisierte Fallbeispiele in diesen Bericht aufgenommen (vgl. Punkt 6.1).

Die Erkenntnisse der Strafverfolgungsbehörden zeigen, dass die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt und ergänzt werden müssen, um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen zukünftig noch besser entgegenzutreten zu können. Aus der Perspektive der Kriminalpolizeiinspektion Augsburg wurden konkrete sozialgesetzliche Regelungsdefizite aufgezeigt und mögliche präventive Lösungsansätze zur Diskussion gestellt, z. B. die elektronische Erfassung des Beginns und des Endes der Leistungserbringung in Echtzeit. Der GKV-Spitzenverband leitet daraus weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf ab (vgl. Punkte 7.5 und 7.6).

Eine besondere Herausforderung stellen außerdem die sehr großen Datenmengen dar, die bei Durchsuchungsmaßnahmen gesichert werden. Vertreterinnen der Kriminalpolizeiinspektion Leipzig und des Fraunhofer-Instituts für Techno- und Wirtschaftsmathematik informierten deshalb über Zwischenergebnisse eines Drittmittelprojekts zur Effektivierung der Strafverfolgung bei Pflegebetrug. Mithilfe innovativer Verfahren sollen handschriftliche und tabellarische Einträge in Leistungsnachweisen, Touren- und Dienstplänen digitalisiert werden. Die sehr zeit- und arbeitsaufwendige händische Sichtung und Prüfung der Beweismittel sollen zukünftig auf die automatisierte Erfassung und Auswertung verlagert und damit erheblich vereinfacht werden.

#### **3.3.2 Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen im Gesundheitswesen**

Mit der kriminologischen Studie der Universität Hannover zur Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen am Beispiel der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen nach § 197a SGB V gelang erstmals der empirisch-statistische Nachweis, dass die institutionalisierte Kontrolltätigkeit zum vermehrten Aufdecken von Fehlverhaltensfällen

---

<sup>18</sup> Vgl. Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2017, S. 21.

<sup>19</sup> Vgl. ebd., S. 22.

und zu einer höheren Rückforderung entstandener Vermögensschäden führt.

Die vergleichende Analyse der Effektivität von Fehlverhaltensbekämpfungsstellen kleiner und großer Kassen zeigt, dass größere Kassen eine höhere Aufklärungs-, Strafverfolgungs- und Vermögensrückführungsquote erzielen. Diese höhere Leistungsfähigkeit konnte letztlich auf deren bessere Ausstattung und Organisation zurückgeführt werden.

Im Rahmen der abschließenden Diskussion haben die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes hervorgehoben, dass einzelne Schlussfolgerungen aus den in der Untersuchung analysierten Tätigkeitsberichten aus dem Berichtszeitraum 2016/2017 bereits im Rahmen der „Näheren Bestimmungen“ des GKV-Spitzenverbandes adressiert wurden, die am 1. Januar 2018 in Kraft getreten sind. Diese enthalten z. B. Vorgaben zur Organisationsverpflichtung oder zur kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit. Zukünftige kriminologische Forschungsprojekte könnten deshalb ermitteln, inwieweit die „Näheren Bestimmungen“ seither zu einer weiteren Effektivierung der Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen beitragen.

Zur weiteren Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten schlug die Referentin u. a. die ausdrückliche gesetzliche Verankerung eines proaktiven Vorgehens der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen vor. Der GKV-Spitzenverband begrüßt und unterstützt diese Schlussfolgerung und leitet daraus entsprechenden gesetzlichen Änderungsbedarf ab (vgl. Punkt 7.3).

### **3.3.3 Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch Einsatz Künstlicher Intelligenz**

Bei der anschließenden Vorstellung von zwei kassenartenübergreifenden „Pilotprojekten“ wurde deutlich, dass die Bekämpfung von Fehlverhalten durch gezielten Einsatz von KI insbesondere für kleinere Krankenkassen effektiver gestaltet

werden könnte. Gerade den kleineren Kassen fehlt es bislang an einer ausreichenden eigenen Datenbasis, um Fehlverhalten systematisch anhand vorhandener Abrechnungsunterlagen aufdecken bzw. verhindern zu können. Aus kassenübergreifend zusammengeführten Abrechnungsdaten könnten z. B. Verdachtsmuster generiert und analysiert werden, die auf Basis der eigenen Datenbestände nicht erkennbar sind. Diese Muster könnten danach kassenindividuell angewendet zu neuen Verdachtsfällen führen.

Die zuständigen Vertreterinnen und Vertreter im Digitalausschuss des BAS haben sodann ihre aufsichtsrechtliche Bewertung vorgestellt und im Anschluss an die Veranstaltung auch im Internetauftritt des Digitalausschusses im BAS veröffentlicht (Stand: 10. Dezember 2021).

Aus Sicht des BAS ist nunmehr unstrittig, dass auch bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen die jeweils vorhandenen technischen Möglichkeiten im zulässigen Rahmen eingesetzt werden können. § 197a Abs. 1 SGB V sei technikneutral formuliert. Was den Umfang der für diese Aufgabe herangezogenen Daten angeht, macht der Verweis auf die allgemeinen Kontrollbefugnisse gem. § 67c Abs. 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.

§ 197a Abs. 3a SGB V eröffne den Krankenkassen außerdem 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 beim Empfänger erforderlich ist. Fraglich war, ob die Verarbeitungserfordernisse des KI-gestützten Systems unter diese Verarbeitungsbefugnis subsumiert werden können.

Die Verfahrensweise der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen sei bislang zu einem Großteil von

Anzeigen Dritter und der Verfolgung von Einzelfällen geprägt. Zukünftig soll die KI-gestützte Verarbeitung aus den kassenübergreifend zusammengeführten Abrechnungsdaten Muster analysieren, die auf Fehlverhalten hindeuten können. Diese Muster werden dann kassenindividuell eingesetzt und führen zu Verdachtsfällen. Der bestehende Verarbeitungsansatz wird damit 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 Abs. 3 c SGB V gestaltet werden.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt und unterstützt diesen Änderungsvorschlag, den das BAS im Nachgang zur Veranstaltung bereits gegenüber dem zuständigen Bundesministerium für Gesundheit angeregt hat, und leitet daraus weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf ab (vgl. Punkt 7.3).

#### **3.3.4 Kriminalpolitischer Handlungsbedarf in der 20. Legislaturperiode**

In der abschließenden Podiumsdiskussion stimmen die teilnehmenden Expertinnen und Experten darin überein, dass Hinweisgebende zukünftig nicht nur bei der Meldung von Verstößen gegen EU-Recht vor rechtlichen Nachteilen geschützt werden müssen, sondern auch bei Hinweisen auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Mit Blick auf die neue Legislaturperiode sprachen sie sich für eine evidenzbasierte Kriminalpolitik aus. Im Austausch mit Wissenschaft und Praxis sollte die neue Bundesregierung die vor fünf Jahren geschaffenen Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen evaluieren. Da bei Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen von einem erheblichen Dunkelfeld auszugehen ist, sollte außerdem eine

Dunkelfeldstudie öffentlich ausgeschrieben werden, um den tatsächlichen Umfang in Deutschland genauer zu erforschen.

Dies unterstreicht den vom GKV-Spitzenverband eingeforderten gesetzlichen Schutz der Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (vgl. Punkt 7.1) sowie die Notwendigkeit einer kriminologischen Dunkelfeldstudie (vgl. Punkt 7.8).

#### **3.4 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 beginnt das Teilvorhaben „Datentransparenzdaten“, das 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 Leistungserbringern untersucht werden, um damit zukünftige projektbezogene Aufdeckungsmaßnahmen mittels Maschinellen Lernens (Fraud Detection) vorzubereiten. Die Verarbeitung und Visualisierung soll im sogenannten Demonstrator des Technischen Entwicklers Empolis Information Management GmbH stattfinden. Die Datentransparenzdaten sollen ab dem Jahr 2023 Leistungserbringerschlüssel in pseudonymisierter Form enthalten. Die ermittelten Verbundstrukturen sollen danach auf ihren Gehalt 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 graphenbasierter 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“

**Gesamtzuwendung**  
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](mailto:andreas.wagner@itwm.fraunhofer.de)

### Impressum

**Herausgeber** Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Referat Zivile Sicherheitsforschung, 53170 Bonn;  
**Stand** April 2021; **Text** VDI Technologiezentrum GmbH; **Gestaltung** KOMPAKTMEDIEN Agentur für Kommunikation GmbH,  
familie redlich AG Agentur für Marken und Kommunikation; **Bildnachweis** stock.adobe.com/Have a nice day

➔ [bmbf.de](http://bmbf.de) ➔ [sifo.de](http://sifo.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. Auf Anforderung hat der GKV-Spitzenverband u. a. Stellungnahmen für die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage im Deutschen Bundestag zum Thema „Zuwendungen von pharmazeutischen Unternehmen an Ärztinnen und Ärzte“ (BT-Drs. 19/21827) sowie für den Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestags zum Thema „Sozialleistungsmisbrauch in Deutschland“ abgegeben.

Der siebte Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland vom 20. Mai 2021 (BT-Drs. 19/30300, S. 32 f.) setzt sich erstmals mit der „Bekämpfung von Abrechnungsbetrug“ auseinander. Die Bundesregierung hebt darin nicht nur hervor, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eine „zentrale Rolle bei der Aufdeckung von Abrechnungsbetrug“ einnehmen. Neben der Beschäftigung mit der Problematik des Abrechnungsbetrugs in der ambulanten Pflege würden in deren Berichten regelmäßig Handlungsbedarfe aufgezeigt.

Im Rahmen von Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags gab der GKV-Spitzenverband darüber hinaus themenbezogene Stellungnahmen ab, die nachfolgend 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 Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)

In seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2020 zum Gesetzentwurf des PDSG hat der

GKV-Spitzenverband im vorliegenden Sachzusammenhang zunächst zur beabsichtigten Änderung der §§ 31 Abs. 1 und 33 Abs. 6 SGB V Stellung genommen.

Nach der Neuregelung des § 31 Abs. 1 Satz 5 SGB V dürfen Vertragsärzte und Krankenkassen die Versicherten weder dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einer bestimmten Apotheke oder einem sonstigen Leistungserbringer einzulösen, noch unmittelbar oder mittelbar Verordnungen bestimmten Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern zuweisen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist. Nach der weiteren Neuregelung des § 33 Abs. 6 SGB V dürfen Vertragsärzte oder Krankenkassen weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist. Der GKV-Spitzenverband unterstützt beide Anliegen des Gesetzgebers und hat insoweit weitergehende Änderungsvorschläge unterbreitet (vgl. Anhang B).

Bereits in seinem Vorstandsbericht über Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen für den Berichtszeitraum 2016/2017 hatte der GKV-Spitzenverband darüber hinaus die Einführung eines bundesweiten Verzeichnisses aller in Pflegediensten Beschäftigten gefordert. In seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hat der GKV-Spitzenverband diese Forderung dann 2018 konsequent fortgeschrieben und einen konkreten Änderungsvorschlag formuliert. Mit einem Änderungsantrag zum Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) hat der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags diese Forderung schließlich aufgegriffen und beschlossen (BT-Drs. 19/20708).

Mit der Neuregelung des § 293 Abs. 8 SGB V wird das vom GKV-Spitzenverband eingeforderte bundesweite Verzeichnis der Leistungserbringer in der Pflege, mit denen die Krankenkassen Verträge abgeschlossen haben, eingeführt. Die Beschäftigtennummer soll im Rahmen der Umstellung auf eine papierlose elektronische Abrechnung die bisher geübten Verfahren der Übermittlung von handschriftlich abgezeichneten Leistungsnachweisen und Handzeichenlisten ablösen. Die Angaben dienen der Transparenz und seien für eine effektive und effiziente Abrechnungsprüfung erforderlich.

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

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

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

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

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

### 4.2 Intensivpflege und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG)

In seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2020 zum Gesetzentwurf des GKV-IPReG hat der GKV-Spitzenverband im vorliegenden Sachzusammenhang insbesondere zur beabsichtigten Neuregelung der Vereinbarung von Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege (§ 132I SGB V) und der geplanten Ergänzung der Regelungen zu Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen (§ 275b SGB V) und Qualitätsprüfungen (§ 114 SGB XI) Stellung genommen (vgl. Anhang C).

Ziel des Gesetzentwurfs ist es u. a., „Fehlansätze und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen“. Insoweit greift der Gesetzentwurf explizit die aktuellen Erkenntnisse aus den Berichten der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bzw. aus der regelmäßigen Presseberichterstattung auf, wonach gerade in der außerklinischen Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit häufig sehr gezielt nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt und

danach systematisch falsch abgerechnet wird. Die resultierenden Qualitäts- und Versorgungsmängel in der außerklinischen Intensivpflege gefährden nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten, sondern erfüllen den Straftatbestand des Abrechnungsbetrugs im Gesundheitswesen und schaden damit auch der Solidargemeinschaft.

Der Bundesrechnungshof (BRH) hatte bereits im Jahr 2019 darauf hingewiesen, dass die ambulanten Pflegedienste den zeitlichen Vorlauf bei angekündigten Prüfungen häufig nutzen, um etwaige Qualitätsmängel in Wohngemeinschaften der außerklinischen Intensivpflege (Intensiv-WGs) zu beseitigen, z. B. Dokumentationsfehler, fehlerhafte Dienstpläne, Hinweise auf nicht ausreichend qualifiziertes Personal. Dieser Vorlauf wäre bei unangekündigten Prüfungen nicht gegeben. Der BRH hielt es daher für notwendig, ambulante Pflegedienste, die Leistungen in Intensiv-WGs erbringen, mit Blick auf die Qualitätsprüfungen gleich zu behandeln. Dabei sollte es keine Rolle spielen, ob sie nur aufgrund eines Versorgungsvertrags nach SGB V oder auch nach SGB XI tätig werden. Der BRH sah darin eine Regelungslücke, die nicht dem Willen des Gesetzgebers entspräche.

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

Der GKV-Spitzenverband unterstützt diese Forderung. Mit seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2020 zum GKV-IPReG hatte der GKV-Spitzenverband

deshalb bereits eine entsprechende gesetzliche Änderung des § 114a Abs. 1 Satz SGB XI eingefordert (vgl. Anhang C).

Im Hinblick auf die spezifischen strukturellen und personellen Anforderungen sollte eine Regelprüfung bei zugelassenen Pflegediensten, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen, grundsätzlich unangekündigt erfolgen. Die Argumentation, dass dem Pflegedienst die Möglichkeit der organisatorischen Vorbereitung gegeben werden muss, greift hier nicht, da im Rahmen dieser Versorgung in der Regel rund um die Uhr eine qualifizierte Pflegefachkraft vor Ort ist.

Mit einem Beschluss der 93. Justizministerkonferenz vom 10. November 2022 haben nun auch die Justizministerinnen und Justizminister unterstrichen, dass die Verhinderung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen Aufgabe der Akteure im Gesundheitswesen ist, die für eine ausreichende Prävention und Kontrolle sorgen müssen. Auch zur Stärkung der Strafverfolgung bitten die Justizministerinnen und Justizminister den Bundesminister der Justiz, sich beim Bundesminister für Gesundheit dafür einzusetzen, dass die Vor-Ort-Kontrollen insbesondere von Pflegeleistungen durch die Medizinischen Dienste der Länder ausgeweitet werden.

### 4.3 Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)

In seiner Stellungnahme vom 10. November 2020 zum Gesetzentwurf des GPVG hat der GKV-Spitzenverband weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf zur Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an (Gesundheits-)Behörden und Träger der Sozialversicherung vorgeschlagen (vgl. Anhang D). Mit diesem Bericht unterbreitet der GKV-Spitzenverband einen insoweit aktualisierten gesetzlichen Änderungsvorschlag (vgl. Punkt 7.2).

#### 4.4 Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG)

In seiner Stellungnahme vom 8. April 2021 zum Gesetzentwurf des DVPMG hat der GKV-Spitzenverband zur beabsichtigten Änderung des § 33a SGB V Stellung genommen.

Nach der Neuregelung des § 33a Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V dürfen Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen nicht bestimmten Leistungserbringern zuweisen. Sie dürfen mit Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen oder mit Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die eine Zuweisung oder eine Übermittlung von Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen zum Gegenstand haben. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit gesetzlich etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall ein anderes Vorgehen geboten ist. Der GKV-Spitzenverband unterstützt dieses Anliegen des Gesetzgebers und hat insoweit einen weitergehenden Änderungsvorschlag unterbreitet (vgl. Anhang F).

#### 4.5 Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)

In seiner Stellungnahme vom 8. April 2021 zum Gesetzentwurf des GVWG hat der GKV-Spitzenverband im vorliegenden Sachzusammenhang zur beabsichtigten Änderung des § 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V Stellung genommen (vgl. Anhang G).

Nach der Neuregelung dürfen die Krankenkassen Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zukünftig nur mit Leistungserbringern abschließen, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Entsprechend der Regelung zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege in § 132l Abs. 5 Satz 1 SGB V wird damit bestimmt,

dass Verträge nur mit zuverlässigen Leistungserbringern abgeschlossen werden dürfen. Da ein etwaiges Fehlverhalten nicht nur bei Pflegediensten vorkommen kann, die Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege erbringen, wird die Regelung zu Verträgen über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege entsprechend ergänzt.

Es darf als ein besonderer Erfolg angesehen werden, dass die Gesetzesbegründung damit erneut auf die Argumentationslinien aus der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zur korrespondierenden Neuregelung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege in § 132l Abs. 5 Satz 1 SGB V Bezug genommen hat.

# 5 GKV-Gesamtsicht

---

## 5.1 Einführung

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

Mit dem Inkrafttreten der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes gem. § 197a Abs. 6 Nr. 6 SGB V zum 1. Januar 2018 wurden die Kennzahlen fortgeschrieben und erweitert. Sie bilden nunmehr die neuen gesetzlichen Vorgaben gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V wie folgt ab.

---

### 1 Anzahl der eingegangenen Hinweise insgesamt

---

1.1 Anzahl der externen Hinweise

---

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

---

### 2 Anzahl der verfolgten Fälle

---

2.1 Anzahl der verfolgten Bestandsfälle

---

2.2 Anzahl der verfolgten Neufälle

---

### 3 Anzahl der abgeschlossenen Fälle

---

3.1 Anzahl der abgeschlossenen Fälle insgesamt

---

3.2 Anzahl der nachgewiesenen Fälle

---

### 4 Höhe der Schäden

---

4.1 Höhe des entstandenen Schadens in Euro

---

4.2 Höhe der gesicherten Forderungen in Euro

---

4.3 Höhe des verhinderten Schadens in Euro

---

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

---

### 6 Anzahl der Leistungserbringer hinter den Hinweisen,

---

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

---

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

---

### 7 Anzahl der Leistungserbringer hinter den verfolgten Fällen,

---

7.1 bei denen die o. g. Bestandsfälle verfolgt wurden

---

7.2 bei denen die o. g. Neufälle verfolgt wurden

---

### 8 Anzahl der Leistungserbringer hinter den abgeschlossenen Fällen,

---

8.1 bei denen die o. g. Fälle abgeschlossen wurden

---

8.2 bei denen die o. g. Fälle nachgewiesen wurden

---

## 5.2 Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht 2020/2021

Zum Ende des Berichtszeitraums 2020/2021 waren 96 der insgesamt 97 Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes (Stand: 1. Januar 2022) entweder selbst für die Teilnahme an der „GKV-Fallerfassungsstelle Fehlverhalten“ registriert, wurden insoweit z. B. durch ihren jeweiligen Verband auf Bundesebene vertreten, oder haben bis zum Redaktionsschluss eine schriftliche Meldung abgegeben. Die teilnehmenden Mitgliedskassen decken insgesamt 99,99 % der Versicherten ab.

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

Im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum zeigen die Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht für den Berichtszeitraum 2020/2021 erstmals

eine leicht rückläufige Tendenz. Dies muss nach Einschätzung unserer Mitgliedskassen auf die zahlreichen Einschränkungen im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie zurückgeführt werden, wie nachfolgend zu zeigen ist.

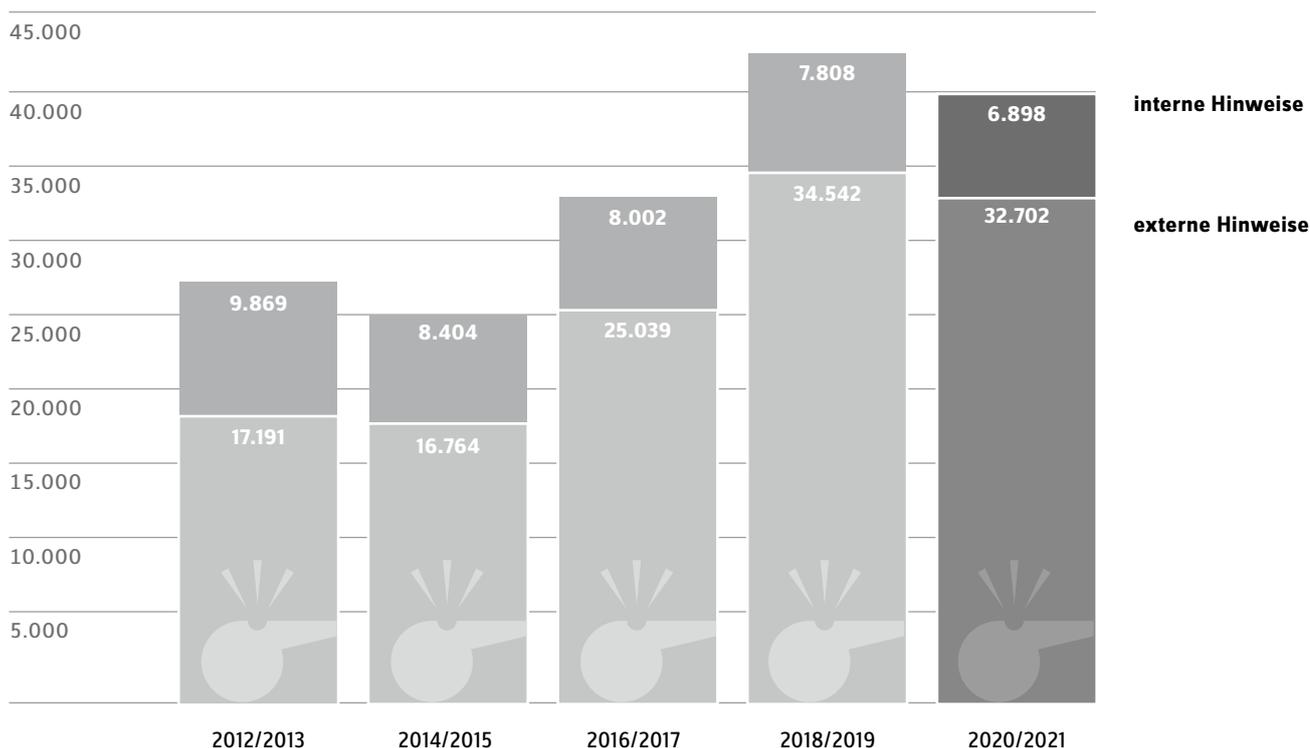
### 5.2.1 Anzahl der eingegangenen Hinweise

Eingegangene Hinweise i. S. d. §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI sind sämtliche im abgeschlossenen Berichtszeitraum bei den Stellen eingegangene Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die „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.

Inhaltsbeschreibung	2018/2019	2020/2021	+/-	%	Tendenz
1 Anzahl der <b>eingegangenen Hinweise</b>	42.350	39.600	-2.750	-6,49	▼
1.1 Anzahl der externen Hinweise	34.542	32.702	-1.840	-5,33	▼
1.2 Anzahl der internen Hinweise	7.808	6.898	-910	-11,65	▼
2 Anzahl der <b>verfolgten Fälle</b>	43.644	43.792	+148	+0,34	▲
2.1 Anzahl verfolgter Bestandsfälle	15.447	20.451	+5.004	+32,39	▲
2.2 Anzahl verfolgter Neufälle	28.197	23.341	-4.856	-17,22	▼
3 Anzahl der <b>abgeschlossenen Fälle</b>	26.236	23.903	-2.333	-8,89	▼
4 Höhe der <b>gesicherten Forderungen</b> in Euro	62.012.385	59.593.817	-2.418.568	-3,90	▼
5 Anzahl der <b>Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft</b>	2.952	2.538	-414	-14,02	▼

### Abbildung 1: Anzahl der eingegangenen Hinweise nach Berichtszeiträumen

Aktueller Berichtszeitraum im Vergleich zu den vorangegangenen Berichtszeiträumen



Die Anzahl der eingegangenen Hinweise ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um insgesamt **6,49 % (= 2.750 Hinweise)** gesunken.

Besonders deutlich zeigen sich die Folgen der Einschränkungen aber im Bereich der Pflege: Die Abrechnungsprüfungen als fester Bestandteil der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI wurden annähernd ein Jahr lang vollständig ausgesetzt. Zudem wurden Pflegediensten Entlastungen hinsichtlich ihrer Verwaltungs- und Dokumentationspflichten, wie z. B. ein teilweiser Verzicht auf Unterschriften durch Versicherte oder Betreuerinnen und Betreuer auf Leistungsnachweisen, zugestanden. Im Bereich der ambulanten Intensivpflege durfte zur Aufrechterhaltung der Versorgung

von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Personalausstattung abgewichen werden.

Auffällig ist, dass die Anzahl der externen Hinweise die Anzahl der internen Hinweise erneut sehr deutlich übersteigt. Darin spiegelt sich einerseits wider, dass die Mitgliedskassen mit weiter zunehmender Tendenz kassenartenübergreifend zusammenarbeiten und dabei auch Hinweise mit personenbezogenen Daten weitergeben dürfen (vgl. § 197a Abs. 3a SGB V). Die hohe Anzahl der eingegangenen externen Hinweise unterstreicht andererseits den vom GKV-Spitzenverband eingeforderten gesetzlichen Schutz der Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (vgl. Punkt 7.1).

### 5.2.2 Anzahl der verfolgten Fälle

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

Die Stellen erfassen alle Fälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die im laufenden Berichtszeitraum verfolgt wurden, d. h., für die 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 ein auffällig hoher Anstieg der Anzahl der insoweit verfolgten Bestandsfälle um insgesamt **32,39 % (= 5.004 Bestandsfälle)**.

Darüber hinaus berichten die Mitgliedskassen, dass sich die Art der verfolgten Fälle deutlich verändert hat. Die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wird zunehmend durch langjährige, ressourcenintensive Großfälle bestimmt. Die verfolgten Fälle werden immer größer und

komplexer, da zunehmend vernetzte Strukturen mit mehreren Beteiligten zu prüfen sind. Mit dem gestiegenen Fallaufkommen steigt der mit diesen Großfällen verbundene Ermittlungs- und Prüfungsaufwand der Stellen. Vor diesem praxisrelevanten Hintergrund beteiligt sich der GKV-Spitzenverband aktiv an dem neuen Forschungsprojekt Kriminelle Netzwerke (vgl. Punkt 3.4).

Ebenso dürfte hier die hohe Anzahl der verfolgten Neufälle aus dem vorangegangenen Berichtszeitraum 2018/2019 nachwirken: Mit den verfügbaren Personalressourcen konnten nicht alle Neufälle abschließend bearbeitet werden und mussten somit als Bestandsfälle in den vorliegenden Berichtszeitraum übernommen werden.

Die Mitgliedskassen berichten außerdem von einer längeren Dauer der strafrechtlichen Ermittlungsverfahren, da auch die Strafverfolgungsbehörden von der Covid-19-Pandemie betroffen waren. Dort mussten Durchsuchungsbeschlüsse und Vernehmungen aufgeschoben werden, ebenso Gerichtstermine.

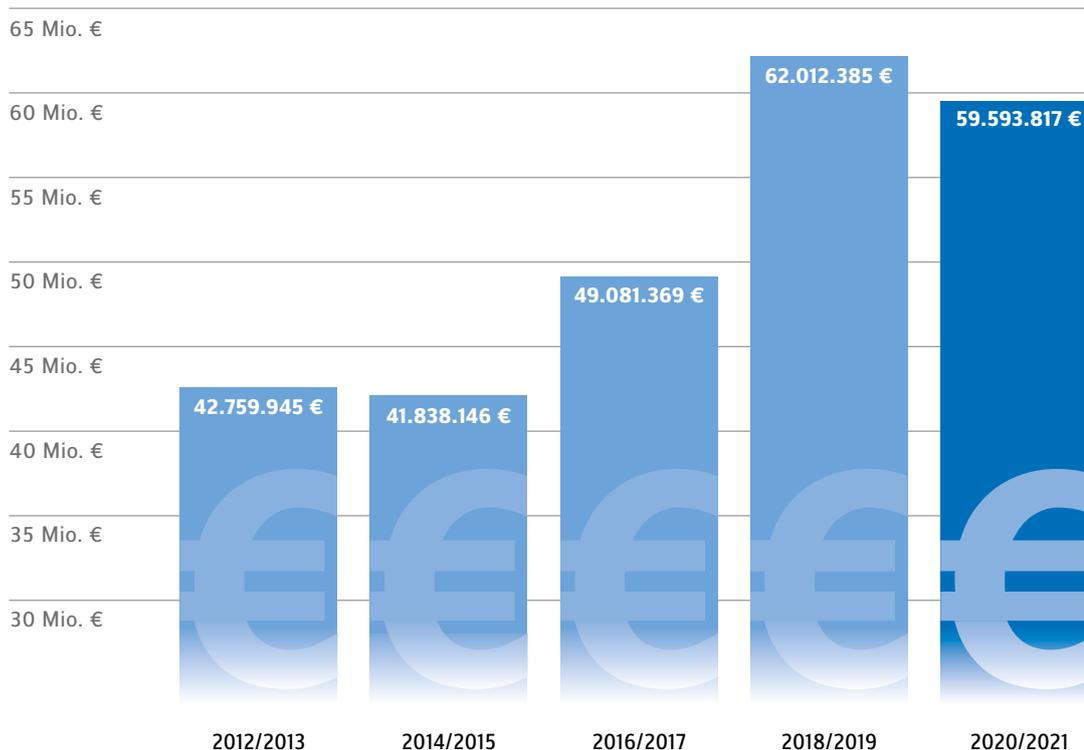
### 5.2.3 Höhe der gesicherten Forderungen in Euro

Trotz eines insgesamt angestiegenen Fallaufkommens ist die Höhe der gesicherten Forderungen im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um insgesamt **3,90 % (= 2.418.568 Euro)** gesunken. Die Höhe der gesicherten Forderungen ist dennoch weit überdurchschnittlich und erreicht mit nahezu 59,60 Mio. Euro den zweithöchsten Wert seit dem Beginn der Berichterstattung.

