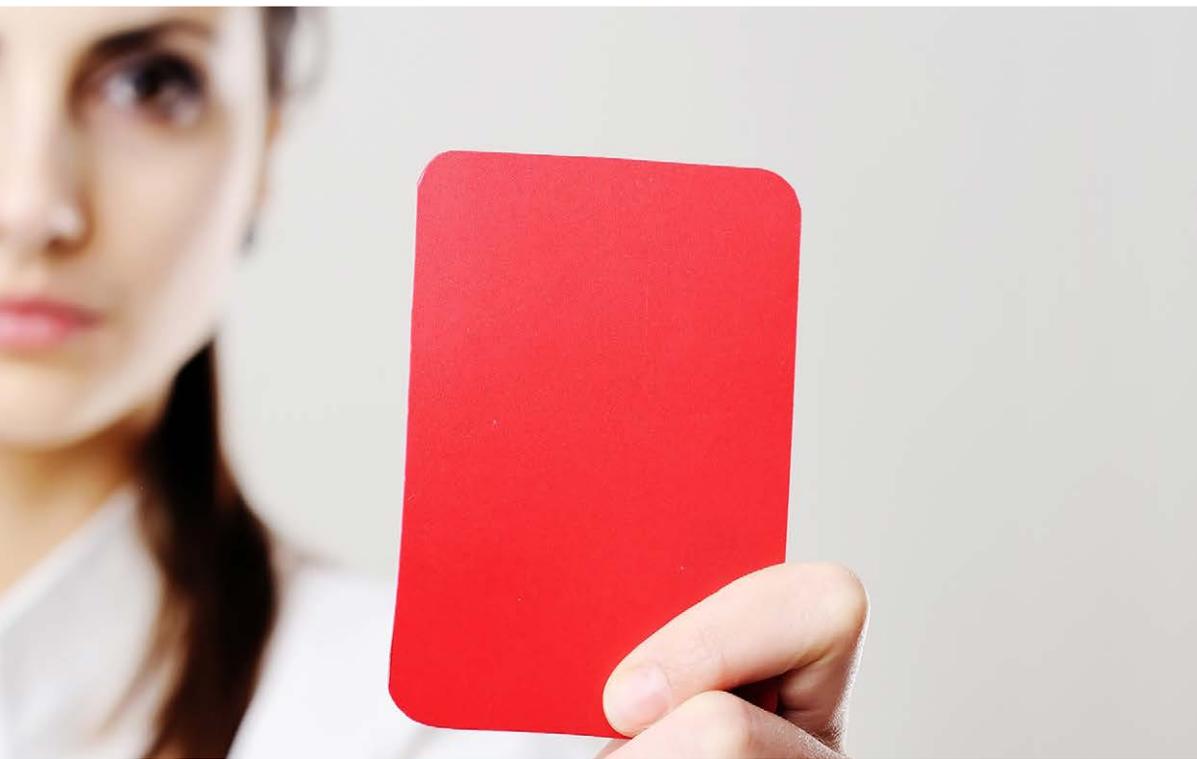




Spitzenverband



Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat

Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur
Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017



Impressum

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband

Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

E-Mail: fehlverhalten@gkv-spitzenverband.de

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

Stand: 28. November 2018

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft

Foto Titelseite: © Mykola Velychko - Fotolia.com

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

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

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

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

Berichtszeitraum
1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017

Dr. Doris Pfeiffer
Johann-Magnus v. Stackelberg
Gernot Kiefer

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Fehlverhalten im Gesundheitswesen als gesetzliche Aufgabe	7
2.1 Rechtsgrundlagen	7
2.2 Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben	8
3. Schwerpunkte im Berichtszeitraum	17
3.1 Umsetzung des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen	17
3.2 Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II)	19
3.3 Umsetzung des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III)	21
4. GKV-Gesamtsicht	24
4.1 Einführung	24
4.2 Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht 2016/2017	25
4.3 Differenzierung der Kennzahlen nach Leistungsbereichen	30
4.4 Bewertung der GKV-Kennzahlen	33
4.5 Ausblick	37
5. Aktuelle Positionen und Forderungen	40
5.1 Schutz der Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen („Whistleblower“)	40
5.2 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse personenbezogener Daten unter Verwendung von Datenbanken Dritter	42
5.3 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an Gesundheitsbehörden	44
5.4 Bundesweites Verzeichnis aller in Pflegediensten Beschäftigten	46
5.5 Bekämpfung von Fehlverhalten in der häuslichen Krankenpflege	49
5.6 Bekämpfung von Fehlverhalten in der Pflegeversicherung	50
5.7 (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen	51