Für jeden abgeschlossenen Fall erfassen die Kassen die Höhe der insoweit „gesicherten Forderungen“ in Euro. Der Begriff der „gesicherten Forderung“ orientiert sich an §§ 77 Abs. 1a, 78 SGB IV i. V. m. § 29a Abs. 2 Nr. 2a der VO über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung („Anhang zur Jahresrechnung der Krankenversicherung“). Nach § 77 Abs. 1a Nr. 5 SGB IV sind Erträge des Rechnungsjahres „unabhängig von

## Abbildung 2: Höhe der gesicherten Forderungen in Euro nach Berichtszeiträumen

Aktueller Berichtszeitraum im Vergleich zu den vorangegangenen Berichtszeiträumen



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 Abs. 1 Nr. 1 StPO), z. B. durch Schuldanerkenntnis gem. § 781 BGB.<sup>20</sup>

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

<sup>20</sup> Vgl. BSG, Beschl. v. 27. November 2014 - B 3 KR 22/14 B.

### 5.2.4 Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft

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

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

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

- Betrug (§ 263 StGB)
- Untreue (§ 266 StGB)
- Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr (§ 299 StGB)
- Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§ 299a StGB)
- Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299b StGB)
- Vorteilsannahme (§ 331 StGB)
- Bestechlichkeit (§ 332 StGB)
- Vorteilsgewährung (§ 333 StGB)
- Bestechung (§ 334 StGB)

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

Im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum ergibt sich ein erneuter Rückgang der erfolgten Unterrichtungen der Staatsanwaltschaft um **14,02 % (= 414 Unterrichtungen)**. Die Anzahl

der Unterrichtungen liegt damit erstmals unter dem Durchschnitt der letzten fünf Berichtszeiträume (2.800).

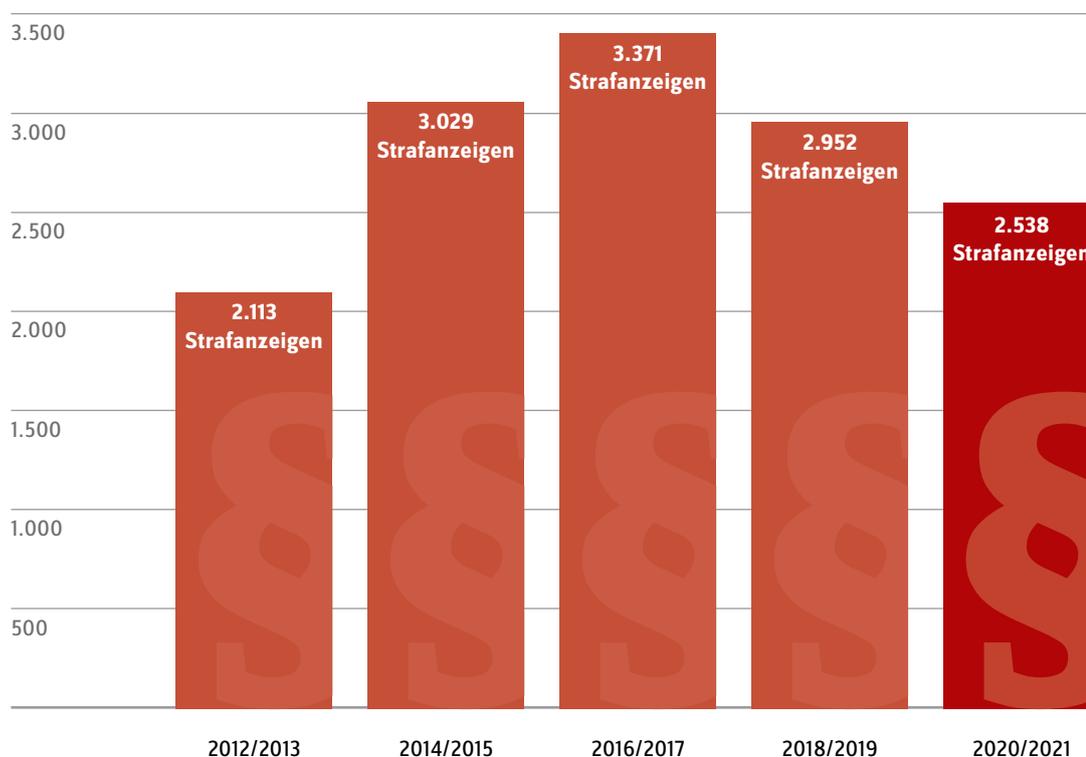
Ein Grund dürfte darin zu suchen sein, dass sich parallel auch die Anzahl der verfolgten Neufälle in gleicher Höhe rückläufig entwickelt hat. Diese Entwicklung ist aber auch darauf zurückzuführen, dass die Krankenkassen in den einzelnen Bundesländern mit weiter zunehmender Tendenz kassenartenübergreifend zusammenarbeiten und in diesem Rahmen immer stärker dazu übergehen, die zuständige Staatsanwaltschaft dann auch gemeinsam und „qualifiziert“ zu unterrichten. Die gemeinsame Strafanzeige wird dann konsequent nur einmal gezählt, und zwar beim Fallfederführer.

Demgegenüber hat sich die Anzahl der Fälle von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen in der Polizeilichen Kriminalstatistik für das Jahr 2021 zwar verdreifacht.<sup>21</sup> Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes ist dieser Anstieg aber vor allem auf bundesweite Ermittlungsverfahren wegen Abrechnungsbetrug bei Corona-Tests oder Fälschung von Impfnachweisen zurückzuführen. Entsprechende Hinweise und Fälle fallen jedoch nicht in die sachliche Zuständigkeit der Stellen nach § 197a SGB V.

21 Vgl. Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2021, S. 12.

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

Aktueller Berichtszeitraum im Vergleich zu den vorangegangenen Berichtszeiträumen



### 5.3 Differenzierung der GKV-Gesamtsicht nach Leistungsbereichen

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

Auf der Grundlage der näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes gem. § 197a Abs. 6

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

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

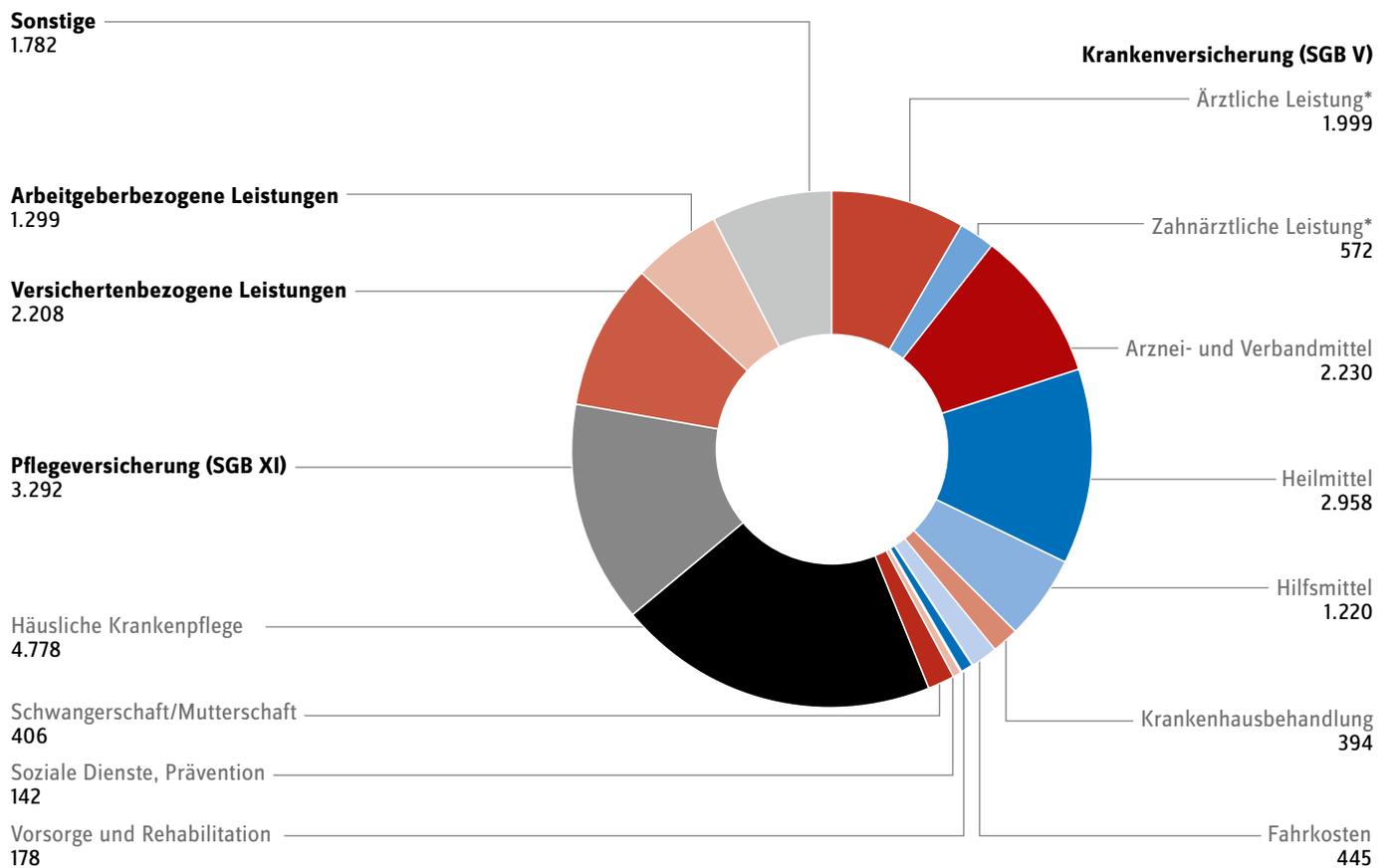
1. Hinweise		2. Verfolgte Fälle		3. Abgeschlossene Fälle		4. Schäden			5. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	
1.1. Anzahl der eingegangenen externen Hinweise	1.2. Anzahl der eingegangenen internen Hinweise	2.1. Anzahl der verfolgten Bestandsfälle	2.2. Anzahl der verfolgten Neufälle	3.1. Anzahl der abgeschlossenen Fälle insgesamt	3.2. Anzahl der nachgewiesenen Fälle	4.1. Entstandener Schaden in Euro	4.2. Gesicherte Forderung in Euro	4.3. Verhinderter Schaden in Euro		
										<b>a) Krankenversicherung (SGB V)</b>
2.559	460	1.910	2.052	1.999	745	9.798.491,39	4.707.865,21		104	aa) Ärztliche Leistung
714	260	637	761	572	225	941.361,40	998.109,69		14	bb) Zahnärztliche Leistung
1.884	1.138	1.958	2.266	2.230	877	26.858.105,56	9.669.547,26		313	cc) Arznei- und Verbandmittel
4.928	526	3.335	3.252	2.958	1.503	8.569.512,39	6.808.093,40		252	dd) Heilmittel
1.210	434	1.093	1.018	1.220	549	6.765.190,31	3.441.679,56		70	ee) Hilfsmittel
673	90	396	384	394	152	14.885.881,55	4.436.791,53		24	ff) Krankenhausbehandlung
740	117	442	530	445	196	12.101.154,68	5.788.514,82		56	gg) Fahrkosten
251	30	157	152	178	82	159.043,73	106.415,79		13	hh) Vorsorge und Rehabilitation
191	36	128	133	142	64	280.618,21	133.236,59		16	ii) Soziale Dienste, Prävention
628	110	378	420	406	195	1.469.530,61	549.319,62		36	jj) Schwangerschaft/ Mutterschaft
8.618	656	5.000	4.688	4.778	2.245	29.604.013,34	14.964.962,73		356	kk) Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
6.241	726	2.349	3.390	3.292	1.115	9.357.384,53	3.331.899,53		362	<b>b) Pflegeversicherung (SGB XI)</b>
2.223	1.362	1.425	2.592	2.208	803	6.519.452,17	2.227.073,54		715	<b>c) Versichertenbezogene Leistungen</b>
742	707	842	1054	1299	398	3.379.774,54	1.517.733,54		96	<b>d) Arbeitgeberbezogene Leistungen</b>
1.100	246	401	649	1.782	1.146	1.181.485,15	912.573,85		111	<b>e) Sonstige Hinweise und Fälle</b>
<b>32.702</b>	<b>6.898</b>	<b>20.451</b>	<b>23.341</b>	<b>23.903</b>	<b>10.295</b>	<b>131.870.999,56</b>	<b>59.593.816,66</b>		<b>2.538</b>	<b>Summen der Hinweise, Fälle und Schäden</b>

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

6. Anzahl der Leistungserbringer (Hinweise)		7. Anzahl der Leistungserbringer (verfolgte Fälle)		8. Anzahl der Leistungserbringer (abgeschlossene Fälle)		
6.1. bei denen es die o. g. externen Hinweise gab	6.2. bei denen es die o. g. internen Hinweise gab	7.1. bei denen die o. g. Bestandsfälle verfolgt wurden	7.2. bei denen die o. g. Neufälle verfolgt wurden	8.1. bei denen die o. g. Fälle abgeschlossen wurden	8.2. bei denen die o. g. Fälle nachgewiesen wurden	
2.807	630	2.940	2.800	2.676	867	aa) Ärztliche Leistungserbringer
612	245	669	802	580	226	bb) Zahnärztliche Leistungserbringer
1.014	756	1.486	1.465	1.478	521	cc) Apotheken
4.854	507	3.639	3.553	3.095	1.472	dd) Heilmittelerbringer
1.253	535	1.652	1.289	1.648	673	ee) Hilfsmittelerbringer
607	89	422	417	436	132	ff) Krankenhaus
684	118	479	555	438	168	gg) Krankenförderungsunternehmen
213	21	153	132	176	65	hh) Leistungserbringer Vorsorge und Rehabilitation
171	50	111	151	128	40	ii) Leistungserbringer Soziale Dienste, Prävention
606	103	390	430	416	176	jj) Hebammen
7.671	647	5.189	4.806	4.907	2.071	kk) Leistungserbringer Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
5.789	599	2.271	3.031	3.112	939	<b>b) Leistungserbringer Pflegeversicherung (SGB XI)</b>
2.619	1.750	2.366	3.561	3.240	1.253	<b>c) Versicherte</b>
765	708	919	1.049	1.403	372	<b>d) Arbeitgeber</b>
13	13	19	18	20	10	<b>e) Mitarbeiter Kranken- und Pflegekassen</b>
<b>1.159</b>	<b>286</b>	<b>718</b>	<b>1.063</b>	<b>1.804</b>	<b>197</b>	<b>f) Sonstige</b>
<b>30.837</b>	<b>7.057</b>	<b>23.423</b>	<b>25.122</b>	<b>25.557</b>	<b>9.182</b>	<b>Summe der Anzahl der Leistungserbringer/Versicherten</b>

### 5.3.1 Abgeschlossene Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen

Abbildung 4: Abgeschlossene Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen

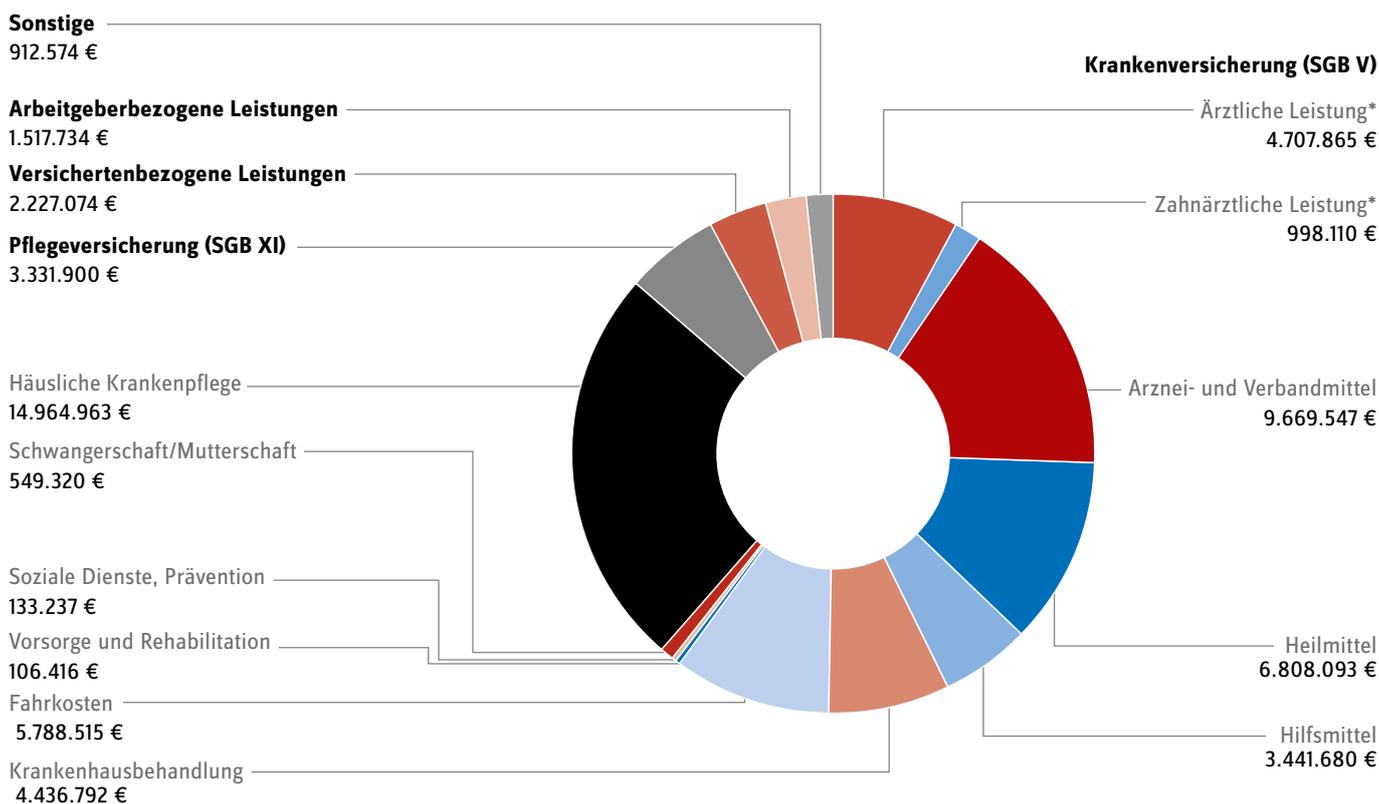


\* Die Bekämpfung von Fällen vertrags(-zahn-)ärztlichen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen ist gem. § 81a Abs. 1 SGB V die originäre Aufgabe der Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen. Die Ergebnisse entsprechender Pflichtverletzungen werden deshalb in den Berichten der insoweit zuständigen Kassenärztlichen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

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

**5.3.2 Gesicherte Forderungen nach betroffenen Leistungsbereichen in Euro**

**Abbildung 5: Gesicherte Forderungen in Euro nach betroffenen Leistungsbereichen**

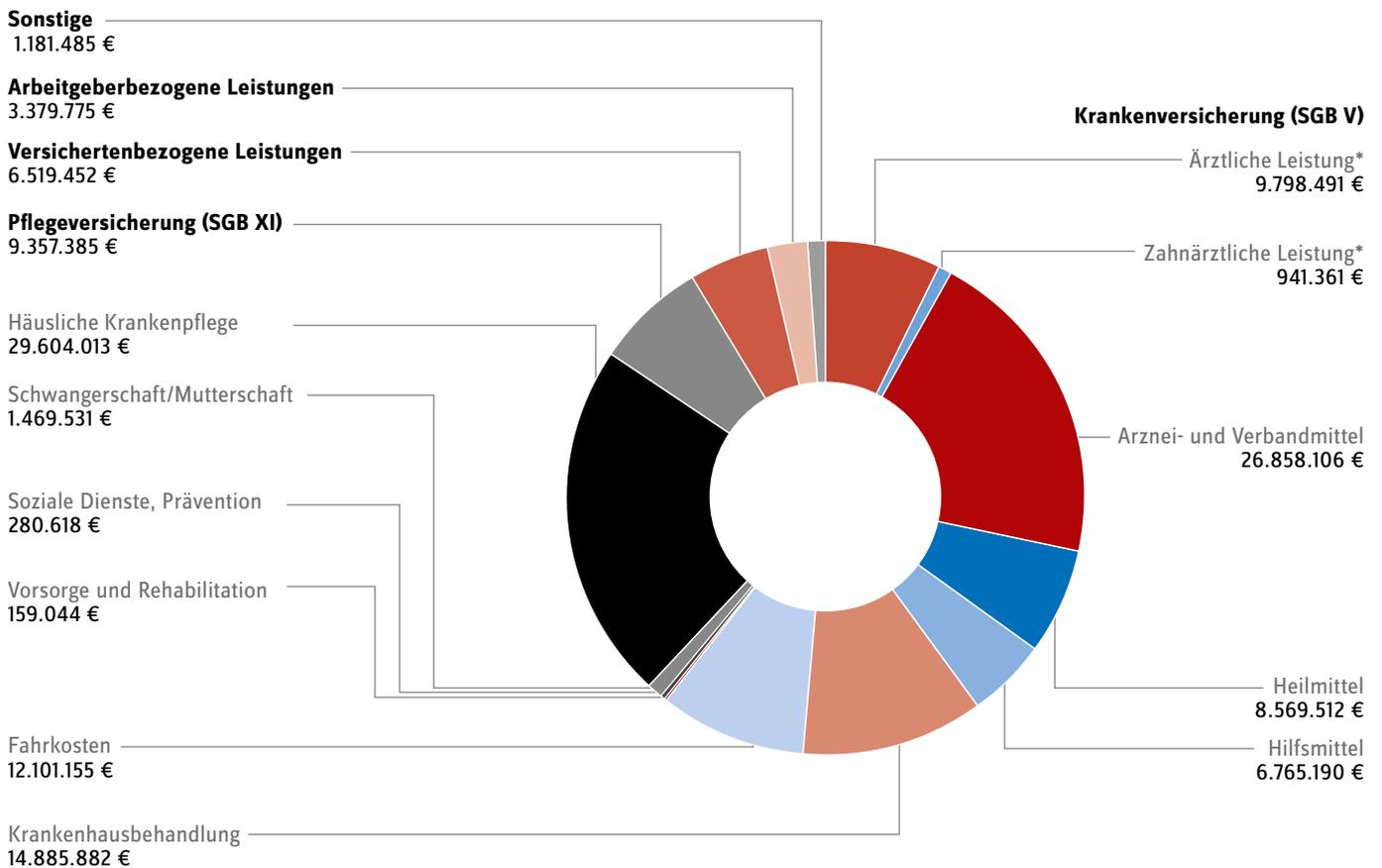


\* Die Bekämpfung von vertrags(-zahn-)ärztlichem Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist gem. § 81a Abs. 1 SGB V die originäre Aufgabe der Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen. Die Ergebnisse entsprechender Pflichtverletzungen werden deshalb in den Berichten der insoweit zuständigen Kassenärztlichen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

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

### 5.3.3 Entstandene Schäden nach betroffenen Leistungsbereichen in Euro

Abbildung 6: Entstandene Schäden in Euro nach betroffenen Leistungsbereichen



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

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

## 5.4 Bewertung ausgewählter GKV-Kennzahlen

Die nach betroffenen Leistungsbereichen differenzierten GKV-Kennzahlen dokumentieren für den Berichtszeitraum 2020/2021 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.“<sup>22</sup>

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.<sup>23</sup> 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

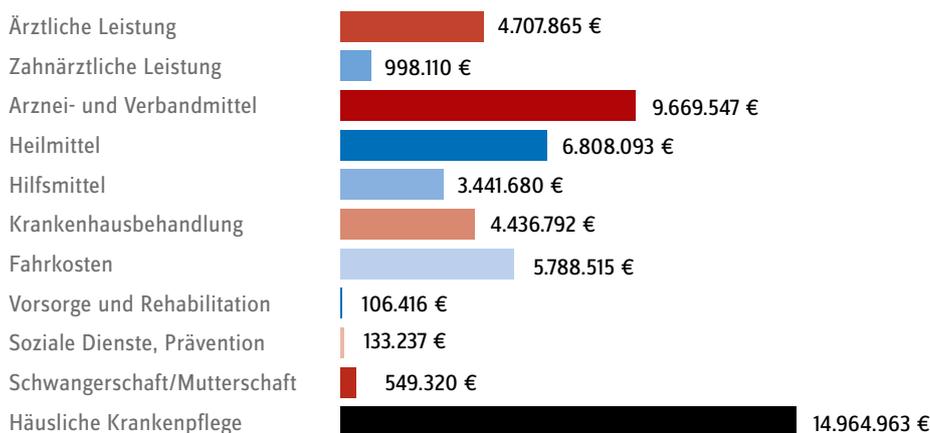
Die Höhe der gesicherten Forderungen erreicht mit nahezu 59,60 Mio. Euro den zweithöchsten

<sup>22</sup> Vgl. BT-Drs. 16/3930, S. 191.

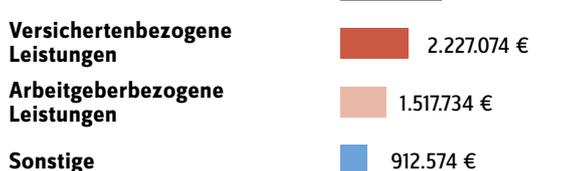
<sup>23</sup> Vgl. die entsprechende Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/6446, S. 24.

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

#### Krankenversicherung (SGB V)



#### Pflegeversicherung (SGB XI)



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 abgeschlossenen Berichtszeitraum erneut die mit Abstand höchsten Forderungen im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege gesichert werden:

Die Einrichtung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen stärkt nach der Gesetzesbegründung den „effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich“.<sup>24</sup> Vor allem der Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen stellt dabei gegenwärtig eine besonders sozialschädliche Form der Wirtschaftskriminalität mit hohen Schadenssummen und negativer Auswirkung auf die Integrität des Gesundheitswesens dar.

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

Die Höhe dieses entstandenen Schadens war gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V erstmals im abgeschlossenen Berichtszeitraum 2018/2019 zu erheben. Mit dieser Erweiterung der Berichtspflicht der Vorstände über die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen soll für die Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung zukünftig „auch das tatsächlich weitgehend unklare Ausmaß des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen erhellt werden“.<sup>25</sup>

#### **5.4.2 Höhe der tatsächlich entstandenen Schäden in Euro**

Nach der Gesetzesbegründung zur Neuregelung des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V musste im Berichtszeitraum 2020/2021 nunmehr zum zweiten Mal der „entstandene Schaden“ beziffert werden, d. h. der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, „der durch Prüfungen nicht vermieden werden konnte“.<sup>26</sup>

Die Höhe der entstandenen Schäden beträgt nahezu 131,90 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 Häusliche Krankenpflege entstanden, gefolgt von den Arznei- und Verbandmitteln an zweiter Stelle.

Ein Vermögensschaden entsteht, wenn die Vermögensverfügung des Getäuschten bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise unmittelbar zu einer nicht durch Zuwachs ausgeglichenen Minderung des Gesamtwerts des Vermögens des Verfügenden führt (Gesamtsaldierung, ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs).<sup>27</sup> Das ist der Fall, wenn z. B. Leistungen abgerechnet wurden, die nicht erbracht wurden. Der entstandene Schaden berechnet sich hier aus der Differenz zwischen der Vergütung der abgerechneten und der abrechenbaren Leistung.

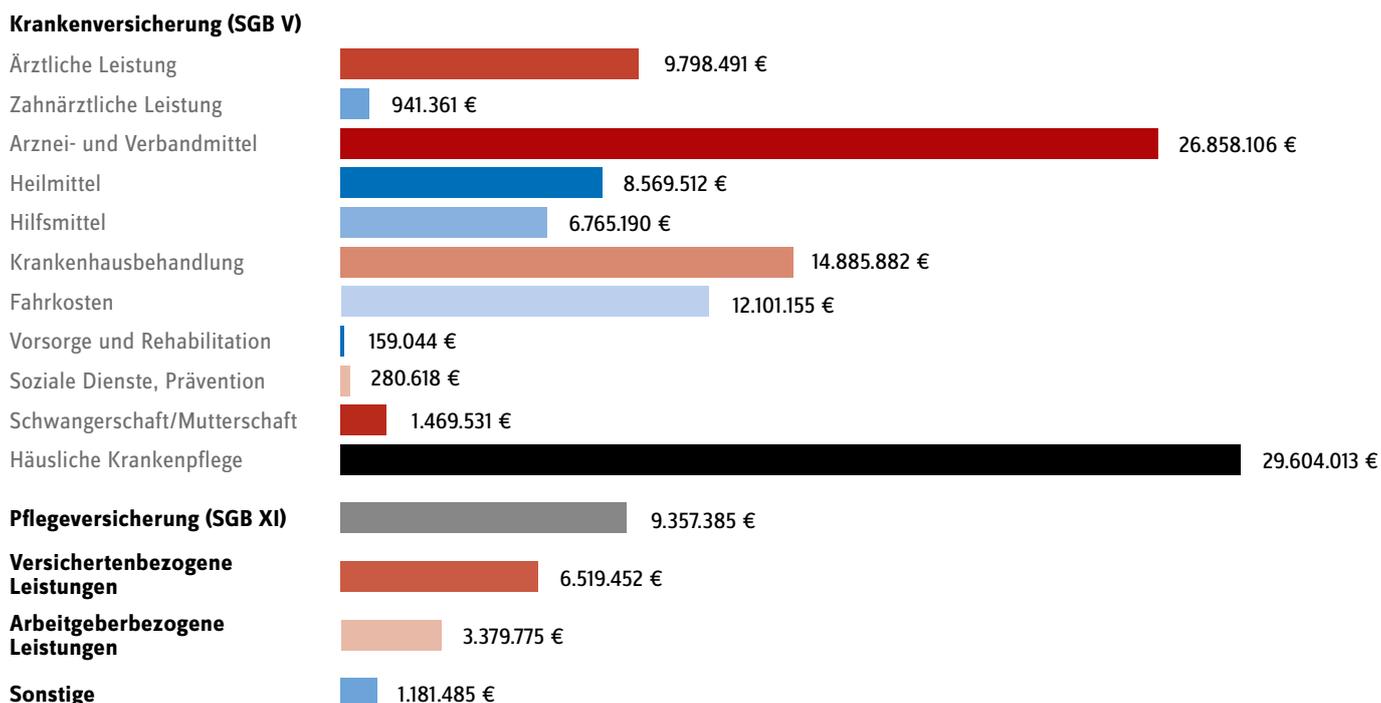
In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung liegt ein Vermögensschaden aber auch dann vor, wenn Leistungen tatsächlich erbracht wurden, dabei aber gegen gesetzliche Vorschriften oder vertragliche Vereinbarungen, z. B. eine formale Qualifikation des Personals, verstoßen wurde. Der entstandene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

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

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

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

27 Vgl. etwa BGH, Beschl. v. 16. Juni 2014 - 4 StR 21/14 m. w. N.

**Abbildung 8: Höhe der entstandenen Schäden in Euro nach betroffenen Leistungsbereichen**

dem gesamten Wert der abgerechneten Leistung. Nach den insoweit maßgeblichen Grundsätzen des Sozialrechts entfällt nämlich der gesamte Vergütungsanspruch des Leistungserbringers (streng formale Betrachtungsweise). Dies ergibt sich aus Folgendem: Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts können die Krankenkassen z. B. auf formalen Ausbildungs- und Weiterbildungsqualifikationen bestehen, weil sonst eine den praktischen Erfordernissen entsprechende Qualitätskontrolle der Leistungserbringung nicht möglich ist. Die Abrechenbarkeit von Leistungen knüpft streng an die formale Qualifikation des Personals an, wobei die vertragliche Vereinbarung mit dem Leistungserbringer maßgeblich ist. Dem

Leistungserbringer steht daher für Leistungen, die er unter Verstoß gegen gesetzliche Vorschriften oder vertragliche Vereinbarungen bewirkt, auch dann keine Vergütung zu, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht sind.<sup>28</sup>

Die entstandenen Schäden lassen sich häufig nur als Ergebnis eines Ermittlungsverfahrens in ihrer tatsächlichen Höhe bestimmen. Sofern es nach den Umständen des Einzelfalls nahe liegt, dass sich Falschabrechnungen gleichmäßig auf alle Abrechnungen eines zu überprüfenden Zeitraums erstrecken, sollte zukünftig nicht nur bei Vertragsärzten<sup>29</sup>, sondern auch bei nicht-ärztlichen Leistungserbringern<sup>30</sup> auf die anerkannte Möglichkeit

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

29 Vgl. BGH St 36,320.

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

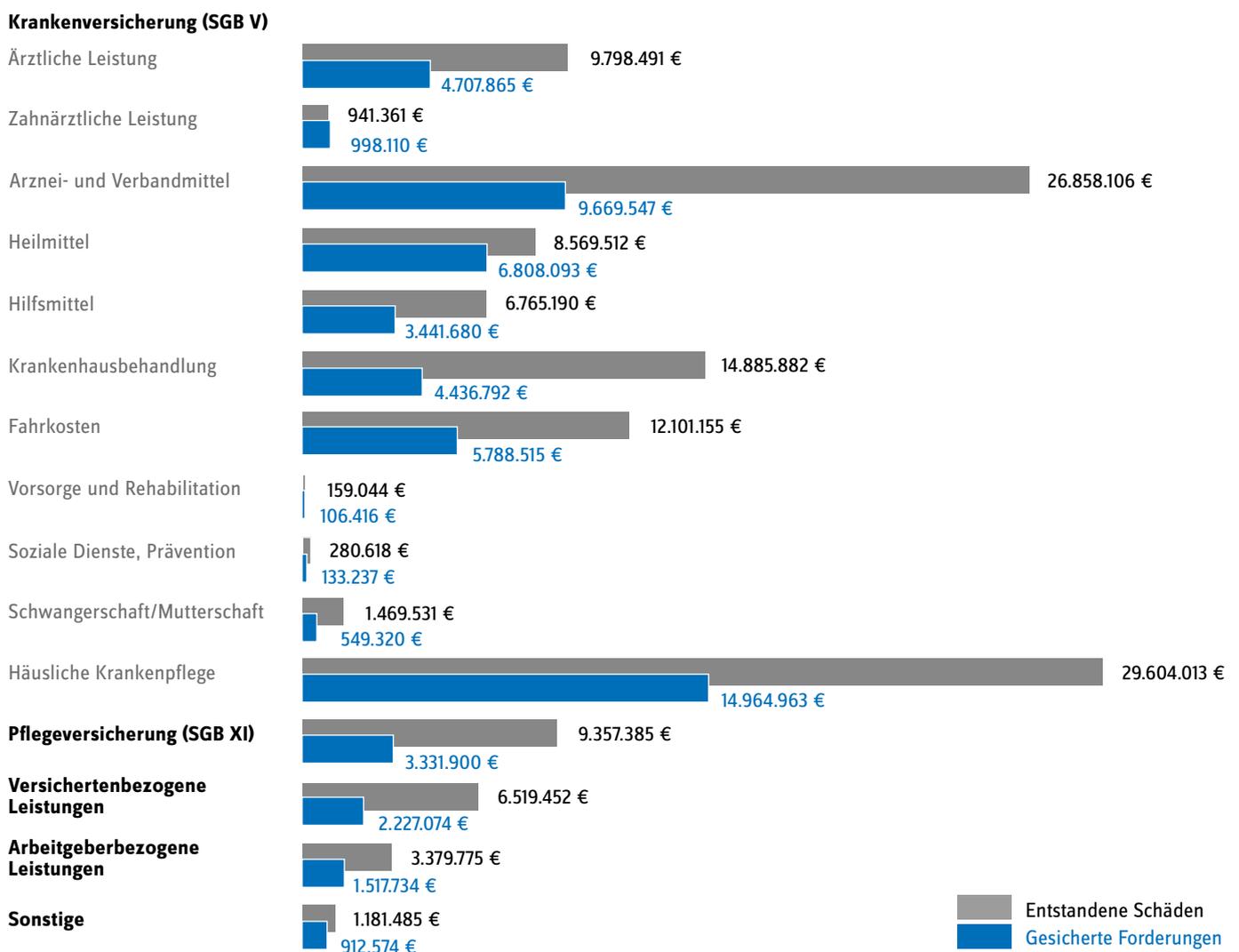
der Schadenshochrechnung hingewirkt werden.<sup>31</sup> Anders können Ausmaß und Umfang von Manipulationen bei typischerweise mehreren hundert oder tausend Abrechnungsfällen nicht mit zumutbarem Aufwand beziffert werden.

### 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

<sup>31</sup> Vgl. Ruckdeschel et. al., Methode zur Berechnung eines Garantieschadens als sichere untere Schranke für den Gesamtschaden, medstra 2017, 67-79.

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



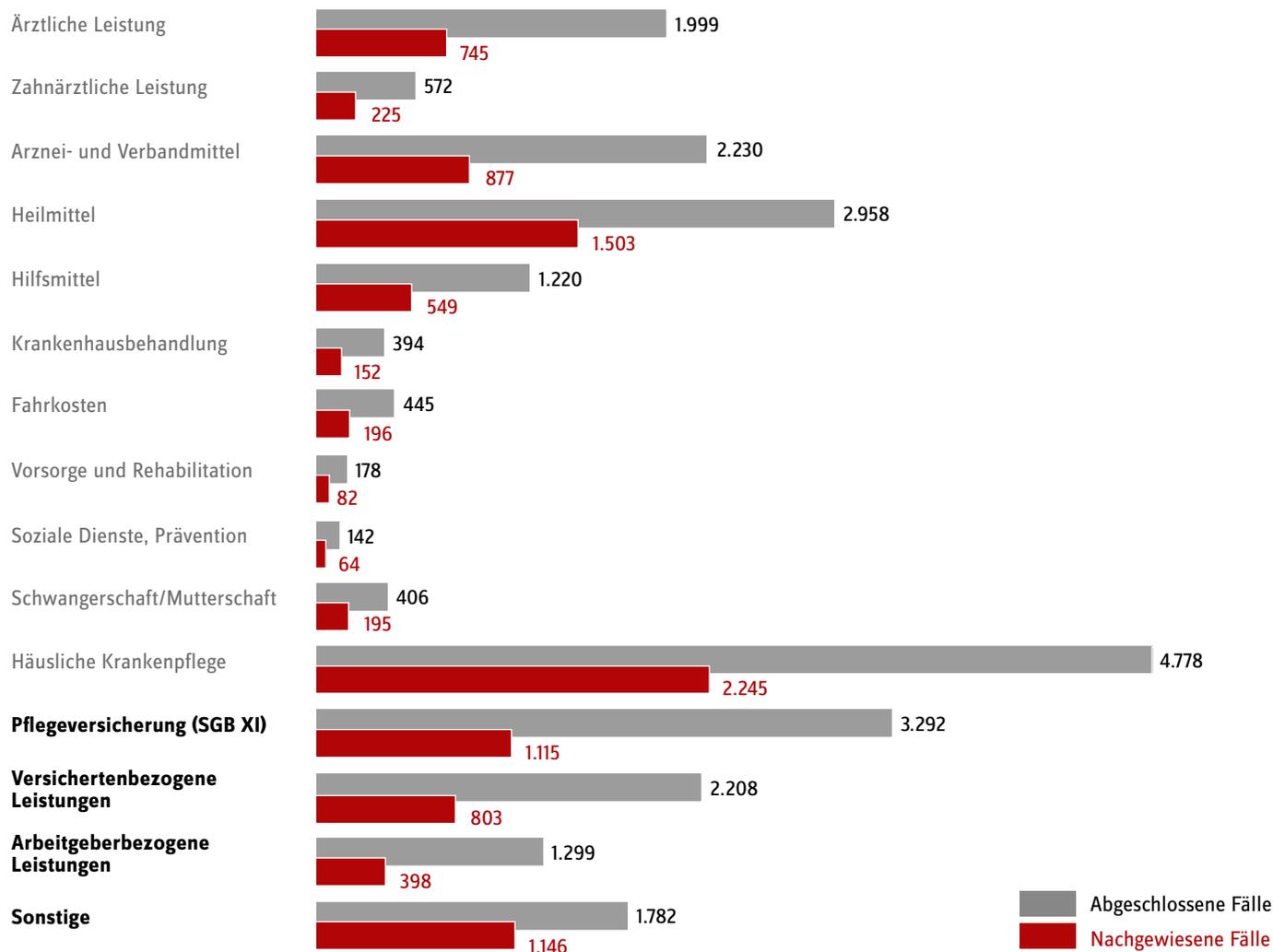
nicht nachgewiesen gelten die abgeschlossenen Fälle, in denen sich ein Verdacht auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen nicht bestätigt hat. Gemäß § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V bestand für die Mitgliedskassen im abgeschlossenen Berichtszeitraum erstmals die gesetzliche Verpflichtung, auch die Anzahl der nachgewiesenen Fälle gesondert auszuweisen. Ein abgeschlossener Fall gilt als

nachgewiesen, wenn sich ein Verdacht auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen bestätigt hat.

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

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

#### Krankenversicherung (SGB V)



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.<sup>32</sup>

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

Besonders deutlich treten Schwierigkeiten der Nachweisführung am Beispiel der ambulanten Pflege zutage. Dort lässt sich beispielsweise die 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.<sup>33</sup> Hier ist der Gesetzgeber gefordert, die dabei vorherrschenden praktischen Probleme zugunsten der Möglichkeit einer effektiveren Beweisführung zeitnah aufzulösen.

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

#### 5.4.4 Anzahl der verfolgten Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen

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

Der GKV-Spitzenverband hat in seinen vorangegangenen Berichten stets darauf hingewiesen, dass die bestehende Regelung in Bezug auf die Anzahl der verfolgten und abgeschlossenen Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen zwangsläufig dazu führte, dass bei der Zusammenführung auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes unvermeidlich „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 Leistungserbringer oder Versicherten.

Im Berichtszeitraum 2020/2021 wurden insgesamt 43.792 verfolgte Bestands- und Neufälle erfasst. Beispielhaft soll nachfolgend der Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) näher betrachtet werden. Die dort ausgewiesene Kennzahl von 9.688 verfolgten Bestands- und Neufällen im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege bedeutet nicht, dass 9.688 unterschiedliche Leistungserbringer verfolgt wurden: Da Leistungserbringer im Regelfall immer mit mehreren Kassenarten abrechnen, werden bei einem verfolgten Fall typischerweise oft mehrere Kassen betroffen

<sup>32</sup> Vgl. Nummer 26 Abs. 3 der Anordnung über Mitteilungen in Strafsachen (MiStra).

<sup>33</sup> Stellvertretend für die Perspektive einer Schwerpunktstaatsanwaltschaft zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen Rettke, medstra 2019, 262-263.

sein. Auch wenn es sich dabei teilweise um denselben Leistungserbringer handeln könnte, wird bei jeder betroffenen Kasse ein eigener verfolgter Fall gezählt.

#### 5.4.5 Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten

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

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

Voraussetzung für die notwendige Bereinigung auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes ist, dass es sich sowohl um denselben Leistungserbringer als auch um denselben Sachverhalt handeln muss. Eine belastbare Bereinigung kann deshalb nur dort erfolgen, wo mehrere geschädigte Kassen bei der Verfolgung eines kassenübergreifenden Falls gem. § 197a Abs. 3a SGB V zusammengearbeitet haben. Solange mehrere Kassen nur unabhängig voneinander gegen denselben Leistungserbringer vorgegangen sind, kann vom GKV-Spitzenverband nicht zweifelsfrei festgestellt werden, ob den Fällen auch tatsächlich dieselben Sachverhalte zugrunde lagen.

Die entscheidende Voraussetzung für die praxistaugliche Bereinigung auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes war deshalb, dass beginnend ab dem 1. Januar 2018 im Rahmen der verstärkten

kassenübergreifenden Zusammenarbeit in den einzelnen Bundesländern, z. B. in Prüfgruppen, für denselben Leistungserbringer und denselben Sachverhalt stets eine einheitliche „Fall-ID“ vergeben, erfasst und schließlich an den GKV-Spitzenverband gemeldet wurde.

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

Sofern dabei mehrere geschädigte Kassen im Rahmen der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit wegen desselben Sachverhaltens gegen denselben Leistungserbringer ermittelt haben, ist auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes eine Bereinigung der Kennzahlen in der Tabelle der GKV-Gesamtsicht Teil 2 erfolgt. Alle insoweit betroffenen Leistungserbringer werden nur einmal gezählt.

Sofern die Kassen jedoch unabhängig voneinander gegen denselben Leistungserbringer ermittelt haben, z. B. wegen unterschiedlicher Sachverhalte, war eine Bereinigung auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes dagegen nicht angezeigt.

Im Ergebnis der Bereinigung haben die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes also in dem hier beispielhaft ausgewählten Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) nach eigenen Angaben gegen 8.570 unterschiedliche Leistungserbringer (z. B. ambulante Pflegedienste) ermittelt.

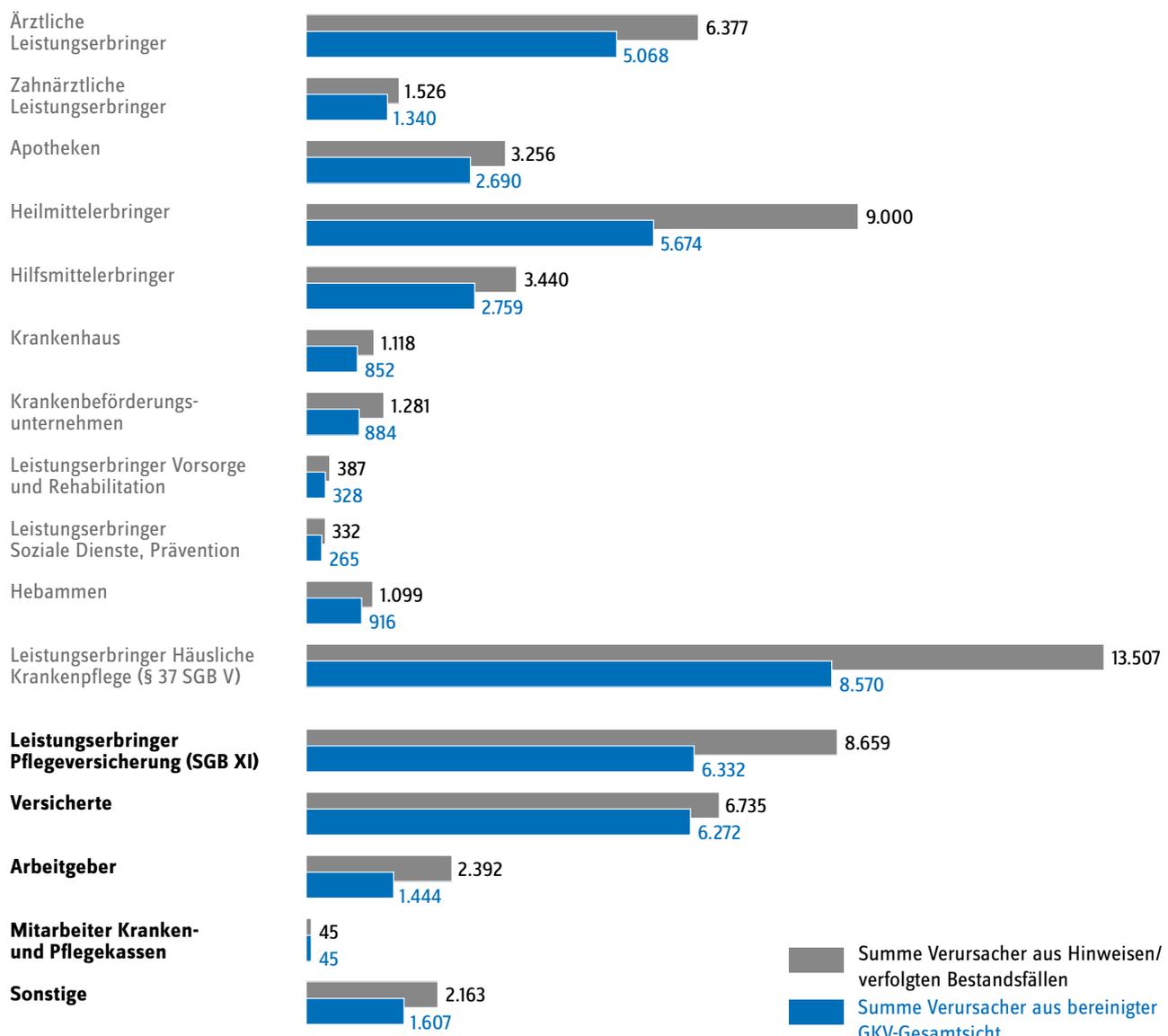
Während sich die Anzahl der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege und Pflege im Berichtszeitraum leicht rückläufig entwickelt hat, ist in allen anderen Leistungserbringergruppen ein - teilweise deutlicher - Anstieg zu verzeichnen.

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des betreffenden Leistungserbringers, sondern auch gegen die Versicherten wegen deren möglicher Beteiligung zu ermitteln.

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

**Krankenversicherung (SGB V)**



## 5.5 Schlussfolgerung und Ausblick

Die mit dem Inkrafttreten von Art. 3 des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen erfolgte Neuregelung des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V bewirkt eine wesentliche Erweiterung des vom GKV-Spitzenverband seit dem Berichtszeitraum 2010/2011 bislang auf freiwilliger Grundlage entwickelten Berichtswesens. Mit der vorliegend dokumentierten Erweiterung der Berichtspflicht der Vorstände über die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen kann für die Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung „auch das tatsächlich weitgehend unklare Ausmaß des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen etwas weiter erhellt werden“.<sup>34</sup>

Die Höhe der gesicherten Forderungen erreicht mit rund 59,60 Mio. Euro den zweithöchsten 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 rund 131,90 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.<sup>35</sup>

Nach der Neuregelung des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V muss zukünftig auch der „verhinderte Schaden“ beziffert werden. Nach der Gesetzesbegründung soll hier der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung beziffert werden, „der durch Prüfungen vermieden werden konnte“.<sup>36</sup>

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“.<sup>37</sup>

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.<sup>38</sup>

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 Abs. 5, 197a Abs. 5 SGB V entwickelt. Mit Antwortschreiben vom 5. April 2018 hat das Bundesministerium für Gesundheit jedoch mitgeteilt, dass es dieses Anliegen derzeit „nicht als vordringlich erachtet“.

<sup>34</sup> Vgl. die Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/6446, S. 24.

<sup>35</sup> Vgl. nur Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2021, S. 4.

<sup>36</sup> Vgl. BT-Drs. 18/6446, S. 24 f.

<sup>37</sup> Vgl. Steinmann-Munzinger, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 81a SGB V, Rn 25.1.

<sup>38</sup> 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.

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 Abs. 5 SGB V erfüllen zu können. Neue wissenschaftliche Forschungsergebnisse unterstützen diese Schlussfolgerung.<sup>39</sup> Daher hat der GKV-Spitzenverband diese Fragestellung bereits im Jahr 2019 im Rahmen des Erfahrungsaustausches gem. § 197a Abs. 3 SGB V aufgegriffen und zur Diskussion gestellt und im unmittelbaren Anschluss auch im Dialog mit dem Europäischen Netzwerk gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (EHFCN) im Rahmen einer gemeinsamen internationalen Konferenz vertieft.

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 im abgeschlossenen Berichtszeitraum 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 seit dem Jahr 2015 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“, der sogenannte „prevented fraud“.<sup>40</sup>

Die amtlichen Veröffentlichungen belegen 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.<sup>41</sup> Die Kennzahl des verhinderten Schadens habe sich inzwischen zu einer Schlüssel-Kennziffer der Betrugsprävention in der öffentlichen Verwaltung Großbritanniens entwickelt. Die amtlichen Veröffentlichungen lassen aber bislang keine tiefgehenden 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 noch im Aufbau befindet, die „Public Sector Fraud Authority“ (PSFA).

Da die Bezifferung des sogenannten „verhinderten Schadens“ nicht nur den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in § 197a Abs. 5 SGB V vorgegeben wurde, sondern gleichermaßen auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 81a Abs. 5 SGB V verbindlich ist, regt der GKV-Spitzenverband an, dass das Bundesministerium für Gesundheit auf interministerieller Ebene einen Erfahrungsaustausch mit der neugegründeten „Public Sector Fraud Authority“ ermöglichen sollte, der tiefgehende Einblicke in das etablierte Regierungsprogramm erlaubt. Dazu könnten idealerweise die im Jahr 2023 erstmals geplanten Regierungskonsultationen mit Großbritannien genutzt werden.

39 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.

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

41 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 2020/2021 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 denen im Berichtszeitraum neue höchstgerichtliche Grundsatzentscheidungen ergangen sind.<sup>42</sup> Als abschließend geklärt kann nunmehr die Verfassungsmäßigkeit der streng formalen Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts angesehen werden.<sup>43</sup>

Für den abgeschlossenen Berichtszeitraum sollen darüber hinaus weitere ausgewählte anonymisierte Fallbeispiele aus der Ermittlungstätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beschrieben werden. Die Fallbeispiele wurden von den Mitgliedskassen übermittelt und für den vorliegenden Bericht lediglich redaktionell angepasst. Bei der Mehrzahl der Beispiele handelt es sich um Fallkonstellationen, bei denen mehrere Kassen in einem Bundesland betroffen waren und daher gem. §§ 197a Abs. 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 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.<sup>44</sup>

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 Organisierter Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste

Am 23. Oktober 2019 fand die bislang größte polizeiliche Durchsuchungsmaßnahme im Umfeld der Betrugsbekämpfung des Gesundheitswesens in Bayern statt. Der Ermittlungsverdacht richtete sich gegen organisierte Kriminelle bei 13 Pflegediensten. Die Pflegedienste sollen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen Leistungen im großen Stil abgerechnet haben, die tatsächlich nicht erbracht worden sind; nicht zuletzt auch, da die Leistungen medizinisch überhaupt nicht notwendig waren und durch Vorspiegelung falscher Tatsachen bzw. durch Gefälligkeitsgutachten von Ärztinnen und Ärzten erschlichen wurden. Versicherte wurden hierfür durch Kickback-Zahlungen entschädigt. Die AOK hat in den Verfahren die Fallfederführung für die Kranken- und Pflegekassen bzw. die Sozialhilfeträger übernommen.

Beispielhaft werden nachfolgend die Entwicklungen bei zwei der 13 Pflegedienste ausführlicher dargestellt. Nach wie vor wurde gegen zahlreiche der Beteiligten noch keine Anklage erhoben, da die Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden noch nicht abgeschlossen sind. Vor diesem Hintergrund hat sich der GKV-Spitzenverband dazu entschlossen, eine Vertreterin der zuständigen Kriminalpolizeiinspektion zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V einzuladen und zu

---

42 Zum Abrechnungsbetrug im Zusammenhang mit dem Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums vgl. BGH, Urteil vom 19. August 2020 - 5 StR 558/19. Zum Abrechnungsbetrug ambulanter Pflegedienste vgl. BGH, Beschluss vom 30. Juni 2021 - 1 StR 177/21 sowie BGH, Beschluss vom 20. Oktober 2021 - 375/21.

43 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 5. Mai 2021 - 2 BvR 2023/20, 2 BvR 2041/20.

44 Vgl. BT-Drs. 18/6446.

bitten, über die praktischen Probleme bei der Strafverfolgung zu berichten (vgl. auch Punkt 3.3).

**Fallbeschreibung 1:** Aufgrund der umfangreichen Ermittlungen vor und nach der Durchsuchung im Oktober 2019 wurde Anklage gegen fünf Hauptbeschuldigte dieses Dienstes vor dem Landgericht erhoben. Die Hauptverhandlung begann im April 2021 und endete nach 15 Verhandlungstagen, insbesondere aufgrund der Einlassungen der beschuldigten Personen, mit einem Urteil.

Die Verantwortlichen des Pflegedienstes wurden wegen banden- und erwerbsmäßigem Betrug aufgrund von Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (i. d. R. Scheinabrechnungen) in hunderten von Fällen zu Haftstrafen von fünf Jahren und drei Monaten bis zu einem Jahr und zehn Monaten auf Bewährung verurteilt.

Der finanzielle Schaden laut Urteil beträgt über 3 Mio. Euro. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Kassen und Sozialhilfeträger tatsächlich in einer Höhe von bis zu 9 Mio. Euro finanziell geschädigt sind. Im Rahmen der Durchsuchung im Oktober 2019 hat die Staatsanwaltschaft bei den Verantwortlichen nur dieses Pflegedienstes 1,5 Mio. Euro in bar sowie Schmuck und Gold im Wert von über 200.000 Euro beschlagnahmt, die in das mittlerweile laufende Insolvenzverfahren einfließen. Ob darüber hinaus weitere Gelder zur Schadenswiedergutmachung realisiert werden können, ist aktuell noch offen. Der Versorgungsvertrag mit dem Pflegedienst wurde im Jahr 2020 gekündigt.