Anhang	54
A. GKV Expertise - Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Neue Wege, Programm zur Fachtagung des GKV-Spitzenverbandes am 14. und 15. April 2016	55
B. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 12. Oktober 2016 (Auszug)	59
C. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021 vom 28. Juni 2017 (Auszug)	80
D. GKV Expertise - Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege, Programm zum Erfahrungsaustausch der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit Vertretern der Strafverfolgungsbehörden gem. §§ 197a Abs. 3 SGB V, 47a SGB XI am 16. und 17. November 2017	82
E. Kontaktadressen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	86
I. GKV-Spitzenverband	86
II. Kranken- und Pflegekassen (Stand zum 1. Januar 2018: 110)	86
III. Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen (sofern angezeigt)	92
IV. Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene	92

1. Einleitung

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

Gem. § 197a Abs. 5 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 30. November 2016 über die Arbeit und Ergebnisse seiner Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Berichtszeitraum 2014/2015 berichtet.

Der vorliegende Bericht umfasst den Berichtszeitraum vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017. Nach erfolgter Unterrichtung des Verwaltungsrates ist dieser Bericht dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als zuständiger Aufsichtsbehörde zuzuleiten.

Am 4. Juni 2016 ist Art. 3 des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in Kraft getreten. Nach dem neuen § 197a Abs. 6 Satz 2 SGB V führt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Tätigkeitsberichte seiner Mitglieder zusammen und veröffentlicht seinen eigenen Bericht zukünftig auch im Internet.

Gem. § 197a Abs. 6 Satz 1 SGB V wurde der GKV-Spitzenverband ferner verpflichtet, zum 1. Januar 2017 erstmals nähere Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verbindlich zu regeln. Der Gesetzgeber hat diese Ausrichtung gewählt, um eine Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach vergleichbaren Maßstäben zu gewährleisten und der hohen Bedeutung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen noch intensiver Rechnung zu tragen.

Der Vorstand des GKV-Spitzenverband hat die „Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI“ fristgemäß beschlossen. Die Bestimmungen sind zum 1. Januar 2018, d. h. mit Wirkung für den kommenden Berichtszeitraum 2018/2019, in Kraft getreten.

2. Fehlverhalten im Gesundheitswesen als gesetzliche Aufgabe

2.1 Rechtsgrundlagen

Über die einleitend bereits beschriebene zweijährige Berichtspflicht hinausgehend, nimmt die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband nach §§ 197a SGB V, 47a SGB XI folgende spezifische gesetzliche 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 Mitglieds-kassen), 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 Mitglieds-kassen eingerichteten Stellen, an dem Vertreterinnen und Vertreter der Strafverfolgungsbehörden sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Heilberufskammern in geeigneter Form zu beteiligen sind.
 - 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).
- Zum 1. Januar 2012 ist die vom GKV-Spitzenverband eingeforderte¹ gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten in Kraft getreten (vgl. §§ 81a Abs. 3a, 197a Abs. 3a SGB V). Die vom GKV-Spitzenverband darüber hinaus eingeforderte² gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten zwischen den Pflegekassen und dem Träger der Sozialhilfe (vgl. § 47a Abs. 2 SGB XI) ist zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten. Dessen ungeachtet besteht insoweit noch weitergehender gesetzlicher Änderungsbedarf, vgl. nachfolgend die Punkte 5.2 und 5.3.
 - Gem. § 197a Abs. 6 Satz 1 SGB V hat der GKV-Spitzenverband zum 1. Januar 2017 erstmals die „Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI“ geregelt. Die Bestimmungen sind zum 1. Januar 2018, d. h. mit Wirkung für den kommenden Berichtszeitraum 2018/2019, in Kraft getreten.
 - Schlussendlich unterstützt der GKV-Spitzenverband gem. § 217f Abs. 2 SGB V seine Mitglieds-kassen bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben und Wahrnehmung ihrer Interessen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

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

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

2.2 Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben

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

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

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

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

leitet daraus zugleich die weitergehende Forderung nach dem gesetzlichen Schutz von Hinweisgeberinnen und Hinweisgebern (Whistleblowern) ab, vgl. nachfolgend Punkt 5.1.