Neben den fünf Hauptbeschuldigten wurden auch Verfahren gegen beteiligte Dritte eröffnet. Darunter befinden sich z. B. 17 Mitarbeitende des Pflegedienstes (vier wurden bereits zu einer Bewährungsstrafe verurteilt) und sieben Versicherte bzw. Angehörige.

**Fallbeschreibung 2:** In einem weiteren Verfahren wurden die vier Hauptbeschuldigten dieses Pflegedienstes nach 32 Verhandlungstagen vor dem

Landgericht wegen banden- und gewerbsmäßigen Betruges in bis zu 200 Fällen zu Haftstrafen von sechs Jahren bis zu Bewährungsstrafen von einem Jahr und zehn Monaten verurteilt. Der finanzielle Schaden laut Urteil beträgt 2,5 Mio. Euro, liegt vermutlich aber weitaus höher (siehe unten).

Den Verantwortlichen des Pflegedienstes wurde Folgendes vorgeworfen:

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen gegenüber den Kranken-/Pflegekassen sowie Sozialhilfeträgern
- Kick-back-Zahlungen an Versicherte und deren Angehörige
- Anstellung von Angehörigen, die ausschließlich die eigenen Familienangehörigen pflegen bzw. versorgen
- Anstellung von Personen für ein fingiertes Beschäftigungsverhältnis
- Aufforderung von Mitarbeitenden, Leistungsnachweise abzuzeichnen, obwohl diese Leistungen nicht erbracht wurden
- Bedrohung bzw. Unter-Druck-Setzung von Mitarbeitenden

Neben den vier Hauptbeschuldigten sind zudem 15 weitere Mitarbeitende des Pflegedienstes, acht Patientinnen und Patienten, zwei Angehörige und drei Ärzte beschuldigt, am Betrug beteiligt gewesen zu sein. Der Großteil dieser Verfahren ist noch offen.

Im Rahmen der Durchsuchung im Oktober 2019 wurden von der Staatsanwaltschaft knapp 7 Mio. Euro in bar beschlagnahmt, die dem Hauptbeschuldigten bzw. dem Pflegedienst zugeordnet werden konnten. Die Kassen und Sozialhilfeträger gehen von einer finanziellen Schädigung in Höhe von bis zu 9 Mio. Euro aus.

Die Versorgungsverträge mit dem Pflegedienst wurden im Dezember 2019 aufgelöst, ein Jahr später wurde ein Insolvenzverfahren eröffnet. Im Rahmen des Insolvenzverfahrens konnte eine außergerichtliche, zivilrechtliche Einigung mit dem Hauptbeschuldigten erzielt und ein Vergleich

geschlossen werden. Insgesamt konnten so 6,5 Mio. Euro dem Insolvenzverfahren zugeführt werden; der Großteil dieses Betrags konnte an die Kassen und Sozialhilfeträger zurückfließen.

**Aufgreifkriterium:** Eigene Recherchen und Medizinischer Dienst

**Täter, Beteiligte:** Pflegedienstbetreiber, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Versicherte

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

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

**Fallbeschreibung 1:** Der Medizinische Dienst stellte bei einer Qualitätsprüfung fest, dass sich die Wohnorte der Versicherten deutlich außerhalb des Einzugsgebiets des Pflegedienstes befanden und die Sicherstellung der Pflegequalität nicht gegeben war. Dieser Pflegedienst verfügte über zwei eigenständig zugelassene Standorte, die mehr als über 100 km voneinander entfernt lagen. Bei den damaligen Zulassungen der Pflegedienste gab der Inhaber an, dass jeder Standort über die erforderliche Zahl an Mitarbeitenden verfüge. Wie sich jedoch anlässlich interner Überprüfungen ergab, verfügte der Pflegedienst zumindest in der 100 km nördlich gelegenen Einrichtung eben nicht über die notwendige Zahl von qualifizierten Mitarbeitenden. Die Anfragen der AOK beantwortete der Inhaber des Pflegedienstes stets damit, dass der nördliche Pflegedienst durch die Mitarbeitenden des südlichen Pflegedienstes (Entfernung mehr als 100 km) unterstützt würde. Diese Einlassungen waren aber aufgrund der Fahrstrecke nicht plausibel. Die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten bei der AOK hat daraufhin Strafanzeige gestellt.

Im Laufe des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens wandten sich die Verteidiger des Inhabers des Pflegedienstes an den Leiter der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten bei der AOK und zeigten sich bereit, den Schaden zu regulieren.

Nach zeitintensiven Verhandlungen konnte Einvernehmen darüber erzielt werden, dass der nördlich gelegene Pflegedienst bereits zu Beginn der Tätigkeit nicht über die notwendige fachliche Besetzung verfügte. Insoweit wurde die Zulassung gegenüber den einzelnen Krankenkassen durch Täuschung erschlichen. Folglich hätte der Pflegedienst auch nicht zugelassen werden dürfen.

Mit den Rechtsanwälten wurde Einvernehmen darüber erzielt, dass sämtliche im nördlichen Pflegedienst erbrachten Leistungen als Schaden anzuerkennen sind. Der Pflegedienst verpflichtete sich daraufhin, an alle betroffenen Krankenkassen einen Gesamtbetrag in Höhe von über 200.000 Euro zu zahlen. Ferner erklärte er sich auch bereit zur Zahlung einer Vertragsstrafe.

**Aufgreifkriterium:** Anlassprüfung des Medizinischen Dienstes

**Täter, Beteiligte:** Pflegedienstbetreiber

**Vorgehen im Fall:** Pandemiebedingt waren persönliche Gespräche nicht möglich. Daher wurden die Verhandlungen mit dem Pflegedienst, dessen Anwältinnen und Anwälten und den Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen von Telefonkonferenzen geführt. Über den Abschluss der Schadensregulierungsvereinbarung und die Auskehrung der Beträge an die Krankenkassen hat die AOK absprachegemäß die zuständige Staatsanwaltschaft informiert. Diese hat daraufhin das Ermittlungsverfahren gem. § 153a StPO eingestellt.

**Fallbeschreibung 2:** Bei einem Pflegedienst kamen Personen im Bereich der häuslichen Krankenpflege zum Einsatz, die nicht über die notwendige Qualifikation verfügten. Der Pflegedienst wurde zu einem persönlichen Gespräch eingeladen, in dessen Verlauf die Vertretung des Pflegedienstes mitteilte, dass dieser einer Organisation angehöre, die ebenfalls betreutes Wohnen, Tagespflege und stationäre Pflege anbiete. Im Bereich des betreuten Wohnens würde die erforderliche Versorgung der Patienten durch den ambulanten Pflegedienst erfolgen. Aber auch die

Mitarbeitenden des betreuten Wohnens würden im Bedarfsfall im ambulanten Bereich eingesetzt. Der Pflegedienst räumte ein, dass diese Gemengelage die Gefahr einer Unübersichtlichkeit und damit auch die Gefahr einer fehlerhaften Dokumentation berge. So sei es durchaus vorgekommen, dass bei der Erbringung der Behandlungspflege nichtqualifizierte Personen aus dem stationären Bereich zum Einsatz kamen.

Da sich durch die betroffenen Krankenkassen ein valider Schaden nicht errechnen ließ und dies einzig und allein durch die geständigen Aussagen des Pflegedienstes möglich war, wurde der Pflegedienst verpflichtet, eine detaillierte Schadensaufstellung zu erstellen.

Die Schadensaufstellungen wurden durch die Pflegefachbereiche der betroffenen Krankenkassen überprüft und zum Teil ergänzt. Aufgrund der so erstellten Schadensberechnung konnte eine Schadenssumme für den Gesamtzeitraum in Höhe von über 100.000 Euro ausgewiesen werden. Es konnte festgestellt werden, dass der Pflegedienst nicht bewusst und vorsätzlich gehandelt hat. Der Pflegedienst verpflichtete sich, an die betroffenen Krankenkassen den ermittelten Schadensbetrag zu zahlen.

**Aufgreifkriterium:** Prüfung des Medizinischen Dienstes

**Täter, Beteiligte:** Pflegedienstbetreiber

**Vorgehen im Fall:** Gespräche

**Fallbeschreibung 3:** Der Medizinische Dienst Baden-Württemberg hat in einem ambulanten Intensivpflegedienst im Dezember 2015 eine anlassbezogene Abrechnungsprüfung durchgeführt. Insgesamt wurden bei zehn Versicherten mit intensivpflegerischer Versorgung die Abrechnungen vom 1. Januar 2014 bis 31. Oktober 2015 geprüft. Das Gutachten über die Abrechnungsprüfung wurde im Februar 2017 fertiggestellt und kam zu dem Ergebnis, dass Mitarbeitende aufgeführt worden waren, die laut Dienstplan so nicht gearbeitet hatten, die laut Stundennachweis so nicht

im Einsatz gewesen sind, für die keine Urkunden zur Erlaubnis des Führens der Berufsbezeichnung vorlagen und deren Angaben auf dem Leistungsnachweis nicht mit den Eintragungen auf den Pflegedokumentationen übereinstimmten. Insgesamt hat der ambulante Intensivpflegedienst den Krankenkassen 470.586,44 Euro zu viel in Rechnung gestellt. Allein einer AOK ist in dem Prüfzeitraum für eine Versicherte ein Schaden in Höhe von 183.238,24 Euro entstanden. Die Zulassung des ambulanten Intensivpflegedienstes endete zum 30. Juni 2017.

Die AOK hat erstmals im März 2021 Kenntnis über das Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Mannheim gegen den ambulanten Intensivpflegedienst wegen Betrugs erhalten. Im Mai 2021 hat die AOK den entstandenen Schaden von der Inhaberin des ehemaligen Pflegedienstes zurückgefordert. Gegen den Mahnbescheid hat die Inhaberin Widerspruch erhoben. Im Februar 2022 wurde das Insolvenzverfahren eröffnet. Die AOK hat ihre Forderung in Höhe von 183.238,24 Euro zum Insolvenzverfahren angemeldet. Das strafrechtliche Ermittlungsverfahren ist gegenwärtig noch anhängig.

**Aufgreifkriterium:** Externer Hinweis durch den Medizinischen Dienst

**Täter, Beteiligte:** Intensivpflegedienst

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

**Fallbeschreibung 4:** Im Januar 2019 meldete sich eine männliche Person telefonisch in unserem Dienstleistungsteam Pflege und erkundigte sich nach dem Bearbeitungsstand des eingereichten Antrags auf Verhinderungspflege für eine Versicherte einer AOK. Da der AOK für den Anrufer keine Vollmacht vorlag, erfolgte eine Nachfrage bei dem bevollmächtigten Sohn und zugleich Pflegeperson unserer Versicherten. Dieser gab an, weder verhindert gewesen zu sein, noch die Ersatzpflegeperson zu kennen. Auch unsere Versicherte gab an, dass sie die Ersatzpflegeperson nicht kenne und dass diese zu keiner Zeit

in ihrer Wohnung gewesen sei. Sie bestätigte zudem, dass die Pflege stets durch ihren bevollmächtigten Sohn A sowie dessen Lebensgefährtin durchgeführt wird. Interne Ermittlungen haben ergeben, dass es sich bei dem Anrufer um einen Kollegen eines weiteren Sohnes B der Versicherten handelt und bei den Ersatzpflegepersonen um die Schwester sowie den Neffen dieses Kollegen. Der Sohn B und sein Kollege waren lediglich bei der Versicherten, um ihre Unterschrift unter die Formulare einzuholen. Auch in den Vorjahren 2015-2018 waren die Verwandten des Kollegen als Ersatzpflegepersonen benannt. Von einer Auszahlung der Verhinderungspflege für das Jahr 2019 wurde wegen des Betrugsversuchs abgesehen. Im Juli 2019 verfasste die AOK eine Mitteilung gem. § 197a Abs. 4 SGB V i. V. m. § 47a SGB XI an die Staatsanwaltschaft. Die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft haben ergeben, dass sämtliche beantragte Verhinderungspflegen der Jahre 2015-2019 tatsächlich nicht durchgeführt worden waren. Laut rechtskräftigem Urteil des Amtsgerichts Hannover vom 16. November 2021 wurden der Sohn B sowie sein Kollege wegen Betrugs zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von jeweils sieben Monaten - ausgesetzt zur Bewährung - verurteilt. Dem Neffen des Kollegen wurde eine Zahlung in Höhe von 800 Euro aufgegeben. Der AOK ist ein Gesamtschaden in Höhe von 9.672,00 Euro (4 x 2.418,00 Euro) für die Jahre 2015-2018 entstanden. Im Rahmen der Vermögensermittlung der Staatsanwaltschaft Hannover wurden Beträge arretiert, die den Gesamtschaden abdecken. Die Angeklagten haben bereits in der Hauptverhandlung auf die Rückzahlung des Betrags in Höhe von 9.672,00 Euro verzichtet. Ein Teilbetrag in Höhe von 2.418,00 Euro ist bereits bei der AOK eingegangen.

**Aufgreifkriterium:** Interne Recherchen

**Täter, Beteiligte:** Betrügerische Bürgerinnen und Bürger

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

### 6.3 Ärztliche Leistung

**Fallbeschreibung 1:** Eine AOK wurde von der Polizei im September 2020 in einem Ermittlungsverfahren wegen eines Todesfalls im Zusammenhang mit Medikamentenmissbrauch um eine Aufstellung aller Verordnungen für den Verstorbenen gebeten. Der Versicherte hatte die überwiegende Anzahl an Medikamenten von einer Ärztin verordnet bekommen, die zur ärztlichen Psychotherapie ermächtigt ist. Weitere interne Auswertungen haben ergeben, dass die Ärztin auch für andere Versicherte große Mengen insbesondere von Benzodiazepinen, Z-Drugs und Pregabalin verordnet hatte. Am 30. September 2020 erstattete die AOK Strafanzeige gegen die Ärztin. Aus den Ermittlungsakten geht hervor, dass die Ärztin Wunschverordnungen für Drogensüchtige und Medikamentenabhängige ausgestellt hatte. Dies sei teils aus Angst vor den Patientinnen und Patienten und teils aus Mitleid („da die Süchtigen ja teilweise in der Substitution nicht all die Medikamente bekommen würden, die sie bräuchten/haben möchten“) geschehen. Ein von der Staatsanwaltschaft beauftragtes forensisch-psychiatrisches Gutachten zu den Patientenakten sagt aus, dass die verordneten Mengen - isoliert betrachtet - bedeuten würden, dass zu viele Medikamente verordnet worden waren. Jedoch müsse man die Mengen im Kontext zum zusätzlichen Drogenkonsum sehen. Daher könne der beschuldigten Ärztin eine eindeutige Fehlverordnung nicht vorgeworfen werden. Das Ermittlungsverfahren wurde daraufhin nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt.

**Aufgreifkriterium:** Externer Hinweis durch die Polizei und interne Recherchen

**Täter, Beteiligte:** Ärztin/Versicherte

**Vorgehen im Fall:** Gegen die Einstellung hat die AOK Beschwerde bei der Generalstaatsanwaltschaft eingelegt.

**Fallbeschreibung 2:** Erstmals im August 2020 erhielt eine AOK durch ein Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) Kenntnis von einem rechtskräftigen Urteil

des Amtsgerichts Mannheim gegen einen Rettungssanitäter, der mit einem gefälschten Psychologie-Diplom und einem gefälschten Diplom über die Verleihung des Doktorgrades die Erteilung einer Approbation beantragt hat um zukünftig als Psychotherapeut praktizieren zu können. Bei den Urkunden handelte es sich um Totalfälschungen. Der 41-Jährige war zu keinem Zeitpunkt Student der besagten Universitäten und erwarb auch keinen derartigen Abschluss. Nach der Zuteilung eines ärztlichen Vertragssitzes eröffnete er in Mannheim eine Praxis für Psychosomatik und nannte sich „Dr. med. Dipl. Psych.“, obwohl er hierzu nicht befugt war. Für die Jahre 2015 und 2016 rechnete er mehr als 111.000 Euro mit der KVBW ab. Wegen Betrugs wurde er vom Amtsgericht Mannheim zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten verurteilt, wobei die Vollstreckung der Strafe zur Bewährung ausgesetzt wurde. Die KVBW forderte die Honorare für die Quartale 4/2015-4/2016 komplett zurück. Da dem 41-Jährigen die Zulassung entzogen wurde und keine Möglichkeit mehr besteht, die Honorarforderungen gegenüber der KVBW aufzurechnen, hat die KVBW die Ansprüche der Krankenkasse zu den Rückforderungen abgetreten. Zwischenzeitlich wurde über das Vermögen des 41-Jährigen ein Insolvenzverfahren eröffnet. Die AOK hat ihre Forderung - unter dem Hinweis, dass die Forderung aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung resultiert - in Höhe von 417,05 Euro zur Insolvenztabelle angemeldet. Da der 41-Jährige die Forderung der AOK dem Grund und der Höhe nach bestreitet, hat die AOK Klage erhoben. In dem Klageverfahren äußerte der Beklagte im März 2022, dass er glaubt, den „Versorgungsauftrag der KVBW ohne Mangel erfüllt, die Leistungen ohne Beanstandungen erbracht und auch ordnungsgemäß abgerechnet“ zu haben.

**Aufgreifkriterium:** Externer Hinweis durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
**Täter, Beteiligte:** Betrügerischer Bürger  
**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## 6.4 Arzneimittel

**Fallbeschreibung 1:** Ein Versicherter einer AOK betrieb jahrelang Ärzte-Hopping, um an große Mengen des Medikaments Pregabalin zu gelangen. Bereits im Jahr 2019 erstattete die AOK Strafanzeige. Laut dem ersten Urteil vom 29. September 2020 suchte der Versicherte zwischen dem 20. Oktober 2017 und dem 10. Januar 2020 insgesamt 24 kassenärztliche Praxen auf. Dabei verschwieg er die parallele Substitutionsbehandlung sowie die Verschreibung des Medikaments nur wenige Tage zuvor durch andere Ärztinnen und Ärzte, um selbst mehr als die medizinisch indizierte Tageshöchstdosis von 600 mg des Wirkstoffs Pregabalin zu erhalten. Das Pregabalin diente ihm als Wirkverstärker des zugleich genutzten Substituts Buprenorphin.

Durch die kassenärztlichen Verordnungen musste er nicht selbst für die Kosten der Beschaffung des Medikaments in der örtlichen Drogenszene oder der Verschreibung mit Privatrezept aufkommen. In 95 Fällen ließ er sich unter Vorgabe eines nicht vorhandenen Medikamentenbedarfs von den Kassenärztinnen und -ärzten, die irrig von einer medizinischen Indikation ausgingen, Rezepte ausstellen, um diese sodann in diversen Apotheken einzulösen. Durch die Ausstellung der kassenärztlichen Rezepte ohne medizinische Indikation entstand der AOK ein Gesamtschaden von 6.902,85 Euro. Es erfolgte eine Verurteilung wegen Betrugs in 95 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten auf Bewährung. Mit dem Urteil wurde die Einziehung des Wertes des Erlangten in Höhe von 6.902,85 Euro angeordnet.

Im Mai 2021 hatte die Staatsanwaltschaft ein neues Ermittlungsverfahren gegen den Versicherten eingeleitet. Das zweite Urteil vom 28. Oktober 2021 legte als medizinisch indizierte Tageshöchstdosis 900 mg zugrunde, da diese Menge von der Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte verordnet wurde. Zwischen dem 5. Oktober 2020 und dem 18. Juni 2021 suchte der Versicherte in 23 Fällen

acht Kassenärztinnen und -ärzte auf, um nach oben beschriebenen Muster größere Mengen Pregabalin zu erlangen. Der AOK entstand ein erneuter Schaden in Höhe von 1.230,72 Euro. Der Versicherte wurde wegen Betrugs zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von elf Monaten verurteilt. Mit dem Urteil wurde die Einziehung des Wertes des Erlangten in Höhe von 1.230,72 Euro angeordnet.

**Aufgreifkriterium:** Interne Recherchen

**Täter, Beteiligte:** Versicherter, verschiedene Ärztinnen und Ärzte

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

**Fallbeschreibung 2:** Im Rahmen der Apothekenabrechnungsprüfung (Juli 2017) fiel auf, dass einem dialysepflichtigen Versicherten durch mehrere Arztpraxen – zum Teil sogar taggleich – Teststreifen zur Bestimmung des Gerinnungswertes des Blutes verordnet wurden. Einmalig ließ sich der Versicherte diese Teststreifen sogar taggleich durch fünf Arztpraxen verordnen. Durch diese Parallelversorgung standen ihm alleine im Jahr 2016 über 2.000 Teststreifen zur Verfügung. In der Regel wird nur einmal wöchentlich getestet, bei stark schwankenden Werten auch mehrmals. Auf Rückfrage bestätigten die Ärztinnen und Ärzte, dass bei dem Versicherten aktuell nur noch einmal wöchentlich der Gerinnungswert bestimmt werden sollte. Faktisch hätte er aber zeitweise sogar täglich mehrere Testungen vornehmen können.

Bekanntermaßen werden immer wieder Teststreifen (meist online) weiterverkauft. Daher wurde – nachdem die Rückmeldung der ausstellenden Ärztinnen und Ärzte vorlag – der Vorgang zur Anzeige gebracht. Während des Ermittlungsverfahrens nahm die AOK Kontakt zum behandelnden Dialysezentrum auf, um zu klären, ob vereinzelt erkrankungsbedingt eine häufigere Testung notwendig sei. Laut behandelndem Arzt war dies nicht mehr der Fall. Darüber hinaus wurde mitgeteilt, dass zwischenzeitlich auch die normalerweise notwendige wöchentliche

Prüfung der Gerinnungswerte nicht durch den Versicherten erfolgen müsse, da alle notwendigen Messungen seit längerem vollständig durch das Gerinnungszentrum erfolgten. Eine selbsttätige Messung sei nur dann angebracht, wenn der Versicherte schwankende Werte hätte und selbstständig seine einzunehmende Medikamentenmenge an die schwankenden Werte anpassen müsse; dies sei bei dem Versicherten aber nicht der Fall.

Der Versicherte wurde zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren verurteilt, die Strafe zur Bewährung ausgesetzt. Ihm wurde auferlegt, den verursachten Schaden über drei Jahre in monatlichen Teilbeträgen zu jeweils 300,00 Euro, insgesamt 10.800,00 Euro, wiedergutzumachen.

Nach Ende der Bewährungszeit fiel auf, dass sich der Versicherte wieder von einem Arzt die vorgenannten Teststreifen verordnen ließ. Die vom Arzt verordnete Menge war unwirtschaftlich. Daher wurden die Verordnungen durch einen Prüfantrag beanstandet, der Antrag wurde positiv beschieden, und es erfolgte eine weitere Schadensrückführung in Höhe von 1.651,70 Euro.

**Aufgreifkriterium:** Interne Recherche

**Täter, Beteiligte:** Versicherter

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren, Ratenzahlungsvereinbarung

**Fallbeschreibung 3:** Im Dezember 2020 vollstreckten Ermittlerinnen und Ermittler des Landeskriminalamts Berlin (LKA) in zwei Ermittlungsverfahren die zuvor von der Staatsanwaltschaft Berlin erwirkten Durchsuchungsbeschlüsse für zwölf Objekte im gesamten Berliner Stadtgebiet sowie einen Haftbefehl, der einen 27-jährigen Mann einen Tag vor Weihnachten ins Gefängnis brachte. Die Staatsanwaltschaft Berlin und das Landeskriminalamt Berlin ermitteln gegen insgesamt 14 Tatverdächtige wegen des Verdachts der Rezeptfälschung, des Abrechnungsbetrugs sowie des illegalen Handels mit Arzneimitteln. Die Tatverdächtigen sollen vorab entwendete

Blanko-Rezepte verfälscht, mindestens 300 dieser Fälschungen sodann in verschiedenen Berliner Apotheken eingereicht und die dadurch erlangten Medikamente anschließend weiterverkauft haben. Aufgefallen war dies, weil ein Arzt seine Praxissoftware ausgewertet hatte. Dabei kam heraus, dass in seinem System von ihm nicht ausgestellte hochpreisige Arzneimittelverordnungen vermerkt waren.

Bei den der Durchsuchung vorausgehenden Ermittlungen arbeitete das LKA eng mit den § 197a-SGB V-Stellen zusammen. Dabei war es den Mitarbeitenden der Krankenkassen möglich, die Arzneimitteldaten auszuwerten und die gefälschten Verordnungen zu selektieren.

Die Ermittlerinnen und Ermittler der Krankenkassen konnten dem LKA außerdem den entscheidenden Hinweis auf eine zweite Praxis geben, in der die mutmaßlichen Fälscher ihr Unwesen trieben. In dieser Praxis sollen die Verdächtigen innerhalb von sechs Wochen fast 900 Fälschungen produziert haben. Auch bei der Feststellung der Schadenshöhe griff das LKA auf das Know-how der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen zu und ermittelte einen Schaden der gesetzlichen Krankenkassen von insgesamt rund 1 Mio. Euro.

**Aufgreifkriterium:** Mitteilung Ermittlungsbehörde  
**Täter, Beteiligte:** Apotheker, Dritte  
**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren, außergerichtliche Verhandlungen, Einziehung Wertersatz durch Staatsanwaltschaft

## 6.5 Heilmittel

**Fallbeschreibung:** Im September 2020 meldete sich eine Arztpraxis im Unternehmensbereich Heilmittel und berichtete, dass die Inhaberin einer Physiotherapiepraxis für eine Patientin dieser Arztpraxis Verordnungen über Krankengymnastik und Manuelle Lymphdrainage anfordert, obwohl die Manuelle Therapie nach Rücksprache mit der Patientin schon länger nicht mehr stattfinden

soll. Darüber hinaus berichtete der Arzt, dass die Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen (KG ZNS), die einer entsprechenden Zusatzqualifikation der Therapeutin bzw. des Therapeuten bedarf, von der Inhaberin der Physiotherapiepraxis erbracht werden soll, ohne dass diese über die erforderliche Zusatzqualifikation verfügt. Im Rahmen einer Versichertenbefragung haben vier von vier befragten Versicherten mit KG ZNS-Verordnungen angegeben, dass die Behandlung - trotz nicht ausreichender fachlicher Zusatzqualifikation - durch die Inhaberin der Physiotherapie erbracht wurde. Weitere fünf Versicherte wurden zu den ärztlich verordneten und abgerechneten „Kompressionsbandagierungen“ befragt. Vier von fünf befragten Versicherten haben angegeben, dass sie die „Kompressionsbandagierung“ nicht erhalten haben. Da sich der Anfangsverdacht bezüglich der Durchführung von „KG ZNS“ durch nicht ausreichend qualifiziertes Personal und die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen („Kompressionsbandagierung“) durch die Versichertenbefragung erhärtet hatte, sendete die AOK im November 2020 eine Mitteilung gem. § 197a SGB V an die Staatsanwaltschaft. Im Oktober 2021 wurde das Ermittlungsverfahren gem. § 153a StPO (Auflage: 500 Euro) eingestellt. Den entstandenen Schaden in Höhe von 48.000 Euro zahlt die Inhaberin der Physiotherapiepraxis in monatlichen Raten an die AOK Niedersachsen zurück.

**Aufgreifkriterium:** Externer Hinweis durch Arztpraxis  
**Täter, Beteiligte:** Physiotherapeutin, Versicherte  
**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## 6.6 Hilfsmittel

**Fallbeschreibung 1:** Im März 2020 wurde eine AOK von einem Dienstleistungsteam Pflege über die Beschwerde eines Versicherten informiert, der von einem Sanitätshaus für das von der AOK genehmigte Pflegebett eine Privatrechnung in Höhe 80 Euro erhalten hat. Im Rahmen eigener

Recherchen fiel auf, dass das Sanitätshaus auf seiner Homepage mit einer Filiale warb, die nicht über eine nach dem SGB V erforderliche Präqualifizierung (§ 126 SGB V) verfügte und vertraglich nicht mit der AOK verbunden war. Die Inhaber des Sanitätshauses (Rechtsform: GbR) wurden zu einem Gespräch eingeladen. Während des Gesprächs berichteten sie, dass das Sanitätshaus im April 2017 seinen Betriebssitz verlegt hatte. Die alte Präqualifizierung sei im Februar 2017 ausgelaufen. Die Neubeantragung der Präqualifizierung sei im Umzugsstress versehentlich untergegangen. Nach dem Schreiben der AOK habe man umgehend eine neue Präqualifizierung beantragt und problemlos bekommen.

In dem vertragslosen Zustand von Februar 2017–Juni 2021 hätte das Sanitätshaus keine Leistungen mit der AOK abrechnen dürfen. Die Inhaber des Sanitätshauses zeigten sich zur Schadensregulierung bereit. Es wurde eine Ratenzahlungsvereinbarung über 90.000 Euro abgeschlossen.

Da die Inhaber des Sanitätshauses deutlich machen konnten, dass sie zu keinem Zeitpunkt bewusst Fehlabrechnungen vorgenommen haben, sah die AOK von einer Strafanzeige ab.

**Aufgreifkriterium:** Interne Recherche

**Täter, Beteiligte:** Sanitätshaus

**Vorgehen im Fall:** Ratenzahlungsvereinbarung

**Fallbeschreibung 2:** Die Geschäftsinhaber eines Sanitätshauses, welches in finanzielle Schwierigkeiten geraten war, kamen auf den Gedanken, für die von ihnen im Homecare-Bereich betreuten Versicherten hochpreisige Verbandmittel gegenüber den Krankenkassen abzurechnen, ohne sie abgegeben zu haben. Das auf diese Weise „erwirtschaftete“ Geld wurde genutzt, um das Unternehmen zu sanieren, und später dann auch, um in private Zwecke zu investieren. So fiel den Krankenkassen auf, dass die Verbandmittel nach gleichartigem Muster abgerechnet wurden, wobei der Abgabewert sich auf bis zu 1.500 Euro pro Verordnung (VO) belief. Recherchen ergaben, dass

bei den Versicherten teilweise Wunden bereits verheilt waren, die Verbandmittel jedoch über Monate weiter abgerechnet wurden, unabhängig von der Diagnose und immer im gleichartigen Verordnungsumfang. Die Versicherten wohnten teilweise nicht im Einzugsbereich des Sanitätshauses, und es konnte weiterhin festgestellt werden, dass nicht immer ein Pflegedienst im Einsatz war. Die Verordnungen wurden regelmäßig nicht von den Versicherten, sondern „im Auftrag“ unterschrieben, die Unterschriften wichen voneinander ab.

Auch wurde der Verbrauch bestimmter „Pflegehilfsmittel“ abgerechnet, obwohl die Versicherten seit Monaten im Pflegeheim lagen und ihre benötigten Pflegehilfsmittel von dort bezogen. Der Schaden betrug für alle Krankenkassen insgesamt 1,1 Mio. Euro, wobei der ermittelte Schaden der Ersatzkasse bei 123.531,42 Euro lag. Dieser Fall endete mit einem Urteil des Landgerichts Hagen vom 19. Februar 2021 – 71 Kls 300 Js 812/17-7/20.

So fasste der Vorsitzende Richter der großen Wirtschaftsstrafkammer beim Landgericht Hagen die Verärgerung über den angeklagten Haupttäter in scharfe Worte: Der angeklagte, ehemalige Sanitätshausstreiber habe dem Gericht „ärgerliche, geradezu unverschämte Behauptungen“ und „glatte Lügen“ aufgetischt.“

Der Geschäftsinhaber erhielt als Haupttäter drei Jahre und drei Monate und seine Kompagnons zwei Jahre und neun Monate Freiheitsstrafe ohne Bewährung. Insolvenz wurde angemeldet, sodass mit einer Schadensregulierung nicht zu rechnen ist. Der Fall hat jedoch Signalwirkung für andere Unternehmen, sodass man davon ausgehen kann, dass weitere Schäden abgewendet wurden.

**Aufgreifkriterium:** Hinweis einer anderen Kasse aufgrund Auffälligkeiten in der dortigen Abrechnungsprüfung

**Täter, Beteiligte:** Sanitätshausinhaber

**Vorgehen im Fall:** Strafanzeige, Klageverfahren

**Fallbeschreibung 3:** In einem weiteren Fall hat die Kripo selbst den Hinweis an die Krankenkassen gegeben und mit einem Auskunftersuchen verbunden. Die Kripo ermittelte aufgrund einer Strafanzeige eines Mitarbeitenden des Unternehmens, der als Hausmeister angestellt, jedoch tatsächlich als Techniker in der Sanitätswerkstatt tätig war. Dem Unternehmen wurde vorgeworfen, keinen fachlichen Leiter (§§ 126 Abs. 1 S. 2 i. V. m. S. 3 SGB V) zu haben. So hat das Unternehmen am 15. Mai 2012 ausweislich der Präqualifizierungsurkunde einen Präqualifizierungsantrag gestellt, obwohl benannter fachlicher Leiter zu diesem Zeitpunkt nicht mehr für das Unternehmen tätig war. Dem Antrag wurde für fünf Jahre stattgegeben. Dieses Vorgehen gelang deshalb, weil der betreffende ausgeschiedene Mitarbeiter die entsprechenden Unterschriften leistete, wofür er sage und schreibe 500 Euro erhielt. Im Ergebnis wurde die Ersatzkasse in Höhe von 596.018,78 Euro geschädigt, wobei auch die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen hinzukam. Der Schaden wurde nicht erheblich höher, da sofort nach Kenntnisnahme des fehlenden fachlichen Leiters bei der Ersatzkasse ein Zahlungsstopp eingerichtet (präventive Maßnahme) und der Vertrag mit diesem Unternehmen schnellstmöglich gekündigt wurde. Das Unternehmen meldete Insolvenz an, und die Täter wurden zu Freiheitsstrafen von jeweils einem Jahr und elf Monaten verurteilt, die jedoch zur Bewährung ausgesetzt wurden (Urteil des Amtsgerichts Herford - Schöffengericht - vom 23. April 2021, 3 Ls-756 Js 100/15-109/20).

**Aufgreifkriterium:** Mitteilung eines Mitarbeiters des Leistungserbringers

**Täter, Beteiligte:** Sanitätshausinhaber

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren, Insolvenzverfahren

## 6.7 Fahrkosten

**Fallbeschreibung:** Der Verband der Ersatzkassen informierte die AOK im Juli 2016 über eine Beschwerde gegen ein Krankentransportunternehmen (Verein), bei dem es gravierende Mängel in der Qualifikation des Personals geben sollte. So sollte der Verein lediglich einen Rettungssanitäter im Bereich des Krankentransports beschäftigen. Alle anderen Mitarbeitenden sollten lediglich als Ersthelferinnen und Ersthelfer ausgebildet sein. Das Personal sollte trotz der fehlenden Ausbildung mit Krankentransporten beauftragt worden sein, die eine Qualifikation zur Rettungssanitäterin bzw. zum Rettungssanitäter oder zur Rettungshelferin bzw. zum Rettungshelfer erfordern. Die gesetzlichen Krankenkassen informierten daraufhin die Aufsichtsbehörde (Landkreis) über die Beschwerde. Der Landkreis stellte im Rahmen einer angemeldeten Überprüfung fest, dass das Krankentransportunternehmen nur über zwei Rettungssanitäter verfügte. Laut behördlicher Genehmigung müssen die Krankentransporte im Einsatz mit mindestens zwei Personen besetzt sein. Das im Krankentransport eingesetzte Personal muss gem. § 28 NRettDG geeignet sein, die erforderliche Zuverlässigkeit besitzen und mindestens folgende Qualifikation haben: Rettungssanitäter/-in oder Rettungshelfer/-in. Aufgrund des Anfangsverdachts, dass Fahrten ohne die entsprechend behördlich vorgeschriebene Besetzung durchgeführt worden waren, informierte die AOK die Staatsanwaltschaft. Im Juli 2020 wurde ein 74-jähriger, als verantwortlich Handelnder des Vereins, wegen gewerbsmäßigen Betrugs in 73 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten verurteilt, wobei die Vollstreckung der Strafe zur Bewährung ausgesetzt wurde. Für die zu Unrecht abgerechneten Krankentransporte ist der AOK ein Schaden in Höhe von 60.026,50 Euro entstanden. Zwischenzeitlich wurde über das Vermögen des 74-jährigen ein Insolvenzverfahren eröffnet. Die AOK hat ihre Forderung - unter dem Hinweis, dass die Forderung aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung resultiert - in Höhe von 60.026,50 Euro zur Insolvenztabelle

angemeldet. Da der 74-jährige die Forderung der AOK dem Grund und der Höhe nach bestreitet, hat die AOK Klage erhoben.

**Aufgreifkriterium:** Externer Hinweis durch den Verband der Ersatzkassen

**Täter, Beteiligte:** Rettungsdienst

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## 6.8 Schwangerschaft/Mutterschaft

**Fallbeschreibung:** Eine Hebamme ließ sich „Blankoversichertenbestätigungen“ ausstellen und nutzte diese, um nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Krankenkassen abzurechnen. Dafür wurden von Versicherten Unterschriften auf der Versichertenbestätigung eingeholt, ohne dass entsprechende Leistungen eingetragen waren. Nachträglich wurden durch die Hebamme nicht erbrachte Leistungen ergänzt, wobei sie besonders darauf achtete, dass die Versicherten bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert waren, wenn sie überschneidende Leistungen abrechnen wollte.

Auch über die im Voraus unterschriebenen Versichertenbestätigungen konnte die Hebamme die Begleitung einer Geburt durch eine zweite Hebamme abrechnen, obwohl diese bei der Leistungserbringung nicht anwesend war. Daneben rechnete die Hebamme Leistungen für eine nicht vollendete Geburt ab, obwohl sie wusste, dass die Voraussetzungen nicht vorlagen, sowie Leistungen, die von nicht hinreichend qualifiziertem Personal durchgeführt wurden. Um den Abrechnungsbetrag zu verschleiern, verwendete sie zur Abrechnung sowohl ihr persönliches Institutionskennzeichen als Hebamme als auch jenes des von ihr betriebenen Geburtshauses. Zudem arbeitete sie mit einer zweiten Hebamme und deren Geburtshaus zusammen.

Die Zusammenarbeit und das elaborierte Abrechnungssystem ermöglichten es der beschuldigten Hebamme, dass ihr „Geschäftsmodell“ lange

Zeit unbemerkt blieb. Erst nachdem sie zeitüberschneidende Leistungen bei derselben Krankenkasse abgerechnet und daran anschließend die mit ihr kooperierenden Hebamme ausgesagt hatte, konnten erste Ermittlungen aufgenommen und die Staatsanwaltschaft unterrichtet werden.

Nach einer durch die Staatsanwaltschaft veranlassten Durchsuchung setzte die Hebamme das von ihr praktizierte Vorgehen nur kurzzeitig aus und ging anschließend dazu über, wieder in erhöhtem Maße und mit größerer Vorsicht nicht erbrachte Leistungen parallel abzurechnen. Insgesamt konnte für die betroffenen Krankenkassen ein Schaden in Höhe von etwa 2,6 Mio. Euro festgestellt werden. Das Strafverfahren war im Berichtszeitraum noch nicht abgeschlossen.

Parallel zum strafrechtlichen Ermittlungsverfahren wurde der GKV-Spitzenverband von der hauptgeschädigten AOK über das festgestellte Fehlverhalten informiert. Dieser leitete daraufhin ein Vertragsmaßnahmenverfahren gegen die Hebamme ein. Nach Akteneinsichtnahme im Strafverfahren, Anhörung der Hebamme und Einvernehmensherstellung mit dem zuständigen Berufsverband setzte der GKV-Spitzenverband bereits lange vor Abschluss des Strafverfahrens den Vertragsausschluss der Hebamme fest. Zugleich ordnete er die sofortige Vollziehung des Vertragsausschlusses an, um weiteren Schaden von der Versichertengemeinschaft abzuwenden. In dem sich daraus ergebenden sozialgerichtlichen Verfahren (einstweiliger Rechtsschutz) bestätigte das Gericht die Anordnungen des GKV-Spitzenverbandes im Vertragsmaßnahmenverfahren.

Nachdem der Vertragsausschluss rechtskräftig geworden war, schloss die Hebamme auch das von ihr geführte Geburtshaus. Zuvor hatte der GKV-Spitzenverband angekündigt, ein weiteres Verfahren gegen das Geburtshaus einleiten zu wollen.

Unabhängig vom Ausgang des Strafverfahrens kann von den Krankenkassen eine

Schadensregulierung durchgesetzt werden. Der Fall zeigt exemplarisch, wie ein Vertragsmaßnahmenverfahren in geeigneten Fällen bereits vor Abschluss des Strafverfahrens die Entstehung weiterer Schäden zulasten der Solidargemeinschaft verhindern kann. Auch wird an diesem Fallbeispiel besonders deutlich, dass das elaborierte System zur Parallelabrechnung erst durch die kassen- und organisationsübergreifende Zusammenarbeit gem. § 197a Abs. 3a und b SGB V aufgedeckt und konsequent geahndet werden konnte.

**Aufgreifkriterium:** Externe Hinweise, Rechnungsprüfung betroffener Krankenkassen und Ermittlungen des GKV-Spitzenverbandes

**Täter, Beteiligte:** Hebamme, von Hebammen geleitete Einrichtung (Geburtshaus)

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren, Vertragsausschlussverfahren

Schwiegersohn der Versicherten benannt, der laut Antrag/Abrechnung mit der Versicherten nicht bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist. Für das Jahr 2017 ist der AOK ein Schaden in Höhe von 555,00 Euro entstanden. Im Dezember 2019 hat die AOK eine Mitteilung gem. § 197a SGB V an die Staatsanwaltschaft gesandt. Das Ermittlungsverfahren wurde im April 2020 vorläufig gem. § 153a StPO eingestellt. Die Staatsanwaltschaft hat der Versicherten aufgegeben, zur Schadenswiedergutmachung einen Geldbetrag in Höhe von 555,00 Euro an die AOK zu zahlen. Die Ratenzahlung ist zwischenzeitlich abgeschlossen und das Ermittlungsverfahren endgültig eingestellt.

**Aufgreifkriterium:** Interne Recherchen

**Täter, Beteiligte:** Versicherte

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## 6.9 Versichertenbezogene Leistungen

**Fallbeschreibung:** Im August 2019 beantragte eine Versicherte einer AOK für den Zeitraum vom 16. bis 31. August 2019 Haushaltshilfe. Auf dem Antrag wurde von der Versicherten verneint, dass sie mit der von ihr benannten Haushaltshilfe bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist. Der Sachbearbeiterin im Kundenservice fiel bei der Prüfung der Abrechnung der Haushaltshilfe auf, dass es sich bei der nicht namensgleichen Haushaltshilfe um die Tochter der Versicherten handelte, die in der Vergangenheit über diese bei der AOK familienversichert war. In einem Telefonat mit der Versicherten wurde das von dieser allerdings abgestritten. Gemäß § 38 Abs. 4 SGB V werden für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad keine Kosten erstattet. Von einer Auszahlung der Haushaltshilfe für das Jahr 2019 wurde aufgrund des vermuteten Betrugsversuchs abgesehen.

Bei einer ergänzenden Prüfung wurde festgestellt, dass auch für das Jahr 2017 Haushaltshilfe beantragt, genehmigt und in Höhe von 555,00 Euro erstattet wurde. Als Haushaltshilfe wurde der

# 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 Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen („Whistleblower“)

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

Zugleich belegen empirische kriminologische Forschungsergebnisse, dass Hinweisgebende nach einer Meldung oder Offenlegung von Missständen häufig erhebliche Nachteile zu erleiden hatten, die sogar existenzbedrohend sein können.<sup>45</sup> In anderen Fällen ist davon auszugehen, dass Personen mit Insiderwissen von einer Meldung abgesehen haben, weil sie Repressalien fürchten. Wer sich in der Bundesrepublik dazu entschließt, einen substantiierten Hinweis an eine externe Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu melden, musste bislang nicht nur mit beruflichen Repressalien rechnen, sondern hat damit häufig auch selbst gegen arbeits-, dienst- oder strafrechtliche Bestimmungen verstoßen.

Mit dem vom Deutschen Bundestag am 16. Dezember 2022 beschlossenen Gesetz für einen besseren Schutz hinweisgebender Personen (Hinweisgeberschutzgesetz - HinSchG) soll deren bislang lückenhafter und unzureichender Schutz ausgebaut werden. Das Hinweisgeberschutzgesetz setzt dazu nicht nur die Richtlinie (EU) 2019/1937 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2019 zum Schutz von Personen, die Verstöße gegen das Unionsrecht melden (HinSch-RL), um. Zugleich soll der Hinweisgeberschutz in der Bundesrepublik wirksam und nachhaltig verbessert werden.

Ziel des Hinweisgeberschutzgesetzes ist es, Benachteiligungen zukünftig auszuschließen und für Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber 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.

---

<sup>45</sup> Vgl. Kölbel (Hrsg.), Whistleblowing, Band 1, Stand und Perspektiven der empirischen Forschung, 2022.

### **7.1.1 Ausdehnung des sachlichen Anwendungsbereichs auf „sonstiges erhebliches Fehlverhalten“**

Die 90. Justizministerkonferenz hatte bereits am 7. November 2019 beschlossen, bei der nationalen Umsetzung der 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, die strafbewehrt sind (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 HinSchG), gelten 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 Abs. 1 Nr. 2 HinSchG).

Es ist sachgerecht, hinweisgebende Personen zukünftig stets dann zu schützen, wenn ein Verstoß gegen Straf- oder Bußgeldvorschriften im Raum steht. Allerdings wären dann nur solche Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen vom sachlichen Anwendungsbereich erfasst, in denen die Krankenkassen im Ergebnis auch die Staatsanwaltschaft gem. § 197a Abs. 4 SGB V unterrichten.

Strafloses, aber dennoch rechtswidriges Fehlverhalten, wie z. B. Rechtsverstöße gegen sozialgesetzliche und vor allem vertragliche Verbote, bestimmt nach den im vorliegenden Bericht zusammengeführten Kennzahlen für den Berichtszeitraum 2020/2021 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.<sup>46</sup> Die Klägerin war Altenpflegerin in einem Pflegeheim und hatte im Jahr 2003 mehrfach systematische Mängel in der Pflege zunächst bei ihrem Arbeitgeber und dann bei der Heimaufsicht angezeigt. Da der Arbeitgeber 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 Arbeitgeber gekündigt. Die Kündigung hielt anschließend auch der arbeitsgerichtlichen Prüfung stand.

Gerade die Umstände des Falles Heinisch belegen beispielhaft, dass für Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber seit der Schaffung der gesetzlichen Regelung des § 197a Abs. 2 SGB V im Jahr 2004 ein erhebliches Risiko besteht, Fehlverhalten im Gesundheitswesen melden. Dennoch wäre die Altenpflegerin Heinisch auch nach dem neuen Hinweisgeberschutzgesetz nicht geschützt. Diese Schutzlücke muss deshalb zeitnah geschlossen werden.

Zwar bestimmt der Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP: „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

46 EGMR, Urt. v. 21. Juli 2011 - 28274/08 (Heinisch/Deutschland).

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.

### 7.1.2 Effektiver Vertraulichkeitsschutz

Der Schutz der Vertraulichkeit der Identität der hinweisgebenden Person wird vom Gesetzentwurf in den §§ 8 und 9 HinSchG geregelt. Nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 HinSchG hat eine Meldestelle die Vertraulichkeit der Identität der hinweisgebenden Person zu wahren, sofern die gemeldeten Informationen Verstöße betreffen, die in den Anwendungsbereich des Hinweisgeberschutzgesetzes fallen. Ein Zuwiderhandeln ist bußgeldbewehrt, § 40 Abs. 3 HinSchG.

§ 9 Abs. 2 HinSchG macht von dem Vertraulichkeitsgebot aber diverse Ausnahmen. Danach dürfen Informationen über die Identität einer hinweisgebenden Person oder über sonstige Umstände, die Rückschlüsse auf die Identität dieser Person erlauben u. a. in Strafverfahren auf Verlangen der Strafverfolgungsbehörden, aufgrund einer Anordnung in einem Verwaltungsverfahren oder aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung weitergegeben werden, § 9 Abs. 2 Nr. 1, 2 oder 3 HinSchG.

Ein effektiver Vertraulichkeitsschutz kann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aber nicht seriös garantiert werden,

solange die Identität des Hinweisgebenden beispielsweise schon dadurch bekannt werden kann, dass Strafverfolgungsbehörden sie einfach standardmäßig abfragen und sie damit regelmäßig als Teil der Ermittlungsakten in einem späteren Strafverfahren von dritter Seite nach allgemeinen strafprozessualen Regeln eingesehen werden kann. Das gilt selbst dann, wenn die Strafverfolgungsbehörde sich im Verfahren später gar nicht auf die Aussage des Hinweisgebenden, sondern auf andere Beweismittel stützt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist kritisch anzumerken, dass das Hinweisgeberschutzgesetz für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen bislang keine rechtliche Möglichkeit vorsieht, sich einem an sie herangetragenen Auskunftsverlangen begründet zu verweigern. Wie sollen die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen unter diesen Umständen das Vertrauen von Hinweisgebenden gewinnen, gerade im Falle besonders schwerer Straftaten des Abrechnungsbetrugs oder der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen? Personen, die befürchten müssen, dass ihre Identität schon auf eine einfache Anfrage einer Strafverfolgungsbehörde weitergegeben werden darf, werden auch zukünftig kaum dazu bereit sein, einen Hinweis zu geben. Deshalb sollten zeitnah konkrete Vorgaben zum Schutz der Identität des Hinweisgebenden im Kontext des innerbehördlichen Informationsaustauschs aufgenommen werden. Es wird vorgeschlagen, die gesetzlichen Ausnahmen vom Vertraulichkeitsgebot der Identität des Hinweisgebenden konkreten materiellen und verfahrensrechtlichen Voraussetzungen zu unterwerfen. Es sollte eine vorhersehbare Vertraulichkeitsgarantie eingeführt werden, unter welchen begründeten Voraussetzungen die Weitergabe der Identität der hinweisgebenden Person nicht in Betracht kommt.<sup>47</sup> Das im Laufe der Zeit immer wieder punktuell veränderte Recht der Zeugnisverweigerungsrechte (§§ 52-53a StPO) sollte dazu insgesamt überprüft und systematisch neu geordnet

<sup>47</sup> Vgl. bereits Colneric/Gerdemann, Die Umsetzung der Whistleblower-Richtlinie in deutsches Recht, 2020, S. 181.

werden.<sup>48</sup> Auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sollte die Einführung eines Zeugnisverweigerungsrechts erwogen werden, damit sie die Identität von Hinweisgebenden zukünftig auf deren Wunsch effektiv schützen können.<sup>49</sup>

## 7.2 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an (Gesundheits-)Behörden und Sozialversicherungsträger

### 7.2.1 Änderungsbedarf

Es werden klarstellende Regelungen der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an (Gesundheits-)Behörden und Sozialversicherungsträger vorgeschlagen.

### 7.2.2 Begründung

Bereits mit der Regelung der §§ 197a Abs. 3b SGB V, 47a Abs. 3 SGB XI sollten datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gesondert klargestellt werden. Dadurch wurde Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung der gesetzlichen Krankenkassen Rechnung getragen.<sup>50</sup>

In der Praxis der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind mit fortschreitender organisationsübergreifender Zusammenarbeit aber neue Rechtsunsicherheiten zutage getreten, denen durch eine weitergehende gesetzliche Klarstellung abgeholfen werden muss. Die Unsicherheiten betreffen

typische Informationsflüsse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu anderen Behörden bzw. Trägern der Sozialversicherung.

So wird z. B. in § 197a Abs. 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.<sup>51</sup> Andere Behörden werden somit nicht erfasst. Deshalb sind beispielsweise in Bezug auf Gesundheitsämter und Heimaufsichten sowie weitere nach Landesrecht zuständige Ordnungsbehörden Klarstellungen erforderlich.<sup>52</sup> Die Notwendigkeit einer Klarstellung wird im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Fehlverhalten darüber hinaus in der außerklinischen Intensivpflege besonders offenkundig, da mit der Neuregelung des § 132l Abs. 7 SGB V ein Informationsaustausch zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung nach § 23 Abs. 6 und 6a des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern eingeführt wird.<sup>53</sup>

Bislang besteht nach § 47a Abs. 2 SGB V nur eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Demgegenüber gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung bei der Aufdeckung von Betrugsfällen im Zusammenhang mit Erwerbsminderungsrentenanträgen problematisch. Während die Deutsche Rentenversicherung die Auffassung vertritt, dass ein Datenaustausch gem. §§ 76 Abs. 2 Nr. 1 i. V. m. 69 SGB X möglich

48 Vgl. dazu die von den Mitgliedern des Kriminalpolitischen Kreises vorgelegten Vorschläge zu kriminalpolitischen Reformen in der Legislaturperiode 2021-2025, KriPoZ 2021, 322, 326.

49 Für ein Zeugnisverweigerungsrecht der Mitarbeiter der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen bei Whistleblowing im Gesundheitswesen auch Forst, SGB 08.14, 413, 418.

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

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

52 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.

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

sei, bestehen bei den Krankenkassen, die in vielen Bundesländern kassenartenübergreifend in Arbeitsgemeinschaften zusammenarbeiten, nach wie vor Unsicherheiten. Deshalb muss auch für diese überaus praxisrelevanten Sachverhalte die gesetzliche Übermittlungsbefugnis explizit klar gestellt werden.

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

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 Auskunfts- und Vorlageersuchen der Landesfinanzbehörden nach § 208 Abs. 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 Leistungserbringern 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 Auskunftsersuchen nach § 71 Abs. 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 Abs. 3b SGB V bislang nicht gesetzlich geregelt wurde, bestehen im Zusammenhang mit den in Rede stehenden sogenannten Auskunfts- und Vorlageersuchen nach § 208 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit §§ 93, 97 AO unverändert datenschutzrechtliche Rechtsunsicherheiten.

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

auf sämtliche der in § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V genannten Stellen erweitert werden

### 7.2.3 Änderungsvorschlag

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

6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,
7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind,
8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.

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

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

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

6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,
7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind,
8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.

## 7.3 Erweiterung der gesetzlichen Verarbeitungsgrundlage zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz bei der Fehlverhaltensbekämpfung

### 7.3.1 Änderungsbedarf

Der Digitalausschuss im BAS hat eine klarstellende Erweiterung der gesetzlichen Verarbeitungsgrundlage zum Einsatz von KI-Anwendungen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen angeregt und am 10. Dezember 2021 einen konkreten Formulierungsvorschlag in seinem Internetauftritt veröffentlicht (vgl. bereits Punkt 3.3).

### 7.3.2 Begründung

Nach der Bewertung des BAS führt der Einsatz von KI-gestützten statistischen Modellen zu einer neuen Qualität und Quantität der Fehlverhaltensbekämpfung. Bislang finden Ermittlungen meist im Einzelfall und nach Anzeigen Dritter statt. Mit dem Einsatz von KI können jedoch Verdachtsmuster analysiert und diese Muster auf den Abrechnungsdatenbestand einzelner Kassen angewendet werden. Daraus würde eine Vielzahl von neuen Hinweisen resultieren, die von der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu kontrollieren wären.

Die Auswirkungen des Einsatzes von KI müssen deshalb nach Ansicht des BAS auch aus verwaltungsökonomischer Sicht betrachtet werden. Bislang müssten Krankenkassen allen Hinweisen nachgehen. Da bei einem Einsatz KI-gestützter Systeme mit einer Vervielfachung der Verdachtsfälle zu rechnen ist, müssen die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und Wirtschaftlichkeit berücksichtigt werden. Danach sollte es den Krankenkassen freigestellt sein, nach pflichtgemäßem Ermessen den erzeugten Stichproben nachzugehen und z. B. Bagatellfälle von einer weiteren Einzelfallüberprüfung auszuschließen.

Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes sollte dazu aber nicht – wie vom BAS vorgeschlagen – der Grundtatbestand des § 197a Abs. 1 SGB V

geändert werden. Ausdrücklich in das Ermessen der Krankenkassen gestellt werden sollte vielmehr lediglich die vorgeschlagene Neuregelung des § 197a Abs. 3c SGB V.

Die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes sowie befragte Dienstleister begrüßen und unterstützen den Formulierungsvorschlag des Digitalausschusses im BAS für einen neuen § 197a Abs. 3c SGB V ausdrücklich. Insoweit wurde aber noch weitergehender Änderungsbedarf wie folgt vorgeschlagen:

### 7.3.3 Änderungsvorschlag

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

„Einrichtungen nach Absatz 1 **können** Datenbestände mit denen anderer Kassen zusammenführen, um Sachverhalte und Muster herauszuarbeiten, die auf Basis der eigenen Datenbestände nicht erkennbar sind. Der Versichertenbezug ist zuvor zu entfernen. Eine **Prüfung und Beurteilung der auf Basis der Musteranalyse erlangten potentiellen Verdachtsfälle** ist nur auf den eigenen Datenbeständen **der betroffenen Kasse** zulässig. Eine präventive Verwendung solcher Muster ist zulässig, soweit diese im Einzelfall überprüft werden. Artikel 22 DSGVO ist zu beachten.“

## 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 (vgl. Anhang A). 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 Abs. 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.<sup>54</sup> Somit ist denkbar, dass mit Blick auf ein schwerwiegendes Fehlverhalten z. B. die Zulassung von Leistungserbringern verweigert werden kann. Dies betrifft typischerweise Tatsachen, die für Entscheidungen über die Erteilung bzw. die Rücknahme oder den Widerruf einer Erlaubnis von Belang sind, z. B. die Unzuverlässigkeit zur Berufsausübung.<sup>55</sup>

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 Abs. 4 und 132l Abs. 5 SGB V neu geregelt, dass Verträge über die Erbringung häuslicher und außerklinischer Krankenpflege nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden dürfen, die insoweit die notwendige Zuverlässigkeit für einen Vertragsabschluss

<sup>54</sup> Vgl. BT-Drs. 19/6337, S. 103.