2.2.1 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 nicht nur Verstöße gegen sozialgesetzliche Verbote, z. B.

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

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

Gem. § 30 Abs. 1 SGB IV ist rechtmäßig nur die zugleich auch zweckmäßige Mittelverwendung. Deshalb läuft die eigenständige Prüfung der „zweckwidrigen Nutzung von Finanzmitteln“ in der Praxis von Anfang an leer. Eine unzulässige Nutzung von Finanzmitteln begründet regelmäßig eine Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§§ 4 Abs. 4, 70 Abs. 1 SGB V) und ist deshalb immer auch rechtswidrig. Die dritte Tatbestandsalternative „zweckwidrig“ ist folglich

redundant und sollte vom Gesetzgeber ersatzlos gestrichen werden.³

2.2.2 Entgegennahme und Erstbearbeitung von Hinweisen

Bei der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverbandes sind im Berichtszeitraum **264 externe Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen** eingegangen. Im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum hat sich das Hinweisaufkommen damit erneut erhöht. Der kontinuierliche Anstieg lässt sich insbesondere auf die beschriebene Einrichtung des Hinweisgeber-Formulars auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes zurückführen.

Eingegangene Hinweise i. S. der §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI sind sämtliche im Berichtszeitraum eingegangenen Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die „auf Grund der einzelnen Angaben oder Gesamtumstände glaubhaft erscheinen“. Glaubhaft sind Tatsachen, deren Vorliegen überwiegend wahrscheinlich ist (§ 23 Abs. 1 S. 2 SGB X). Das ist der Fall, „wenn die Hinweise hinreichend substantiiert sind“⁴ und auch eine bestimmte natürliche oder juristische Person benennen. Nicht erfasst werden demgegenüber allgemeine Anfragen oder Beschwerden über ein bestimmtes Verwaltungshandeln der Mitglieds-kassen, für die das Widerspruchsverfahren und die Klage vor dem Sozialgericht eröffnet sind. Außerdem fallen Behandlungsfehler entgegen einer landläufig noch immer verbreiteten Ansicht grundsätzlich nicht in den Zuständigkeitsbereich der Stelle. Die Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, bestimmt sich nach § 66 SGB V.

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

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

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

Häufig kann im Rahmen der Korrespondenz mit der Hinweisgeberin bzw. dem Hinweisgeber festgestellt werden, dass die regional zuständigen Stellen in dem zugrundeliegenden Sachverhalt bereits ermitteln. Sofern ein anonymer Hinweis eine Mitgliedskasse konkret in Bezug nimmt, erfolgt die Weiterleitung zuständigkeitshalber zunächst direkt an die dafür 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 tätiger gesetzlicher Kranken- und Pflegekassen. Die geschädigten Kassen haben aber immer nur Einblick in ihr eigenes Marktsegment. Sie sind daher oft nicht in der Lage, Fehlverhalten zu erkennen oder seinen Umfang vollständig einzuschätzen. Zur erfolgreichen Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind die Kassen auf eine möglichst institutionalisierte Zusammenarbeit mit anderen Kassen oder kassenartenübergreifend tätigen Einrichtungen angewiesen. Dies gilt insbesondere für kleinere Kassen, die anderenfalls nur wenige Hinweise aus ihren eigenen Leistungs-

abteilungen 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)

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.

2.2.3 Förderung der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit

„Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“

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

Die Arbeitsgemeinschaft tagte im Berichtszeitraum insgesamt neunmal. Die AG-Sitzungen werden regelmäßig von der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband vor- und nachbereitet. Der GKV-Spitzenverband analysiert in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft die bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen im Hinblick auf mögliche „Einfallstore“ für Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Im Ergebnis der Analyse ausgewählter kassenartenübergreifend bedeutsamer Sachverhalte werden in enger Abstimmung mit der für den jeweiligen Leistungsbereich zuständigen Fachebene Regelungslücken aufgedeckt und geeignete Möglichkeiten der Prävention von Fehlverhalten im Gesundheitswesen herausgearbeitet.