<sup>55</sup> Vgl. BT-Drs. 19/8351, S. 220 f.

aufweisen. In der Gesetzesbegründung zu § 37c Abs. 2 SGB V wurde unmissverständlich dargestellt, dass der Medizinische Dienst bei Zweifeln an der Zuverlässigkeit eines Leistungserbringers die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen informieren soll.<sup>56</sup> Als Haupt-Fallgruppe werden dabei strafbare Handlungen und Ordnungswidrigkeiten in Betracht kommen.<sup>57</sup>

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 nichtqualifiziertem 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 Leistungserbringer 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.<sup>58</sup> 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 Datenschutzaufsichtsbehörden der Länder sind inzwischen mehrheitlich der Auffassung, dass solche Betrugspräventionssysteme (fraud pools) datenschutzrechtlich zulässig sind. Sie unterliegen zwar sehr strengen und restriktiven Anforderungen. Die Datenschutzaufsichtsbehörden der Länder haben sich aber 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.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hatte bereits für eine vergleichbare Sachverhaltskonstellation (hier: den SCHUFA-FraudPool) eine entsprechende gesetzgeberische Klarstellung angeregt, die inzwischen gem. § 47 Abs. 5 GwG auch in datenschutzrechtlicher Hinsicht die Rechtsgrundlage für den Informationsaustausch zwischen den Kreditinstituten darstellt.<sup>59</sup> Die hier eingeforderte sozialgesetzliche Klarstellung könnte deshalb in analoger Weise auf das Gesundheitswesen übertragen werden.

### 7.4.3 Änderungsvorschlag 1

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

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

<sup>56</sup> Vgl. BT-Drs. 19/20720, S. 58.

<sup>57</sup> Vgl. zur Unzuverlässigkeit eines Krankenpflegers wegen Abrechnungsbetrugs in der ambulanten Pflege VG Freiburg, Urteil vom 29. Juli 2021 - 10 K 5069/19.

<sup>58</sup> Vgl. i. d. S. bereits BT-Drs. 18/9518, S. 72 f.

<sup>59</sup> 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.

#### 7.4.4 Änderungsvorschlag 2

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

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

### 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.

#### 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) gefordert<sup>60</sup> und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) bekräftigt.<sup>61</sup> Dabei sollte zur Vermeidung von Missverständnissen in der Begründung darauf hingewiesen werden, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen der häuslichen Pflege innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Endzeiten des Pflegeeinsatzes und nicht jeder einzelnen Leistung anzugeben sind.

Die „Einvernehmliche Festlegung über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie

Einzelheiten des Datenaustausches gem. § 105 Absatz 2 SGB XI“ regelt bereits, dass bei der Abrechnung von Zeitvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben ist. Zur Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen ist mit den Leistungserbringern die Angabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung vereinbart. Technisch ist zwar im Datenaustauschverfahren hinterlegt, dass auch bei der Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene getroffen worden sind.

Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringernorganisationen, im Rahmen der Abrechnung auch die Angabe einsatzbezogener Beendigungszeiten zu vereinbaren, ist eine gesetzliche Klarstellung unumgänglich, damit Falschabrechnungen kassenseitig identifiziert werden können. Denn inzwischen hat auch die Gemeinsame Schiedsstelle nach § 132a Abs. 3 SGB durch Schiedsspruch betätigt, dass es für eine generelle Verpflichtung der Leistungserbringer, bei der bei Erbringung von Leistungen immer – gleich welcher Vergütungsgestaltung – Anfangs- und Endzeitpunkt der Leistungserbringung anzugeben sind, einer entsprechenden gesetzlichen Entscheidung bedürfe.<sup>62</sup>

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.

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

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

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

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

### 7.5.3 Änderungsvorschlag

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

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

## 7.6 Bekämpfung von Fehlverhalten in der häuslichen Krankenpflege

### 7.6.1 Änderungsbedarf

Auch für die Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist in § 302 Abs. 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 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 Intensivpflege<sup>63</sup> 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 Krankenpflege<sup>64</sup> oder zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden<sup>65</sup> sind im Rahmen der Leistungserbringung weitere Zusatzqualifikationen der ausführenden Pflegefachkräfte

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

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

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

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.<sup>66</sup> 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.<sup>67</sup> 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 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 Leistungsmisbrauch oder Abrechnungsbetrug mittels Erstellung von Tagesprofilen letztlich auch gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar. Ansonsten kann Leistungsmisbrauch nicht effektiv verfolgt werden.

### 7.6.3 Änderungsvorschlag

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

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit und nach § 293 Abs. 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.

<sup>66</sup> Vgl. BGH, Beschluss vom 16. Juni 2014 – 4 StR 21/14.

<sup>67</sup> Vgl. Rettke, Probleme des Abrechnungsbetrugs in der Pflege, medstra 2019, 262-263.

Die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften, die gem. § 143 Abs. 4 GVG zulässig ist, obliegt den nach dem Grundgesetz für die Justiz zuständigen Ländern. Zuständig für staatsanwaltliche 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.

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. Im abgeschlossenen Berichtszeitraum sind in drei weiteren Bundesländern - Bayern, Hessen und Brandenburg - neue Schwerpunktstaatsanwaltschaften bzw. Zentralstellen hinzugekommen.

Zum 15. September 2020 wurde bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg die neue **„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 neue zentrale Ermittlungseinheit bündelt die Kompetenzen, die bisher auf drei Schwerpunktstaatsanwaltschaften in Bayern verteilt waren. Damit werden die Ermittlungsstrukturen weiter optimiert.<sup>68</sup> Der Freistaat Bayern setzt dabei 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.<sup>69</sup>

Am 4. Januar 2021 hat die neu gegründete **„Zentrale Staatsanwaltschaft für Medizinwirtschaftsstrafrecht bei der Staatsanwaltschaft Fulda (ZSMS)“** ihre Arbeit aufgenommen. Die ZSMS ist Nachfolgerin der seit Herbst 2009 bei der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main angesiedelten und im Jahr 2019 umbenannten „Zentralstelle für Medizinwirtschaftsstrafrecht“. Letztere wurde auf Veranlassung der Generalstaatsanwaltschaft abgewickelt, nachdem im Sommer 2020 strafrechtliche Vorwürfe gegen den ehemaligen Leiter bekannt geworden waren. Durch die zentrale Bearbeitung der Verfahren wird zukünftig sichergestellt, dass Betrug und Korruption im Gesundheitswesens in Hessen konsequent verfolgt und die Sachverhalte mit großer Expertise rechtlich gewürdigt werden können.<sup>70</sup> Das neue Konzept für die Bearbeitung der komplexen medizinwirtschaftsstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren sieht u. a. folgende Punkte vor:

- angereicherte Anzeigeerstattungen und eine intensiviertere Zusammenarbeit mit den Kas- sen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie den Krankenkassen
- verstärkte Einbeziehung der Polizei in die Ermittlungen, die durch das Hessische Landeskriminalamt koordiniert werden

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.

- qualifizierte Aus- und Fortbildung der polizeilichen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter und staatsanwaltschaftlichen Dezernentinnen und Dezernenten
- bundesweite Vernetzung mit anderen Staatsanwaltschaften und Akteuren des Gesundheitswesens

Zum 1. Juni 2021 wurde schließlich auch im Land Brandenburg eine neue landesweit zuständige **Schwerpunktstaatsanwaltschaft für Abrechnungsbetrug und Arzneimittelkriminalität** eingerichtet. Nach der Entscheidung des Ministeriums der Justiz wurde dazu die Zuständigkeit der bereits für die Bekämpfung der schweren Wirtschafts- und Umweltkriminalität zuständigen Schwerpunktstaatsanwaltschaft Potsdam um den Bereich der besonders schweren Straftaten im Gesundheitswesen erweitert.<sup>71</sup> Dabei kann es sich um besonders umfangreiche Strafsachen im Zusammenhang mit der Abrechnung medizinischer Leistungen ebenso handeln wie um besonders schwerwiegende oder komplexe Arzneimittelstrafsachen. Die Errichtung der neuen Schwerpunktstaatsanwaltschaft erfolgte auch vor dem Hintergrund der Strafverschärfungen im Bereich des Medizinproduktestrafrechts als Teil der Umsetzung der internationalen „Medicrime-Konvention“. Damit nimmt das Land Brandenburg auch eine Vorreiterrolle im Bereich des Arzneimittelstrafrechts ein.

Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens sind eine absolute Spezialmaterie. Das zugrunde liegende Sozialversicherungsrecht ist äußerst komplex, da nicht nur die gesetzlichen, sondern auch die vertraglichen Vorgaben zu den Leistungs- und Abrechnungsbeziehungen im Gesundheitswesen zu beachten sind. Das Gesundheitswesen ist in seiner Entwicklung außerdem

extrem dynamisch, da sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen vergleichsweise häufig ändern. Darauf müssen die Strafverfolgungsbehörden aber auch reagieren können. Eine effektive Strafverfolgung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen wird erwartungsgemäß dort erfolgen, wo sich nicht nur Richterinnen und Richter<sup>72</sup>, 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.<sup>73</sup>

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat zuletzt in 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 Effektivierung der Strafverfolgung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sollte z. B. auch von der Justizministerkonferenz aufgegriffen werden.

Die 93. Justizministerkonferenz hat am 10. November 2022 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 sowohl tatsächlich als auch rechtlich hochkomplexe Materie sein, die den Einsatz von Spezialistinnen und Spezialisten bei den Strafverfolgungsbehörden erforderlich machen kann.

<sup>71</sup> Vgl. die Pressemitteilung des Ministeriums der Justiz des Landes Brandenburg vom 7. Mai 2021.

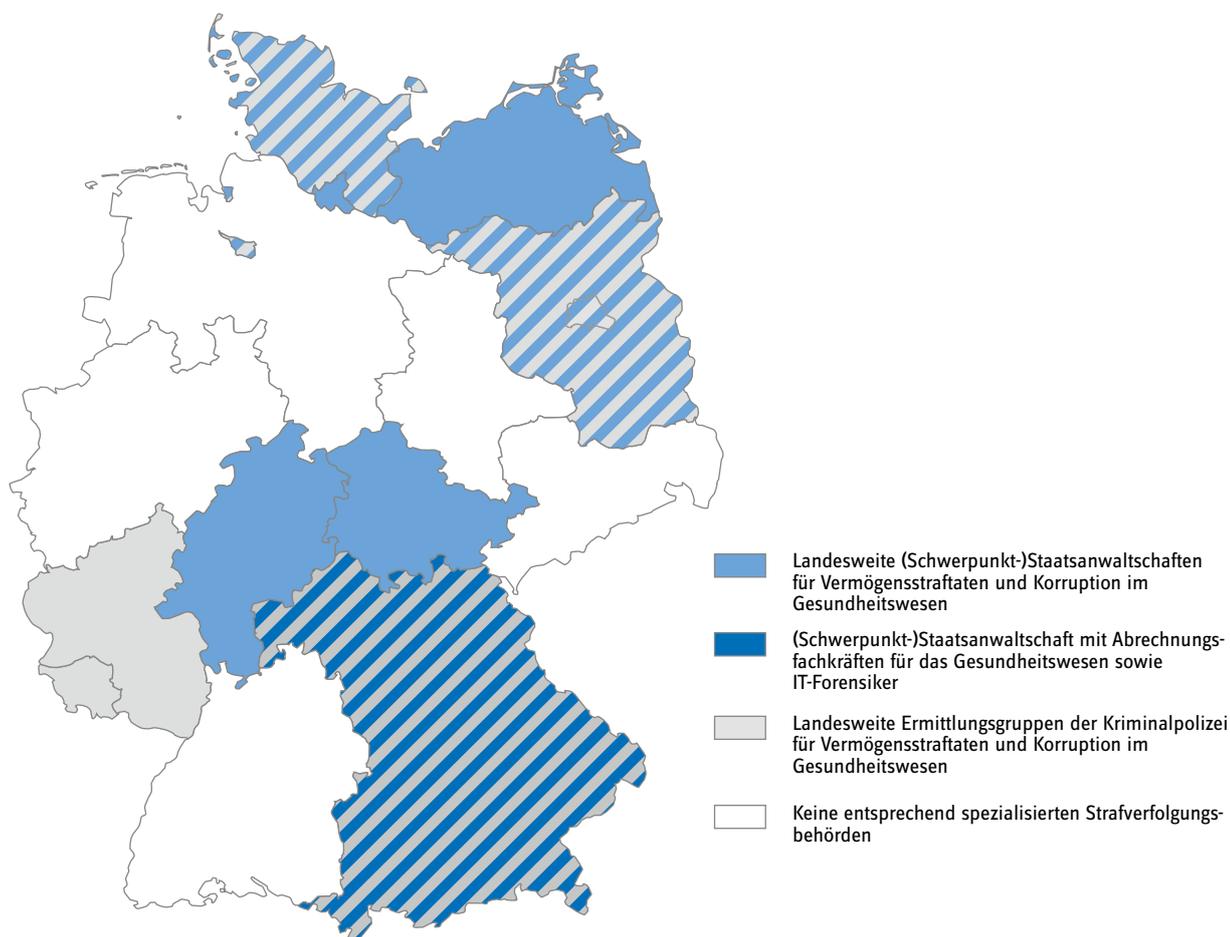
<sup>72</sup> Nach Art. 2 des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen wurde die Zuständigkeit der Wirtschaftsstrafkammern bei den Landgerichten gem. § 74c Abs. 1 Satz 1 GVG allerdings nur für Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen erweitert, nicht dagegen für Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen.

<sup>73</sup> Für eine konsequente Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes beschlossen vom Verwaltungsrat am 25. März 2015, S. 5.

Zur weiteren Effektivierung der Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen ist außerdem in allen Bundesländern eine 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 den Vorschlag, in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe die Verantwortlichkeiten und Befugnisse der genannten Behörden und Körperschaften noch enger aufeinander abzustimmen und eine koordinierte Bekämpfungsstrategie zu entwickeln. Dazu sollte eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt werden.

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



## 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.“

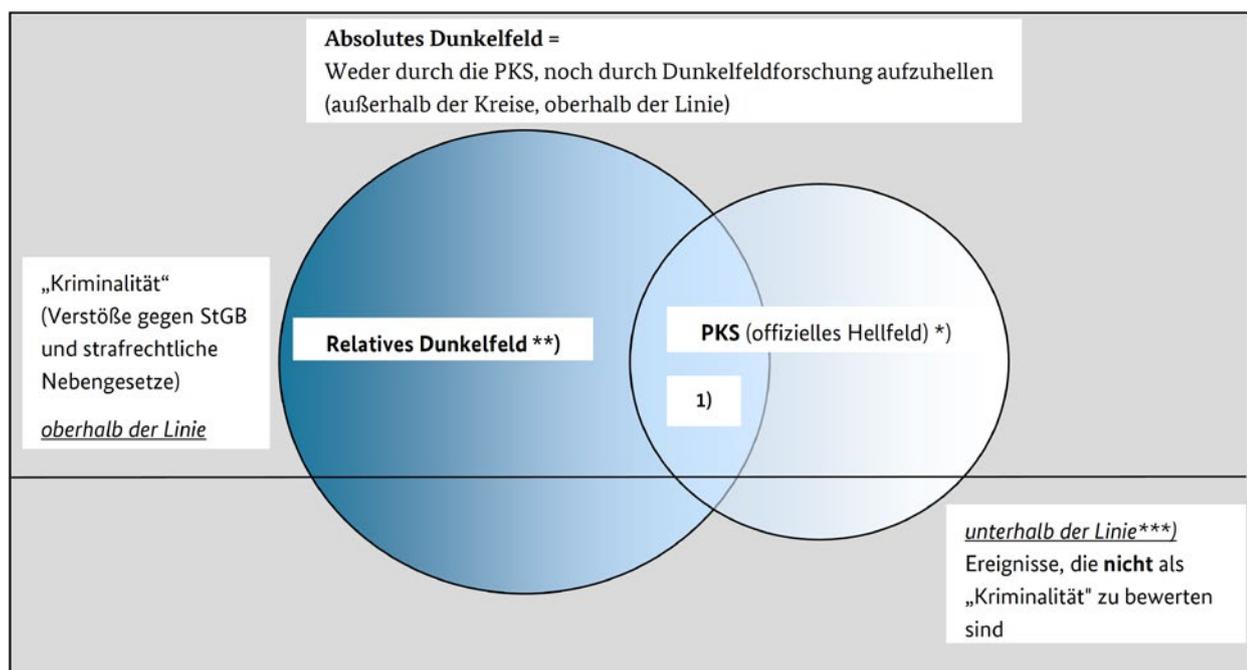
Nach der amtlichen Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) hat sich die Anzahl der Fälle von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen im Jahr 2021 nahezu verdreifacht. Die dadurch auch zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung festgestellten Schäden liegen seit Jahren im hohen zweistelligen Millionenbereich. 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.

Solang 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.<sup>74</sup> 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.<sup>75</sup> Diese Studienergebnisse haben z. B. auch der Bundesrat<sup>76</sup> oder die Bayerische Staatsregierung<sup>77</sup> 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.

Im Koalitionsvertrag tritt die Ampelkoalition für eine evidenzbasierte Kriminalpolitik ein. Kriminologische Evidenzen sollten deshalb auch zur Erhellung des Dunkelfeldes von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland 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 Universitäten<sup>78</sup> oder Dritte.

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 Ärztereinigungen – eine umfassende Studie zum Dunkelfeld der Falschabrechnungen im Gesundheitswesen und den dazu beitragenden Faktoren erstellt werden kann. Der GKV-Spitzenverband und seine Mitgliedschaften werden eine unabhängig geförderte Dunkelfeldstudie aktiv unterstützen.

74 Vgl. nur Fischer, Strafgesetzbuch, 69. Aufl. 2022, § 299a StGB, Rn. 4.

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

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

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

78 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.

# Anhang

---

- A. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021 (Auszug)
- B. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Patientendatenschutzgesetzes (PDSG) vom 19. Mai 2020 (Auszug)
- C. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPreG) vom 12. Juni 2020 (Auszug)
- D. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege - Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) vom 10. November 2020 (Auszug)
- E. Erklärung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes zur Stärkung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen vom 2. Dezember 2020
- F. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPiMG) vom 8. April 2021 (Auszug)
- G. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWiEG) vom 8. April 2021 (Auszug)
- H. Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes „Strafverfolgung von Betrug und Korruption muss effektiver werden“ vom 17. November 2021
- I. GKV Expertise - Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Programm zum Erfahrungsaustausch der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit Vertretern der Strafverfolgungsbehörden gem. §§ 197a Abs. 3 SGB V, 47a SGB XI am 18. November 2021
- J. Kontaktadressen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen:
  - I. GKV-Spitzenverband
  - II. Kranken- und Pflegekassen (Stand zum 1. Januar 2023: 96)
  - III. Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen (sofern angezeigt)
  - IV. Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene



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

Berlin, den 28. Juni 2017

---

**Organisierten Abrechnungsbetrug in der Pflege frühzeitiger erkennen und unterbinden**

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

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

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

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)165(21)**  
gel. VB zur öAnh. am 27.5.2020 -  
PDSG  
20.5.2020



**Stellungnahme  
des GKV-Spitzenverbandes  
vom 19.05.2020**

**zum Gesetzentwurf  
Entwurf eines Gesetzes zum Schutz elektronischer Patien-  
tendaten in der Telematikinfrastruktur  
Patientendaten-Schutzgesetz – PDSG  
vom 31.03.2020**

**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 19.05.2020  
zum Gesetzentwurf eines Patientendatenschutzgesetzes (PDSG)  
Seite 15 von 199

**Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch SGB V**

Nr. 4

**§ 31 – Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber beabsichtigt, in Absatz 1 ergänzend klar zu stellen, dass vorbehaltlich anderer gesetzlicher Regelungen keine Zuweisungen von Verordnungen oder andere Beeinflussungen der Apothekenwahl durch Vertragsärzte oder Krankenkassen stattfinden dürfen, auch nicht mittelbar. Aus medizinischen Gründen soll im Einzelfall ein Abweichen möglich sein. Betroffen hiervon sind explizit auch elektronische Verordnungen.

**B) Stellungnahme**

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Absicht des Gesetzgebers, ein Zuweisungsverbot auch für elektronische Verordnungen explizit klarstellend aufzunehmen. Gegenüber der im Referentenentwurf vorgesehenen Fassung erscheint die nun vorliegende Formulierung umfassender.

Es stellt sich allerdings die Frage, warum eine weitere Ausnahme vom Zuweisungsverbot in Einzelfällen geschaffen werden soll. Für bestimmte Konstellationen, wie beispielsweise die Versorgung mit anwendungsfertigen, individuell hergestellten Zytostatikazubereitungen liegen bereits gesetzliche Ausnahmeregelungen vor (vgl. § 11 Abs. 2 Apothekengesetz). Die Formulierung „aus medizinischen Gründen im Einzelfall“ ist hinreichend unklar formuliert, es steht in Ermangelung einer Konkretisierung im Ermessen eines Arztes bzw. einer Arzt-Apotheken-Kooperation, ob und wann eine solche Fallkonstellation als gegeben angesehen wird. Dabei ist aufgrund des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient zu erwarten, dass Patienten sich kaum den Empfehlungen ihres Arztes widersetzen werden. Insofern wird mit der Regelung ein nicht erwünschter Anreiz für Fehlverhalten gesetzt, bei dem Missbrauch stattfindet und gefördert wird. Diese Regelung ist nicht zielführend und ist aufzuheben.

**C) Änderungsvorschlag**

Aus der vorgesehenen Formulierung werden die Worte „oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten“ gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2020  
zum Gesetzentwurf eines Patientendatenschutzgesetzes (PDSG)  
Seite 17 von 199

**Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 6

**§ 33 – Hilfsmittel**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Analog zur beabsichtigten Neuregelung des § 31 Absatz 1 Satz 6 und 7 soll auch § 33 Absatz 6 dahingehend ergänzt werden, dass Vertragsärzte oder Krankenkassen weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen dürfen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen. Ausnahmen von dieser Regelung ergeben sich nur, wenn gesetzlich etwas anderes bestimmt oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist. Die geplante Neuregelung soll auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen gelten.

**B) Stellungnahme**

Die geplante Änderung untermauert das Wahlrecht der Versicherten, unter den Vertragspartnern ihrer Krankenkassen Leistungserbringer frei zu wählen und ist daher sachgerecht. Soweit die Regelung nunmehr auch auf den Hilfsmittelbereich bezogen wird, sind die spezifischen Besonderheiten dieses Bereichs zu beachten. So ist bei Hilfsmittelversorgungen häufig auch eine individuelle Anpassung des Hilfsmittels erforderlich.

Gemäß § 127 Absatz 6 Satz 1 haben die Krankenkassen ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Anders als in der Arzneimittelversorgung kommt es in der Versorgungspraxis bei Hilfsmitteln vor diesem Hintergrund insbesondere bei älteren Versicherten vor, dass sie ihrer Krankenkasse die ärztliche Verordnung zusenden oder dort anrufen, um die erforderlichen Informationen über die Versorgungsberechtigten zu erhalten oder von der Krankenkasse erwarten, die Versorgung zu veranlassen. Dies ist insbesondere auch bei anstehenden Krankenhausentlassungen der Fall, wenn unmittelbar nach der Entlassung z. B. ein behindertengerechtes Bett oder ein Toilettenrollstuhl unverzüglich im häuslichen Bereich des Versicherten zur Verfügung stehen muss. Daher ist die Regelung dahingehend zu erweitern, dass auch der ausdrückliche Wunsch des Versicherten eine weitere Ausnahme von der Regelung rechtfertigen kann.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2020  
zum Gesetzentwurf eines Patientendatenschutzgesetzes (PDSG)  
Seite 18 von 199

**C) Änderungsvorschlag**

6. Dem § 33 Absatz 6 werden folgende Sätze angefügt:

„Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen, *es sei denn, dies erfolgt auf Wunsch des Versicherten oder es handelt sich um eilige Versorgungen bei bevorstehender Krankenhausentlassung.* Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.“

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)155(28)**  
gel. VB zur öAnh. am 17.6.2020 -  
GKV-IPReG  
15.6.2020



## **Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020**

**zum Entwurf  
eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer  
Versorgung und medizinischer Rehabilitation  
in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz –  
GKV-IPReG)**

**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 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 57 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 14

### **§ 132j Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach §§ 42 oder 43 SGB XI erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Leistungen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nach Abs. 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abgeben.
- b) Im Fall der Nichteinigung soll der Inhalt der Rahmempfehlungen durch eine von den Rahmenempfehlungspartnern zu bildende gemeinsame Schiedsstelle festgelegt werden. Die Schiedsstelle soll aus insgesamt 14 Mitgliedern bestehen (6 Vertreter der Krankenkassen, zwei Vertreter der vollstationären Pflegeeinrichtungen, zwei Vertreter der Leistungserbringer nach Abs. 5 Nr. 2, zwei Vertreter der ambulanten Pflegeeinrichtungen und zwei unparteiische Mitglieder). Die unparteiischen Mitglieder haben je drei Stimmen. Jedes andere Mitglied hat eine Stimme. Kommt eine Einigung nicht zustande, geben die Stimmen des Vorsitzenden den Ausschlag. Entscheidungen sollen mit einer einfachen Mehrheit getroffen werden. Die unparteiischen Mitglieder sollen einvernehmlich von den Trägerorganisationen der Schiedsstelle bestimmt werden. Sofern dies nach Fristsetzung nicht gelingt, sollen sie durch das BMG bestellt werden.
- c) Die Krankenkassen sollen über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung Verträge mit Leistungserbringern schließen. Im Fall der Nichteinigung soll der Inhalt des Versorgungsvertrages durch eine unabhängige Schiedsperson bestimmt werden. Es soll geregelt werden, dass Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V so lange fortgelten, bis sie durch Versorgungsverträge nach § 132j SGB V abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1. Die Leistungserbringer sollen verpflichtet werden, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen teilzunehmen.
- d) In Absatz 6 wird geregelt, dass falls sich die Vertragspartner nicht einigen können, der Vertragsinhalt von einer Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgesetzt wird.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 58 von 110

- e) Die Krankenkassen sollen die für die infektionshygienische Überwachung zuständigen Gesundheitsämter über jeden Leistungserbringer, der in ihrem Auftrag außerklinische Intensivpflege erbringt, informieren.

## **B) Stellungnahme**

Aus rechtstechnischer Sicht sei darauf hingewiesen, dass die Paragraphenbezeichnung des § 132j SGB V sowie des § 132k SGB V durch Einfügungen im Rahmen des Masernschutzgesetzes belegt sind und deshalb der vorgesehenen Einfügung eines § 132j SGB V die Bezeichnung § 132l SGB V zugewiesen werden sollte. Aus Transparenzgründen wird im Rahmen dieser Stellungnahme jedoch weiterhin die Bezeichnung § 132j SGB V verwendet.

Zu a)

Um eine einheitliche Versorgung der Versicherten mit außerklinischer Intensivpflege zu erreichen, wird die beabsichtigte Neuregelung zum Abschluss von Rahmenempfehlungen auf der Bundesebene begrüßt.

Abs. 2 enthält eine Aufzählung der insbesondere zu regelnden Inhalte der Rahmenempfehlungen, die grundsätzlich sachgerecht ist. Es wird zudem begrüßt, dass entsprechend der verschiedenen Formen der Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege (Intensivpflege-Wohneinheiten, vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI und Häuslichkeit des Versicherten) jeweils spezifische Regelungen zu treffen sind. In den Rahmenempfehlungen sollen auch Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, dem Krankenhaus und mit weiteren nicht ärztlichen Leistungserbringern geregelt werden (siehe Absatz 2 Nr. 3). Daneben hat der G-BA gemäß § 92 Abs. 7 Nr. 2 SGB V und zukünftig nach § 37c Abs. 1 Satz 8 Nr. 2 SGB V den Auftrag, Inhalt und Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer sowie Anforderungen an die Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten zu regeln. Diese Regelungen der Richtlinie des G-BA sind bei den Rahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivpflege zu berücksichtigen.

Aufgrund der zu Artikel 1 Nr. 2 vorgeschlagenen Streichung der Kurzzeitpflege als Ort der Leistungserbringung ist die Bezugnahme auf den § 42 SGB XI hier ebenfalls zu streichen (s. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2).

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 59 von 110

Zu b)

Die Festlegung der Rahmenempfehlungsinhalte durch eine Schiedsstelle, für den Fall, dass keine Einigung erzielt werden kann, wird begrüßt. Die Schaffung einer eigenständigen Schiedsstelle für die Rahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivpflege ist sachgerecht. § 132j Abs. 4 Satz 10 SGB V ordnet an, dass die Bestellung der unparteiischen Mitglieder sowie ihrer Stellvertreter durch das BMG erfolgt, wenn eine Einigung auch nach Fristsetzung nicht zustande kommt. Insofern sollte sprachlich klargestellt werden, dass diese ersatzweise Bestellung durch die Aufsichtsbehörde nur ergänzend erfolgt, „soweit“ eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande gekommen ist. Schließlich ist es denkbar, dass die Trägerorganisationen sich auf einzelne unparteiische Mitglieder bzw. Stellvertreter einigen, während andere Besetzungen strittig bleiben.

Zu c)

Nach § 132j Abs. 5 SGB V sollen die Krankenkassen auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen über die außerklinische Intensivpflege Versorgungsverträge mit geeigneten Leistungserbringern schließen. In diesem Zusammenhang sollte geregelt werden, dass Verträge nur mit Leistungserbringern geschlossen werden können, die insoweit die notwendige Zuverlässigkeit für einen Vertragsschluss aufweisen. Der Begriff der „Zuverlässigkeit“ wurde bereits in anderen Vorschriften der Sozialgesetzbücher im Zusammenhang mit geeigneten Vertragspartnern verwendet (z.B. § 71 Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur zuverlässigen Fachkraft bei Betreuungsdiensten). Auch in der Begründung zu Artikel 1 Nr. 2 Absatz 2 wird dargestellt, dass der Medizinische Dienst bei Zweifeln an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers die auftragserteilenden Krankenkassen (§ 275b Absatz 2 Satz 8 in Verbindung mit § 277 Absatz 1 Satz 4 SGB V), die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a Absatz 3b Satz 3 SGB V) sowie die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde (§ 115 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) informieren soll.

Es ist erforderlich, die Zuverlässigkeit als Anforderung gesetzlich vorzusehen, da die gesetzlichen Regelungen des § 132j SGB V – wie auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V – Kontrahierungszwang für den Vertragsschluss vorsehen. Folglich müssen Verträge mit Leistungserbringern geschlossen werden, die insoweit die formalen Voraussetzungen erfüllen. Ohne Regelungen zur Zuverlässigkeit des Leistungserbringers als Anforderungen für den Vertragsabschluss gibt es keinerlei Möglichkeiten der Krankenkassen, den Vertragsabschluss zu verweigern, wenn der Leistungserbringer z.B. unter einem neuen Namen neu firmiert und in der Vergangenheit durch Abrechnungsbetrug oder eine schlechte Versorgungsqualität auffällig geworden ist und somit Zweifel an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers bestehen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 60 von 110

Außerdem sollte analog § 132a Abs. 4 Sätze 7–8 SGB V auch geregelt werden, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können und der Leistungserbringer verpflichtet ist, die Bezahlung jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.

Mit der Streichung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Schaffung einer Spezialnorm gemäß § 37c SGB V entfällt auch die vertragsrechtliche Grundlage für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 132a Abs. 4 SGB V. Wir begrüßen die Regelung, dass die bestehenden Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V zur häuslichen Krankenpflege im Rahmen einer Übergangsfrist solange weiterlaufen sollen, bis ein Vertrag nach § 132j Abs. 5 SGB V geschlossen wurde. Um einen zügigen Abschluss der Verträge nach § 132j Abs. 5 Nr. 3 SGB V sicherzustellen, ist es zudem sachgerecht, dass die Übergangsfrist nicht mehr als 12 Monate nach Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 132j Abs. 1 SGB V beträgt.

Die Verpflichtung der Leistungserbringer auf ein internes Qualitätsmanagement sowie deren verpflichtende Teilnahme an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V und § 114 ff SGB XI werden begrüßt.

Der inhaltlichen Gesetzssystematik und auch der Gesetzesbegründung zu Abs. 5 folgend, schlagen wir vor, die Verortung des Abs. 6 Sätze 1 und 2 zu ändern und diese dem Abs. 5 als Sätze 2 und 3 zuzuordnen. Dies würde eine inhaltliche Kongruenz der Regelungen herstellen.

Zu d)

Die Festlegung des Inhalts des Versorgungsvertrags durch eine Schiedsperson, für den Fall, dass zwischen den Vertragspartnern keine Einigung erzielt werden kann, wird begrüßt. Die Vertragspartner sollen sich auf eine Schiedsperson einigen. Sofern eine Einigung nicht zustande kommt ist vorgesehen, dass die für die Landesverbände der Krankenkassen zuständige Aufsichtsbehörde eine Schiedsperson bestimmt. Vor dem Hintergrund, dass die Versorgungsverträge zur Erbringung der außerklinischen Intensivpflege von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu schließen sind, schlagen wir vor, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Schiedsperson bestimmt.

Zu e)

Dass die Krankenkassen die zuständigen Gesundheitsämter über jeden in ihrem Auftrag tätigen Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege informieren, wird grundsätzlich begrüßt. Da die Verträge jedoch gemeinsam und einheitlich durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen geschlossen werden, sollte insoweit auf diese Akteure

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 61 von 110

abgestellt werden. Durch die Regelung wird den Gesundheitsämtern ermöglicht, die infekti-  
onshygienische Überwachung bürokratiearm durchzuführen. Dies trägt zur Qualitätssiche-  
rung in der außerklinischen Intensivpflege bei. Jedoch bleiben die nähere Ausgestaltung zum  
Meldeverfahren sowie zu den zu übermittelnden Daten an das zuständige Gesundheitsamt  
offen. Daher wird vorgeschlagen, dass der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit der Bun-  
desvereinigung der kommunalen Spitzenverbände das Nähere zum Meldeverfahren festlegt.

Des Weiteren soll durch Art. 2 Nr. 2 die Anzeigepflicht von Leistungserbringern im Rahmen  
der häuslichen Krankenpflege, die Versicherte in organisierten Wohneinheiten intensivpflege-  
risch versorgen, in § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V folgerichtig gestrichen werden. Allerdings ist  
nicht ausgeschlossen, dass Versicherte gemeinschaftliches Wohnen selbst organisieren und  
somit mehrere Versicherte mit Anspruch auf § 37c SGB V in einer zusammenhängenden  
häuslichen Umgebung durch Leistungserbringer nach § 132j Abs. 5 Nummer 4 SGB V ver-  
sorgt werden. Darüber muss nicht zuletzt aufgrund der Durchführung von Qualitäts- und  
Abrechnungsprüfungen Transparenz hergestellt werden, sodass eine Anzeigepflicht für diese  
Versorgungskonstellationen vorgesehen werden sollte.

### C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 Nr. 14 wird wie folgt geändert:

§ 132j Abs. 1 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von voll-  
stationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach ~~den §§ 42 oder § 43~~  
des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Lei-  
stungen nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und  
die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisati-  
onen auf Bundesebene haben unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund und unter  
Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen:  
Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalender-  
monats] gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Inten-  
sivpflege zu vereinbaren. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundes-  
vereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu  
geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenemp-  
fehlungen einzubeziehen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Ab-  
satz 5 zugrunde zu legen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 62 von 110

§ 132j Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach ~~den §§ 42 oder § 43~~ des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Leistungserbringern nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle.“

- Satz 11 SGB V wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

~~„Kommt~~ Soweit eine Einigung nicht zu Stande kommt, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.“

§ 132j Abs. 5 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

„(5) Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit zuverlässigen Leistungserbringern, die

1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
2. Leistungen nach ~~den §§ 42 oder § 43~~ des Elften Buches erbringen,
3. Leistungen nach § 103 Absatz 1 des Neunten Buches in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches erbringen oder
4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten erbringen.

Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Bezahlung nach Satz 2 jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 63 von 110

und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Leistungserbringer, die mehrere Versicherte gemeinsam in einer zusammenhängenden häuslichen Umgebung versorgen, haben dies der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen. Verträge nach § 132a Absatz 4 gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach Satz 1 abgelöst wurden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.“

**§ 132j Abs. 6 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:**

„(6) ~~Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Verträge nach § 132a Absatz 4 gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach Satz 1 abgelöst wurden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.~~ Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Versorgungsvertrages nach Absatz 5 durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von ~~der für die Landesverbände der Krankenkassen jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde dem Bundesamt für Soziale Sicherung~~ innerhalb eines Monats bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

**§ 132j Abs. 7 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:**

„(7) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen informieren die für die infektionshygienische Überwachung nach § 23 Absatz 6 Satz 1 und Absatz 6a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämter über jeden Leistungserbringer, der in ihrem Auftrag Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringt. Das Nähere zum Meldeverfahren legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände fest.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 66 von 110

**Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 16

**§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen zur Durchführung und zum Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sollen um den neuen Leistungsanspruch der außerklinischen Intensivpflege ergänzt werden.

**B) Stellungnahme**

Die Ergänzung, dass neben der häuslichen Krankenpflege auch die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege unter die Regel- und Anlassprüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275b SGB V fallen, wird begrüßt. Für Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege, die eine Wohneinheit betreiben oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist vorgesehen, dass diese einer Regelprüfung nach § 275b Abs. 1 Satz 1 SGB V und nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen. Im Hinblick auf die spezifischen strukturellen und personellen Anforderungen an die außerklinische Intensivpflege ist diese Regelung mit Blick auf die Qualitätssicherung und auf die Patientensicherheit sachgerecht. Dadurch kann sichergestellt werden, dass regelhaft Personen mit einem intensivpflegerischen Versorgungsbedarf in die Qualitätsprüfungen dieser Leistungserbringer einbezogen werden. Außerdem ist dadurch sichergestellt, dass die Regelprüfungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege unangekündigt erfolgen können, da bei Prüfungen nach § 114 Abs. 2 SGB XI i. V. m. § 114a Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB XI in der Regel eine Ankündigung vorgesehen ist. Insbesondere im Bereich der außerklinischen Intensivpflege ist eine unangekündigte Prüfung bei jeder Versorgungsform erforderlich. Die Argumentation, dass dem Pflegedienst die Möglichkeit der organisatorischen Vorbereitung gegeben werden muss, greift hier nicht, da im Rahmen dieser Versorgung in der Regel rund um die Uhr eine qualifizierte Pflegefachkraft vor Ort ist.

Die vorgesehene Änderung zu Abs. 2 Satz 2 wird begrüßt. Der Verweis auf § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V ist folgerichtig, da nicht im Satz 12, sondern im Satz 14 die Anzeigepflicht von organisierten Wohneinheiten geregelt wird. Dadurch sind grundsätzlich unangemeldete Prüfungen durch den Medizinischen Dienst in Wohneinheiten in der Übergangszeit sowohl bei Leistungserbringern, die noch nach § 132a Abs. 4 SGB V vertraglich gebunden sind als auch bei Betreibern von Wohneinheiten nach § 132j Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V und in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 132j Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V möglich.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 67 von 110

In Räumlichkeiten nach § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI umfassen die Leistungen der Eingliederungshilfe die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege (§ 103 Abs. 1 SGB IX). Es ist damit von einer vollständigen Integration von Pflegeleistung in den Rahmen der Eingliederungshilfe auszugehen. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI ebenfalls um stationäre Leistungsorte bzw. ausweislich des § 71 Abs. 4 Nummer 3 Buchstabe c um Leistungsorte handelt, an denen der Umfang der Gesamtversorgung regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung einer vollstationären Einrichtung entspricht, sind auch in diesen Einrichtungen und Räumlichkeiten grundsätzlich unangemeldete Prüfungen durch den Medizinischen Dienst zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund, dass auch an diese Leistungserbringer spezifische Anforderungen an die Versorgungsqualität sowie die personelle und strukturelle Ausstattung gestellt werden, ist es sachgerecht, Doppelprüfung nach § 275b SGB V und § 128 Abs. 1 Satz 3 SGB IX durchzuführen. Gleiche Anforderungen an die Durchführung von Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI erscheinen vor dem Hintergrund der vergleichbaren Versorgungsumfänge dieser Orte der Leistungserbringung angezeigt.

Gemäß Abs. 3 hat der Medizinische Dienst den Medizinischen Dienst Bund über die Erfahrungen und Ergebnisse der Prüfungen sowie über Erkenntnisse der Pflegequalität und der Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege zu berichten. Aufgrund des neuen Leistungsanspruchs nach § 37c SGB V ist die außerklinische Intensivpflege entsprechend einer Folgeänderung zu ergänzen.

Sofern bei den Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V Mängel durch den Medizinischen Dienst festgestellt werden, fehlt es derzeit an einer eindeutigen gesetzlichen Grundlage zur Erstellung von entsprechenden Maßnahmenbescheiden durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bzw. bei Anlassprüfungen auch durch die Krankenkassen. Im Bereich der Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI gibt es im § 115 Abs. 2 SGB XI eine entsprechende Vorschrift. Des Weiteren fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage analog des § 114 Abs. 4 Satz 4 SGB XI, um bei festgestellten Qualitätsdefiziten auch Wiederholungsprüfungen in Auftrag geben zu können. Daher schlagen wir vor, analog der vorgenannten Regelungen im SGB XI auch im § 275b SGB V entsprechende Regelungen aufzunehmen. Da es sich bei einem Maßnahmenbescheid um einen Verwaltungsakt gemäß § 31 SGB X handelt, trägt die vorgeschlagene Ergänzung zur Rechtssicherheit bei.

Durch entsprechende Verweise ist sichergestellt, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vor einer Regelprüfung mit der für die Prüfung nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde abstimmen (§ 114 Absatz 3 SGB XI)

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 68 von 110

und diese bei teil- oder vollstationärer Pflege beteiligen (§ 114a Absatz 2 SGB XI). Es fehlt jedoch ein Verweis auf § 117 SGB XI in § 275b SGB V, der die Zusammenarbeit der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie des Medizinischen Dienstes mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde regelt sowie die Meldung von Daten über die Leistungserbringer und von Erkenntnissen aus Qualitätsprüfungen gewährleistet.

### C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 Nr. 16 wird um folgende Änderungen ergänzt:

Buchstabe b) wird um folgende Doppelbuchstaben ergänzt:

dd) Nach dem neuen Satz 3 wird ein neuer Satz 4 eingefügt:

„Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung können von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich oder bei einer von einer Krankenkasse beauftragten Anlassprüfung von der zuständigen Krankenkasse eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 275b Absatz 3 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.“

In Buchstabe c) wird der Doppelbuchstabe aa) wie folgt gefasst:

In Satz 2 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 14“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch für Prüfungen bei Leistungserbringern, 7 mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132j Absatz 5 abgeschlossen haben“ eingefügt.

Nach Buchstabe c) werden folgende Buchstaben d) bis f) ergänzt:

d) Nach Absatz 2 wird folgender neuer Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Im Zusammenhang mit der Durchführung von Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, die einen Vertrag nach § 132j Absatz 5 über die Erbringung von außerklinischer Intensivpflege abgeschlossen haben, gelten die Bestimmungen über die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 117 des Elften Buches entsprechend.“

e) Nach Absatz 2a wird folgender Absatz 2b eingefügt:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 69 von 110

„(2b) Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder die Krankenkasse nach Anhörung des Trägers des Pflegedienstes und der beteiligten Trägervereinigung, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger des Pflegedienstes hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.“

f) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden nach der Angabe „häusliche Krankenpflege“ die Wörter „und der außerklinischen Intensivpflege“ ergänzt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 83 von 110

**Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI)**

Nr. 7

**§ 114 Qualitätsprüfungen**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Ergänzung in Absatz 2 wird geregelt, dass bei ambulanten Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflegeleistungen im Haushalt des Versicherten oder in seiner Familie oder sonst an geeigneten Orten (§ 37c Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V) auf Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen gemäß § 132j Absatz 5 Nummer 4 SGB V erbringen und gleichzeitig nach SGB XI zugelassen sind und damit einer Regelprüfung nach § 114 SGB XI unterliegen, in diese Regelprüfung auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V einzubeziehen sind.

**B) Stellungnahme**

Bei nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflegeleistungen nach § 37c SGB V im Haushalt des Versicherten oder sonst an geeigneten Orten erbringen, ist es auf Grund der Einzelfallsituation sowie der in diesen Fällen häufigen Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und SGB XI gerechtfertigt, die außerklinische Intensivpflege in die Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI einzubeziehen. Damit erfolgt nur eine Regelprüfung, die sowohl Leistungen der außerklinischen Intensivpflege als auch Leistungen nach dem SGB XI umfasst.

Ergänzend sollte geregelt werden, dass in diesen Fällen immer auch Personen mit einem Intensivpflegebedarf in die Prüfung einbezogen werden (Erweiterung der Stichprobe bei Bedarf) und diese Regelprüfung entsprechend der Regelung in § 275b SGB V unangemeldet zu erfolgen hat. Im Hinblick auf die spezifischen strukturellen und personellen Anforderungen an die außerklinische Intensivpflege ist diese Regelung mit Blick auf die Qualitätssicherung und auf die Patientensicherheit sachgerecht. Die Argumentation, dass dem Pflegedienst die Möglichkeit der organisatorischen Vorbereitung gegeben werden muss, greift hier nicht, da im Rahmen dieser Versorgung in der Regel rund um die Uhr eine qualifizierte Pflegefachkraft vor Ort ist. Dies unterstützt die Forderung des Bundesrechnungshofes in seiner Prüfmitteilung vom 12.11.2019, dass Prüfungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege in der Regel unangemeldet durchzuführen sind. Hierzu ist eine Änderung in § 114a Absatz 1 SGB XI erforderlich.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 84 von 110

**C) Änderungsvorschlag**

Nach § 114 Absatz 2 Satz 9 SGB XI wird ergänzend zur beabsichtigten Neuregelung folgender Satz eingefügt:

„Hierzu ist mindestens eine Person, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches erhält, in die Prüfung mit einzubeziehen.“

In § 114a Absatz 1 SGB XI wird nach Satz 2 eingefügt:

“Die Regelprüfungen bei zugelassenen ambulanten Pflegediensten, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen, erfolgen grundsätzlich unangekündigt.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 74 von 110

**Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 3

**§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 275b Abs. 2 Satz 2 SGB V soll geregelt werden, dass Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst bei Leistungserbringern nach § 132j Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 SGB V grundsätzlich unangemeldet durchzuführen sind. Der Verweis auf Leistungserbringer, die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege außerklinische Intensivpflege in Wohneinheiten erbringen, wird gestrichen.

**B) Stellungnahme**

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung zur Neuregelung der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Jedoch sollten alle Leistungserbringer nach § 132j Abs. 5 unangemeldet geprüft prüfen (s. unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 16).

**C) Änderungsvorschlag**

Artikel 2 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132j Absatz 5 abgeschlossen haben, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 105 von 110

## **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 302 Datenträgeraustausch**

#### **A) Bisherige Regelung**

Nach der geltenden Fassung des § 302 Abs. 1 SGB V sind in der Abrechnung von Leistungen der HKP insbesondere die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und der Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und bestimmte Angaben der Verordnung anzugeben. Nach § 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zusätzlich die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.

#### **B) Stellungnahme**

Neben der häuslichen Krankenpflege sollte auch die neue Leistung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V vom Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V erfasst werden. 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 HKP erbracht wurden, nicht als zahlungsbegründende Unterlage aus, die eine Plausibilisierung abgerechneter Leistungen ermöglichen muss. Die Regelung bedarf zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit der Konkretisierung, dass die tatsächlichen Anfangs- und Endzeiten in Echtzeit der Leistungserbringung anzugeben sind. Anderenfalls wird es weiterhin unterschiedliche Rechtsinterpretationen geben, bis hin zu der Fehlinterpretation, dass die Zeit der Leistungserbringung mit der Dauer der Leistungserbringung oder der Tageszeit (morgens, mittags, abends) gleichgesetzt wird.

Die Anfangs- und Endzeit in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz ist insbesondere vor dem Hintergrund der Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch von hoher Relevanz. Grundsätzlich werden Leistungen der häuslichen Krankenpflege (insbesondere Leistungen der medizinischen Behandlungspflege) nur durch Pflegefachkräfte erbracht. Der Einsatz von Hilfskräften ist nur bei den sog. einfachsten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder im Rahmen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung – abhängig von den vertraglichen Regelungen – möglich. Daneben gibt es bestimmte Leistungen der Behandlungspflege, für die weitere Qualifikationen, die auf die 3-jährige Grundausbildung zum Kranken-/Kinderkranken- oder Altenpfleger aufbauen, notwendig sind. Dazu gehören beispielsweise in der außerklinischen Intensivpflege (s. Nr. 24 und 8 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL) folgende Weiterbildungen/Qualifizierungsmaßnahmen:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 106 von 110

- Atmungstherapeut/in (Weiterbildung)
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Anästhesie- und Intensivpflege (Weiterbildung)
- Pflegefachkraft/Pflegeexperte für außerklinische Beatmung (sonst. Qualifizierungsmaßnahme)

Auch im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (s. Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie) oder zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden (s. die neue Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie) 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 Abrechnungsbetruges in der ambulanten Pflege, vgl. BGH, Beschluss vom 16. Juni 2014 – 4 StR 21/14. Auf dieser Fallgruppe liegt derzeit der Schwerpunkt der Ermittlungspraxis der Strafverfolgungsbehörden.

Demgegenüber lässt sich die zweite anerkannte Fallgruppe des Abrechnungsbetruges in der ambulanten Pflege, die Abrechnung tatsächlich nicht erbrachter Leistungen, selbst durch hochspezialisierte Staatsanwälte in Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Vermögensstrafaten im Gesundheitswesen derzeit faktisch kaum nachweisen, vgl. Rettke medstra 2019, 262, 263. Deshalb ist der Gesetzgeber gefordert, die insoweit vorherrschenden „tatsächlichen Schwierigkeiten“ bei der effektiven 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 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 Tage-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 107 von 110

sprofilen 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.

**C) Änderungsvorschlag**

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

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Anfangs- und Endzeit der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 109 von 110

## **Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B) Stellungnahme**

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

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

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 110 von 110

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

**C) Änderungsvorschlag**

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

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

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)243(9)**  
zur ö Anh. am 16.11.2020 -  
Versorgungsverbesserungsgesetz  
10.11.2020



## **Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.11.2020**

**zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege  
(Gesundheitsversorgungs- und  
Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG), Drs. 19/23483  
vom 19.10.2020**

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



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.11.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege  
Seite 62 von 68

## **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 197a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

#### **A) Änderungsbedarf**

Eine die verschiedenen Sozialversicherungszweige übergreifende Versorgung ist bisher nur für die Pflegeversicherung vorgesehen. So ermöglichen etwa die Regelungen zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V Vernetzungen mit der sozialen Pflegeversicherung über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden neue Möglichkeiten zur Bildung von sozialleistungsträgerübergreifenden Netzwerken geschaffen. Die Neuregelungen zielen darauf ab, die Spielräume für eine bessere Vernetzung zu erweitern.

Für die sozialleistungsträgerübergreifende Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden deshalb weitere gesetzliche Klarstellungen zur datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an Behörden und die Träger der Sozialversicherung vorgeschlagen.

#### **B) Begründung**

Bereits mit der Einfügung der §§ 197a Abs. 3 b SGB V, 47a Abs. 3 SGB XI sollten datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gesondert klargestellt werden. Dadurch wurde Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung der gesetzlichen Krankenkassen Rechnung getragen, vgl. BT-Drs. 19/6337, 103, 134 und 152.

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

So wurde z.B. in § 197a Abs. 3 b Satz 1 Nr. 5 SGB V noch 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, vgl. BT-Drs. 19/8351, 210. Andere Behörden werden somit nicht erfasst. In einzelnen Bundesländern, z.B. im Freistaat Bayern, müssen Informationen zur Qualifikation von Pflegedienstmitarbeitern aber z.B. auch

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.11.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege  
Seite 63 von 68

an die Gesundheitsämter übermittelt werden. Deshalb seien in Bezug auf beispielsweise Gesundheitsämter und Heimaufsichten sowie weitere – nach Landesrecht – zuständige Ordnungsbehörden, Klarstellungen erforderlich, vgl. auch *Grinblat/Schirmer*, SGB 03.20, S. 133, 135.

Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Klarstellung wird im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Fehlverhalten gerade in der außerklinischen Intensivpflege besonders offenkundig, da mit der bereits vom Deutschen Bundestag beschlossenen Neuregelung des § 132 I Abs. 7 SGB V ein Informationsaustausch zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung nach § 23 Abs. 6 und 6a des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern eingeführt wurde, vgl. BT-Drs. 19/20720, 22

Bislang besteht nach § 47a Abs. 2 SGB V nur eine explizite Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Demgegenüber gestaltet sich die organisationsübergreifende Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung bei der Aufdeckung von aktuellen Betrugsfällen im Zusammenhang mit Erwerbsminderungsrentenanträgen, vgl. die Pressemitteilung der Deutsche Rentenversicherung Westfalen vom 25.10.2019 m. w. N., besonders problematisch.

Während die Deutsche Rentenversicherung die Auffassung vertritt, dass ein Datenaustausch gem. §§ 76 Abs. 2 Nr. 1 i.V.m. 69 SGB X möglich sei, bestehen bei den Krankenkassen, die in vielen Bundesländern kassenartenübergreifend in Arbeitsgemeinschaften zusammenarbeiten, nach wie vor Rechtsunsicherheiten. Deshalb muss auch für diese überaus praxisrelevanten Sachverhalte die gesetzliche Übermittlungsbefugnis explizit klargestellt werden.

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.11.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege  
Seite 64 von 68

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

**C) Änderungsvorschlag**

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

6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,
7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach dem SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind,
8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.

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

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

Sitzung des Verwaltungsrates am 02.12.2020



### **Erklärung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes zur Stärkung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

Berlin, 02.12.2020

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat heute den sechsten Bericht des Vorstandes über die Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Abs. 5 SGB V, 47a SGB XI entgegengenommen.

Als ein zentrales Element führt der Bericht die Ergebnisse der Arbeit aller Fehlverhaltensbekämpfungsstellen im Berichtszeitraum 2018/2019 zu einer GKV-Gesamtsicht wie folgt zusammen:

- **Anstieg der eingegangenen externen Hinweise um 38 %**  
Die Anzahl der bei den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen eingegangenen externen Hinweise ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um insgesamt 38 % angestiegen. Mehr als 80 % aller Hinweise werden von externen Hinweisgebern übermittelt.
- **Anstieg der Höhe der gesicherten Forderungen auf über 62 Millionen Euro**  
Die Höhe der gesicherten Forderungen ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um 26 % angestiegen. Insgesamt konnten Forderungen in Höhe von über 62 Millionen Euro gesichert werden. Dies stellt den höchsten Wert seit dem Beginn der Berichterstattung dar.
- **Anstieg der entstandenen Schäden auf über 186 Millionen Euro**  
Die tatsächlich entstandenen Schäden betragen ein Mehrfaches der gesicherten Forderungen: Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ein Schaden in Höhe von über 186 Millionen Euro entstanden.
- **Differenzierung der GKV-Gesamtsicht nach betroffenen Leistungsbereichen**  
Die genaue Analyse der GKV-Gesamtsicht macht deutlich, dass die höchsten Forderungen im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege gesichert werden konnten. Die mit Abstand höchsten Schäden sind demgegenüber im Bereich der Arznei- und Verbandmittel entstanden.

Diese und weitere Ergebnisse des Berichtes belegen, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen mit weiter ansteigender Tendenz erfolgreich bekämpft werden kann. Die systematische Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen erfolgt im Interesse der Versichertengemeinschaft.



Seite 2/3

Um die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zukünftig noch effizienter zu gestalten, besteht aber noch weitergehender Handlungsbedarf.

Daher fordert der Verwaltungsrat:

**Wirksamer gesetzlicher Schutz externer Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

Ziel der Richtlinie (EU) 2019/1937 ist es, erstmals einen europaweiten Mindeststandard für den Schutz von Personen zu etablieren, die Verstöße gegen das Unionsrecht im beruflichen Kontext offenlegen. Um die Schutzbelange der externen Hinweisgeber einheitlich zu regeln, spricht sich der Verwaltungsrat für die Umsetzung durch ein eigenständiges „Hinweisgeberschutzgesetz“ aus.

- **Erfassung der Meldung von Verstößen gegen deutsches Recht**  
Schon heute gehen in der Bundesrepublik die zahlenmäßig mit Abstand meisten Hinweise bei den externen Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ein. Der Verwaltungsrat fordert die Bundesregierung deshalb auf, den gesetzlichen Hinweisgeberschutz zukünftig auch auf die Meldung von Hinweisen auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI auszuweiten.
- **Schaffung spezifischer Regelungen zur Wahrung der Vertraulichkeit**  
Die Mitarbeiter der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen können Hinweisgebern bislang keine vollständige Vertraulichkeit versprechen. Um die Identität der Hinweisgeber effektiver schützen zu können, sollten auch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ein Zeugnisverweigerungsrecht erhalten.

**Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsauslegung bei der Abrechnung von Leistungen der ambulanten Pflege**

Nach den derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen sind bei der Abrechnung von Leistungen der ambulanten Pflege die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen sowie der Tag und die Zeit der Leistungserbringung anzugeben. Die Angabe von Tag und Dauer der Leistungserbringung ohne Bezeichnung des konkreten Zeitraums reicht als zahlungsbegründende Unterlage aber nicht aus, um eine Plausibilisierung abgerechneter Leistungen zu ermöglichen. Zur Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch ist die Angabe der Anfangs- und Endzeit in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz von hoher Relevanz. Der Verwaltungsrat spricht sich deshalb zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsauslegung für eine Konkretisierung der gesetzlichen Grundlagen aus.

Seite 3/3

**Effektivierung der Strafverfolgung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen**

Der Verwaltungsrat appelliert an die Länder, den vereinzelt bereits eingeschlagenen Weg konsequent fortzusetzen und in den länderüberreifenden Gremien zu beraten. Die Effektivierung der Strafverfolgung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen sollte z. B. auch von der Justizministerkonferenz aufgegriffen werden.

Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens sind eine absolute Spezialmaterie. Eine effektive Strafverfolgung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen kann nur dort gelingen, wo sich nicht nur Richter, sondern auch Staatsanwälte längerfristig und durchgängig mit dieser Spezialmaterie befassen und eine entsprechende Expertise aufbauen können. Spezialisierte (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften oder Zentralstellen zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen sollten deshalb in allen Bundesländern eingerichtet werden.

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)313(22)**  
gel VB zur öffent Anh am  
14.04.2021 - DVPMG  
09.04.2021



## **Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 08.04.2021**

**zum Entwurf  
eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung  
von Versorgung und Pflege  
(Digitale–Versorgung–und–Pflege–  
Modernisierungs–Gesetz – DVPMG)  
vom 17.03.2021**

**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 08.04.2021  
zum Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege  
(Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz - DVPMG)  
Seite 17 von 211

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 4

### **§ 33a – Digitale Gesundheitsanwendungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Um eine Therapieentscheidung und Verordnung einer digitalen Gesundheitswendung (DiGA) auf Grundlage des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit zu gewährleisten, wird in einem neuen Absatz 5 geregelt, dass Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Vertragspsychotherapeuten Verordnungen bestimmten Leistungserbringern nicht zuweisen oder übermitteln dürfen, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist. Ferner wird ausgeschlossen, dass Vertragsärzte mit DiGA-Herstellern Rechtsgeschäfte oder Absprachen treffen, die eine Zuweisung oder eine Übermittlung von Verordnungen beinhalten, sofern nicht gesetzlich etwas anderes vorgesehen ist oder medizinische Gründe für ein anderes Vorgehen sprechen.

#### **B) Stellungnahme**

Die vorgesehene Regelung wird begrüßt. Insbesondere ist sicherzustellen, dass durch Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Vertragspsychotherapeuten bei der Verfügbarkeit mehrerer gleichgerichteter DiGA zu der zu begleitenden Indikation im BfArM-Verzeichnis die wirtschaftlichste DiGA verordnet wird.

Umgekehrt ist zudem zu gewährleisten, dass ein DiGA-Hersteller nicht zur Verordnung seines Produktes potenzielle Nutzer auf ausgewählte Leistungserbringer verweist oder diese bewirbt.

Die Entscheidung, ob eine DiGA medizinisch sinnvoll ist und verordnet werden sollte, hat – wie es im Absatz 1 bereits angelegt ist – immer durch den behandelnden Vertragsarzt/Vertragszahnarzt/Vertragspsychotherapeut, eingebettet in ein strukturiertes Versorgungs- bzw. Behandlungssetting, zu erfolgen und nicht durch Zuweisung eines Herstellers zu einem Leistungserbringer, mit dem ggf. eine Kooperation besteht und dem der betreffende Patient gänzlich unbekannt ist. Allein der behandelnde Vertragsarzt/Vertragszahnarzt/Vertragspsychotherapeut kann die Wirtschaftlichkeit und die medizinische Notwendigkeit der DiGA-Anwendung beurteilen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.04.2021  
zum Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege  
(Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz - DVPMG)  
Seite 18 von 211

**C) Änderungsvorschlag**

§ 33a Satz 2 Nr. 2 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„2. entweder nach Verordnung des behandelnden **Vertragsarztes** oder des behandelnden **Vertragspsychotherapeuten** oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.“

Nach dem neuen Absatz 5 wird ein neuer Absatz 6 eingefügt:

(6) „Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen dürfen Versicherte nicht zur Inanspruchnahme bestimmter Vertragsärzte, Vertragszahnärzte oder Vertragspsychotherapeuten beeinflussen und dürfen nicht zur Verordnung ihrer digitalen Gesundheitsanwendungen gemäß Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 an bestimmte Vertragsärzte, Vertragszahnärzte oder Vertragspsychotherapeuten verweisen.“

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)311(28)**  
gel VB zur öffentl. Anh. am  
12.04.2021 - GVWG  
09.04.2021



## **Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.04.2021**

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der  
Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiter-  
entwicklungsgesetz - GVWG)**

**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 08.04.2021  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)  
Seite 79 von 253

## **Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Nr. 38

### **§ 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Zukunft sollen Verträge im Bereich der häuslichen Krankenpflege nur noch mit zuverlässigen Leistungserbringern geschlossen werden dürfen.

#### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigte Änderung wird ausdrücklich begrüßt.

Es ist erforderlich, die Zuverlässigkeit des Leistungserbringers als Anforderung für einen Vertragsschluss im Bereich der häuslichen Krankenpflege zu regeln, da die gesetzlichen Regelungen des § 132a Abs. 4 SGB V einen sog. Kontrahierungszwang für den Vertragsschluss vorsehen. Folglich müssen Verträge mit Leistungserbringern geschlossen werden, die insoweit die formalen Voraussetzungen erfüllen. Ohne Regelungen zur Zuverlässigkeit des Leistungserbringers als Anforderungen für den Vertragsabschluss gibt es keinerlei Möglichkeiten der Krankenkassen, den Vertragsabschluss zu verweigern, wenn der Leistungserbringer z. B. unter einem neuen Namen neu firmiert und in der Vergangenheit durch Abrechnungsbetrug oder eine schlechte Versorgungsqualität auffällig geworden ist und somit Zweifel an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers bestehen.

Eine vergleichbare Regelung wurde bereits durch das Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 in § 132l Abs. 5 Satz 1 SGB V vorgesehen. Etwaiges Fehlverhalten kann aber nicht nur bei Pflegediensten vorkommen, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen. Daher ist die beabsichtigte Anforderung auch im Rahmen des Vertragsschlusses im Bereich der häuslichen Krankenpflege sachgerecht.

#### **C) Änderungsvorschlag**

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.04.2021  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)  
Seite 221 von 253

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **§ 302 – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer**

#### **A) Bisherige Regelung**

Nach der geltenden Fassung des § 302 Abs. 1 SGB V sind in der Abrechnung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) und der außerklinischen Intensivpflege (AKI) insbesondere die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und der Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und bestimmte Angaben der Verordnung anzugeben. Nach § 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V zusätzlich zu den vorgenannten Angaben die Zeit der Leistungserbringung und nach § 293 Absatz 8 Satz 11 SGB V spätestens ab dem 1. Januar 2023 die Beschäftigtennummer der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben.

#### **B) Stellungnahme**

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 HKP und der AKI erbracht wurden, nicht als zahlungsbegründende Unterlage aus, die eine Plausibilisierung abgerechneter Leistungen ermöglichen muss. Die Regelung bedarf zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit der Konkretisierung, dass die tatsächlichen Anfangs- und Endzeiten in Echtzeit der Leistungserbringung anzugeben sind. Anderenfalls wird es weiterhin unterschiedliche Rechtsinterpretationen geben, bis hin zu der Fehlinterpretation, dass die Zeit der Leistungserbringung mit der Dauer der Leistungserbringung oder der Tageszeit (morgens, mittags, abends) gleichgesetzt wird.

Die Anfangs- und Endzeit in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz ist insbesondere vor dem Hintergrund der Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch von hoher Relevanz. Grundsätzlich werden Leistungen der häuslichen Krankenpflege (insbesondere Leistungen der medizinischen Behandlungspflege) nur durch Pflegefachkräfte erbracht. Der Einsatz von Hilfskräften ist nur bei den sog. einfachsten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder im Rahmen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung – abhängig von den vertraglichen Regelungen – möglich. Daneben gibt es bestimmte Leistungen der Behandlungspflege, für die weitere Qualifikationen, die auf die 3-jährige Grundausbildung zum Kranken-/Kinderkranken- oder Altenpfleger aufbauen, notwendig sind. Dazu gehören beispielsweise in der außerklinischen Intensivpflege (s. Nr. 24

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.04.2021  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)  
Seite 222 von 253

und 8 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL) folgende Weiterbildungen/Qualifizierungsmaßnahmen:

- Atmungstherapeut/in (Weiterbildung)
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Anästhesie- und Intensivpflege (Weiterbildung)
- Pflegefachkraft/Pflegeexperte für außerklinische Beatmung (sonst. Qualifizierungsmaßnahme)

Auch im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (s. Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie) oder zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden (s. die neue Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie) 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 Abrechnungsbetruges in der ambulanten Pflege, vgl. BGH, Beschluss vom 16. Juni 2014 – 4 StR 21/14. Auf dieser Fallgruppe liegt derzeit der Schwerpunkt der Ermittlungspraxis der Strafverfolgungsbehörden.

Demgegenüber lässt sich die zweite anerkannte Fallgruppe des Abrechnungsbetruges in der ambulanten Pflege, die Abrechnung tatsächlich nicht erbrachter Leistungen, selbst durch hochspezialisierte Staatsanwälte in Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Vermögensstrafaten im Gesundheitswesen derzeit faktisch kaum nachweisen, vgl. Rettke medstra 2019, 262, 263. Deshalb ist der Gesetzgeber gefordert, die insoweit vorherrschenden „tatsächlichen Schwierigkeiten“ bei der effektiven Beweisführung auszuräumen.

Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes ermöglicht es, durch die Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherungen 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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.04.2021  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)  
Seite 223 von 253

wurden. Nur wenn auch Beginn und Ende der Leistungserbringung fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug mittels Erstellung von Tagesprofilen letztlich auch gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar. Ansonsten kann dem Leistungsmissbrauch nicht effektiv nachgegangen und entsprechend verfolgt werden.

**C) Änderungsvorschlag**

§ 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst (Einfügungen unterstrichen):

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Anfangs- und Endzeit 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.“

# PRESSEMITTEILUNG



## Strafverfolgung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen muss effektiver werden

Berlin, 17.11.2021: Bayerns Justizminister Georg Eisenreich hat heute in Nürnberg eine erste Bilanz der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) gezogen, die im vergangenen Jahr bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg neu eingerichtet wurde. Damit wurden die gewachsenen Kompetenzen, die schon bisher bei drei Schwerpunktstaatsanwaltschaften für das Gesundheitswesen konzentriert waren, gebündelt und nochmals verstärkt.

### **Anlässlich des einjährigen Bestehens der ZKG erklärt Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes:**

„Landesweit einheitliche, spezialisierte Ermittlungsstrukturen sind besonders effektiv und haben sich bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen als sehr wirksam erwiesen. Das zugrundeliegende Sozialversicherungsrecht ist komplex, da nicht nur gesetzliche, sondern auch die vertraglichen Vorgaben zu den Leistungs- und Abrechnungsbeziehungen zu beachten sind. Hinzu kommt, dass das Gesundheitswesen in seiner Entwicklung dynamisch ist und sich gesetzliche Rahmenbedingungen häufig verändern.

Die heute vorgestellte Bilanz der ZKG dokumentiert, dass eine effektive Strafverfolgung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen vor allem dann erfolgreich gelingt, wenn sich Staatsanwälte längerfristig und durchgängig mit dieser Spezialmaterie befassen und durch Bündelung von Fachkompetenzen eine entsprechende Expertise aufbauen können. Der Freistaat Bayern setzt neue Maßstäbe: Im Gegensatz zu vielen anderen Bundesländern werden die Spezialstaatsanwälte der ZKG auch durch Spezialermittler der Kriminalpolizei unterstützt. Als besonders wichtig ist die zusätzliche personelle Verstärkung durch Abrechnungsfachkräfte für das Gesundheitswesen sowie IT-Forensiker anzusehen.

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat bereits im letzten Jahr an die Länder appelliert, diese Entwicklung konsequent fortzusetzen und in den länderübergreifenden Gremien zu beraten. Die Strafverfolgung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen

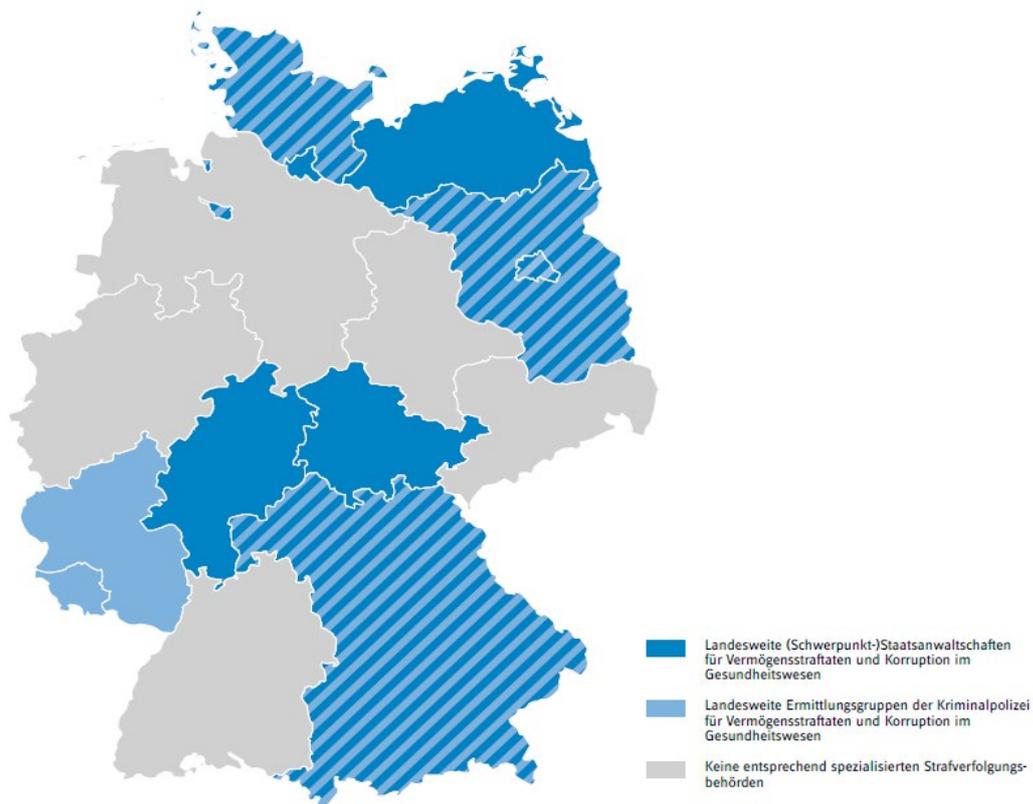


Seite 2/2 der Pressemitteilung vom 17.11.2021

muss so effizient wie möglich werden, und sollte deshalb im kommenden Jahr auch von der Justiz- und Innenministerkonferenz aufgegriffen werden.“

### **Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen**

Spezialisierte (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften und Fachkommissariate der Kriminalpolizei



Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.06.2021

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.



## **Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

Erfahrungsaustausch gem. § 197a Abs. 3 SGB V  
Online-Veranstaltung am 18. November 2021

## Aktualisiertes Programm

10:00 Uhr	<b>Begrüßung und Einführung</b> Gernot Kiefer, Stellv. Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes
10:15 Uhr	<b>Grußwort</b> Georg Eisenreich, MdL, Bayerischer Staatsminister der Justiz, designierter Vorsitzender der 93. Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister 2022
	<b>Strafverfolgung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen: Aktuelle Entwicklungen</b>
10:30-11:00 Uhr	<b>Probleme bei der Strafverfolgung von bandenmäßigem Abrechnungsbetrug durch osteuropäische ambulante Pflegedienste</b> KHKin Margot Partsch-Martin, Leiterin der AG Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, Kriminalpolizeiinspektion Augsburg
11:00-11:30 Uhr	<b>Effektive Strafverfolgung bei Pflegebetrug durch automatisierte Bildbearbeitung (PflegeForensik)</b> KHKin Antje Schindler, Kriminalpolizeiinspektion Leipzig Dr. Elisabeth Leoff, Stellv. Abteilungsleiterin, Abt. Finanzmathematik, Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik (ITWM), Kaiserslautern
11:30-11:45 Uhr	<b>Kaffeepause</b>
11:45-12:00 Uhr	<b>Diskussion</b>
	<b>Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen im Gesundheitswesen</b>
12:00-12:15 Uhr	<b>Ergebnisse einer empirischen Analyse der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V</b> Dr. Angelika Reinelt-Broll, Rechtsreferendarin am OLG Celle, wissenschaftliche Hilfskraft an der Leibniz Universität Hannover
12:15-12:30 Uhr	<b>Diskussion gesundheitspolitischer Schlussfolgerungen</b>
12:30-13:30 Uhr	<b>Mittagspause</b>

	<b>Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch Einsatz Künstlicher Intelligenz</b>
13:30-13:55 Uhr	<b>Kassenartenübergreifendes Pilotprojekt „billRADAR“</b> Frank Jonas, Beauftragter gem. § 197a SGB V und Datenschutzbeauftragter, BKK RWE Erol Brumshagen, Referent Datenschutz und Informationssicherheit, Datenschutzbeauftragter, itsc GmbH
13:55-14:20 Uhr	<b>Kassenartenübergreifendes Pilotprojekt „Fraud Analyser“</b> Christian Fischer, Beauftragter zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, IKK Südwest Daniel Cebe, Product Owner Data.Science.Factory, BITMARCK Service GmbH
14:20-14:45 Uhr	<b>Digitalisierung und Datenschutz im Aufsichtsbereich</b> Thorsten Schlotter, Leiter der Gruppe 11 - Informationstechnik und Datenschutz im Aufsichtsbereich, Geschäftsstelle des Digitalausschusses und Leiter des Referats 116 - Informationstechnik im Aufsichtsbereich, Bundesamt für Soziale Sicherung Désirée Schulte-Drüggelte, Leiterin des Referats 117 - Datenschutz im Aufsichtsbereich, Bundesamt für Soziale Sicherung Antje Domscheit, Leiterin des Referats 211 - Grundsatzfragen der Krankenversicherung sowie des Wettbewerbs, Prüfung der sonstigen Verträge, Bundesamt für Soziale Sicherung
14:45-15:00 Uhr	<b>Kaffeepause</b>
	<b>Effektivierung der Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen: Inwieweit besteht rechts- und innenpolitischer Handlungsbedarf?</b>
15:00-15:45 Uhr	<b>Podiumsdiskussion</b> Prof. Dr. Kirsten Graalman-Scheerer, Generalstaatsanwältin des Landes Bremen Prof. Dr. Ralf Kölbel, Ludwig-Maximilians-Universität München Dirk Peglow, Bundesvorsitzender des Bundes Deutscher Kriminalbeamter e. V.  Moderation: Arne Meyer-Fünffinger, BR Recherche/BR Data, ARD-Hauptstadtstudio Berlin
15:45 Uhr	<b>Resümee und Ausblick</b> Dr. Stephan Meseke, Leiter des Stabsbereichs zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, GKV-Spitzenverband

## Anmeldung

Die Teilnahme an dem nicht-öffentlichen Erfahrungsaustausch ist nur auf persönliche Einladung des GKV-Spitzenverbandes möglich und insoweit kostenlos.

Wir bitten um verbindliche Anmeldung bis zum **15. November 2021** auf unserem Veranstaltungsportal: [www.gkv-expertise.de](http://www.gkv-expertise.de) unter Eingabe des folgenden Codes: **F6D3N9**

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.

Der Erfahrungsaustausch findet als **Online-Veranstaltung via Livestream** statt. Wir möchten Sie dabei aktiv in die Veranstaltung einbinden und werden für die Diskussion die Chatfunktion Tweedback einsetzen.



Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes  
[www.gkv-90prozent.de](http://www.gkv-90prozent.de)

## Kontaktadressen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

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

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

## 2. Stellen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI bei den Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes (Stand: 01.01.2023)

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
1	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen	Hildesheimer Straße 273	30519	Hannover	0511 8701-13111	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 265080-50685	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
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 am Main	069 77078370	korruptionsbekaempfungsstelle@bahn-bkk.de
14	BARMER	Gottlieb-Daimler-Straße 19	73529	Schwäbisch-Gmünd	0800 333004 99-1313	manipulationsabwehr@barmer.de
15	BERGISCHE KRANKENKASSE	Postfach 19 05 40	42705	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 BPW Bergische Achsen KG	Ohler Berg 1	51674	Wiehl	02262 78-1141	thorsten.linder@bkk-bpw.de
21	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 60c	40212	Düsseldorf	0211 9065-714	anne.juergens@db.com
22	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld	0521 329876-160	nicole.boehm@bkk-diakonie.de
23	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Straße 66	52525	Heinsberg	02452 9016-712	korruptionsbeauftragter@bkk-euregio.de
24	BKK evm	Schützenstraße 80-82	56068	Koblenz	0261 402-71510	melanie.blaum@bkk-evm.de
25	BKK EWE	Staulinie 16- 17	26122	Oldenburg	0441 350 28 5110	bernd.rehenbrock@bkk-ewe.de
26	BKK exklusiv		31273	Lehrte	05132 5001-20	info@bkkexklusiv.de

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
27	BKK Faber-Castell & Partner	Bahnhofstraße 45	94209	Regen	09921 9602-15	angela.meyer@bkk-faber-castell.de
28	BKK firmus		28192	Bremen	0541 33141-110	fehlverhalten@bkk-firmus.de
29	BKK Freudenberg	Höhnerweg 2-4	69465	Weinheim	06201 80-4762	uweber@bkk-freudenberg.de
30	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld	0521 5228-2624	fehlverhaltensstelle@bkkgs.de
31	BKK Groz-Beckert	Unter dem Malesfelsen 72	72458	Albstadt	07431 89345-53	isabell.dietrich@bkk-gb.de
32	BKK Herkules	Jordanstraße 6	34117	Kassel	0561 20855-120	fehlverhalten@bkk-herkules.de
33	BKK KARL MAYER	Industriestraße 3	63179	Obertshausen	06104 402-1408	andrea.duening@karlmayer-bkk.de
34	BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33	65187	Wiesbaden	06151 36098-26	korruption@bkk-linde.de
35	BKK MAHLE	Pragstraße 26-46	70376	Stuttgart	0711 2090-9441	dkalosyan@bkk-mahle.de
36	bkk melitta hmr	Marienstraße 122	32425	Minden	05221 1026-252	thomas.kroeger@bkk-hmr.de
37	BKK Miele	Carl-Miele-Straße 29	33332	Gütersloh	05241 89-2177	carmen.fuchs@bkk-miele.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 405-303	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	Tuttlingen	07462 57930 48	sloehning@bkk-rrw.de
45	BKK Salzgitter	Postfach 100160	38201	Salzgitter	05341 405-303	fehlverhaltenimgesundheitswesen@bkk-salzgitter.de
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 308-4023	jana.maltzahn@bkk-technoform.de
49	BKK Textilgruppe Hof	Fabrikzeile 21	95028	Hof	09281 49369	daniel.stroetz@bkk-textilgruppe-hof.de
50	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte	02304 9826-120	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-vdn.de
51	BKK VerbundPlus	Zeppelinring 13	88400	Biberach	07351 1824-225	fehlverhalten@bkkvp.de
52	BKK Verkehrsbau Union (VBU)	Lindenstraße 67	10969	Berlin	030 72612-2206	fehlverhalten@bkk-vbu.de
53	BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE	Gebrüder-Heller-Straße 15	72622	Nürtingen	07022 93246-31	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-voralb.de
54	BKK Werra-Meissner	Straßburger Straße 5	37269	Eschwege	05651 7451-700	gegen.fehlverhalten@bkk-wm.de
55	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstraße 19	34212	Melsungen	0561 51009-711	ingeborg.jahn@bkk-wf.de
56	BKK Würth	Gartenstraße 11	74653	Künzelsau	07940 91 90 25	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-wuerth.de
57	BKK ZF & Partner	Otto-Lilienthal-Straße 10	88046	Friedrichshafen	07541 3908-1030	korruptionsbeauftragter@bkk-zf-partner.de
58	BKK_DürkoppAdler	Stieghorster Straße 66	33605	Bielefeld	0521 557 847 33	marc.hilken@bkk-da.de
59	BKK24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen	06731 9000-751	bekaempfung-von-fehlverhalten@bkk24.de
60	BMW BKK	Dostlerstraße 3	80809	München	089 382-67900	fehlverhalten@bmwbkk.de
61	Bosch BKK	Postfach 30 02 80	70442	Stuttgart	0711 252918-54 und -56	bekaempfung-fehlverhalten@bosch-bkk.de

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
62	Continental Betriebskrankenkasse	Sengelmannstraße 120	22335	Hamburg	040 526 777-1210	korruptionspraevention@continentale-bkk.de
63	DAK-Gesundheit	Nagelsweg 27-31	20097	Hamburg	040 2364855-2142	manipulationsverdacht@dak.de
64	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 50	56072	Koblenz	0261 94143-148	korruptionsbekaempfungsstelle@debeka-bkk.de
65	energie-BKK	Welfenallee 32	29225	Celle	05141 9466-230	korruption@energie-bkk.de
66	Ernst & Young BKK	Rotenburger Straße 16	34212	Melsungen	05661 70767-21	sabine.schneider@ey-bkk.de
67	Handelskrankenkasse (hkk)	Martinstraße 26	28195	Bremen	0421 3655-3311	sylvia.leineweber@hkk.de
68	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld	0521 92395-3151	fehlverhalten@heimat-krankenkasse.de
69	HEK - Hanseatische Krankenkasse	Wandsbeker Zollstraße 86-90	22041	Hamburg	0800 0213213	abrechnungsmanipulation@hek.de
70	IKK - Die Innovationskasse	Blücherstraße 27c	18055	Rostock	0381 367 1003	antikorruption@ikk-nord.de
71	IKK Brandenburg und Berlin	Fehrbelliner Straße 3	16816	Neuruppin	03391 517-12	ingo.besler@ikkbb.de
72	IKK classic	Tannenstraße 4b	01099	Dresden	0351 4292 105710	fehlverhaltensbekaempfung@ikk-classic.de
73	IKK gesund plus		39092	Magdeburg	0391 2806-1520	fehlverhalten@ikk-gesundplus.de
74	IKK Südwest	Isaac-Fulda-Allee 7	55124	Mainz	06131 495-3060	fehlverhalten@ikk-sw.de
75	Kaufmännische Krankenkasse - KKH	Karl-Wiechert-Allee 61	30625	Hannover	0511 2802-3809	betrugsverdacht@kkh.de
76	KNAPPSCHAFT		44781	Bochum	0234 304-15100	korruptionsbekaempfung@kbs.de
77	Koenig & Bauer BKK	Friedrich-Koenig-Straße 4	97080	Würzburg	0931 909-4338	korruptionsbekaempfung@koenig-bauer-bkk.de
78	Krones BKK	Bayerwaldstraße 2L	93073	Neutraubling	09401 70-2606	oliver.zangl@krones.com
79	Mercedes-Benz BKK		28178	Bremen	0421 419-8071 6342	guelcan.soenmez@mercedes-benz-bkk.com
80	Merck BKK	Frankfurter Straße 129	64293	Darmstadt	06151 72 2268	bkk-betrugsverdacht@merckgroup.com
81	mhplus Betriebskrankenkasse	Franckstraße 8	71636	Ludwigsburg	07141 9790-9682	korruptionsbeauftragte@mhplus.de
82	Mobil Krankenkasse	Hühnerposten 2	20097	Hamburg	040 3002-17114	compliance@mobil-krankenkasse.de
83	Novitas BKK	Schifferstraße 92-100	47059	Duisburg	0203 545-8532	sabine.ostwald@novitas-bkk.de
84	Pronova BKK	Horst-Henning-Platz 1	51373	Leverkusen	0214 32296-3510	fehlverhalten@pronovabkk.de
85	R+V Betriebskrankenkasse		65215	Wiesbaden	0611 99909-329	mathias.liebe@ruv-bkk.de
86	Salus BKK	Barfußgässchen 15	04109	Leipzig	0341 45337-575	fehlverhalten@salus-bkk.de
87	SECURVITA BKK	Postfach 10 58 29	20039	Hamburg	040 3347-8169	korruption@securvita-bkk.de
88	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)	Heimeranstraße 31	80339	München	089 62700-730	antikorruptionsstelle@sbk.org
89	SKD BKK	Heiligkreuzstraße 19-21	96450	Coburg	09561 401-3412	korruptionsbekaempfung@skd-bkk.de
90	Sozialversicherung f. Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Weißensteinstraße 70-72	34131	Kassel	0561 785-16722	160_BvFKp_PF@svlfg.de
91	Südzucker BKK	Joseph-Meyer-Straße 13-15	68167	Mannheim	0621 32858-13	fehlverhalten@suedzucker-bkk.de
92	Techniker Krankenkasse	Bramfelder Straße 140	22305	Hamburg	040 6909-1110	emg@tk.de
93	TUI BKK	Postfach 100160	38201	Salzgitter	05341 405-303	fehlverhaltenimgesundheitswesen@tui-bkk.de
94	VIActiv Krankenkasse	Universitätsstraße 43	44789	Bochum	0234 479-2410	fehlverhalten@viactiv.de
95	vivida BKK	Spittelstraße 50	78056	Villingen-Schwenningen	07720 9727-11220	korruptionsbekaempfung@vividabkk.de
96	WMF Betriebskrankenkasse	Fabrikstraße 48	73312	Geislingen	07331 9334-660	korruptionspraevention@wmf-bkk.de

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

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

**4. Ansprechpartner bei den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene**

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

**GKV-Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)