Neue Gesetzgebungsvorhaben werden geprüft und erforderlichenfalls konstruktive Änderungsvorschläge unterbreitet.

Einrichtung spezifischer Gruppenräume in „GKV-Dialog“

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

Neu bereitgestellt wurde ein Gruppenraum zu den am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen „Näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ gem. § 197a Abs. 6 Satz 1 SGB V.

Direkte Kommunikation mit den Mitgliedskassen und Verbänden

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

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

Auch im vorliegenden Berichtszeitraum führte der Stelleninhaber in diesem Zusammenhang wieder mehrere Kassenbesuche durch, und zwar bei den nachfolgenden Mitgliedskassen: AOK Bayern, AOK Niedersachsen, AOK Nordost, Knappschaft,

R + V Betriebskrankenkasse, BKK Landesverband Mitte und Techniker Krankenkasse.

Darüber hinaus folgte der Stelleninhaber der Einladung der Verbindungsstelle Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des AOK-Bundesverbandes und nahm an mehreren Sitzungen des AOK-Fachteams der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen teil.

2.2.4 Förderung der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit

Durch die zum 1. Januar 2012 erfolgte gesetzliche 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. Diese gesetzliche Klarstellung - acht Jahre nach der Einführung der Norm - fördert nicht nur die kassenartenübergreifende Zusammenarbeit.

Gerade die geforderte Zusammenarbeit der Kranken- und Pflegekassen mit den Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen funktionierte in der Vergangenheit nicht optimal. Als eine wesentliche Erschwernis wurden die unterschiedlichen Auffassungen über die Befugnis zur Übermittlung von personenbezogenen Daten angesehen. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes konnte die erfolgte gesetzliche Klarstellung seitdem wesentlich zu einer Verbesserung der geforderten Zusammenarbeit beitragen. Der GKV-Spitzenverband setzt sich für die weitere Verbesserung der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Pflegekassen und Kassen(-zahn-)ärztlichen (Bundes-)Vereinigungen ein.

Fachtagung „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Neue Wege“

Der GKV-Spitzenverband unterstützt einen regelmäßigen organisationsübergreifenden Erfahrungsaustausch seiner Mitglieder. Dazu veranstaltete der GKV-Spitzenverband am 14./15. April 2016 seine inzwischen vierte Fachtagung, die unter dem Thema: „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Neue Wege“ stand. Dazu hatte der GKV-Spitzenverband neben Vertreterinnen und Vertretern der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Strafverfolgungsbehörden aus allen Bundesländern eingeladen, vgl. Anhang A.

Als Eröffnungsdredner konnte der Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Dr. Edgar Franke, MdB, gewonnen werden. Das Programm des ersten Tages stand dabei ganz im Zeichen des an diesem Tag zeitgleich im Deutschen Bundestag verabschiedeten neuen Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Dazu erläuterte Markus Busch, Leiter des Referats Strafrechtliche Bekämpfung der Wirtschafts-, Computer-, Korruptions- und Umweltkriminalität im Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, eingangs zunächst die Leitgedanken des Gesetzentwurfs der Bundesregierung. Daran anschließend analysierte Prof. Dr. Karsten Gaede, Bucerius Law School, die Tatbestandsmerkmale der neuen §§ 299a und 299b StGB im Einzelnen. Im Nachmittagsteil stand dann die zukünftige Praxis der Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen im Mittelpunkt des Interesses. Zu den damit regelmäßig einhergehenden Verstößen gegen die berufs- und vertragsärztlichen Pflichten zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit referierte Prof. Dr. Karsten Scholz, Justiziar der Ärztekammer Niedersachsen. Anschließend stellte OStAin Cornelia Gädigk, Staatsanwaltschaft Hamburg, die Herausforderungen aus Sicht der Ermittlungspraxis dar. Besonderes Interesse weckten abschließend auch die Ausführungen der Rechtsanwälte Dr. Jan-Peter Spiegel und Dr. Enno Burk, Gleiss

Lutz, zu möglichen Rückforderungsansprüchen der Krankenkassen bei strafbarem und rechtswidrigem Verhalten der Leistungserbringer, beispielsweise im Zusammenhang mit § 128 SGB V.

Mit dem Programm des zweiten Tages hat der GKV-Spitzenverband ferner eine Diskussion zur Schadenshochrechnung beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen angestoßen. Der Bundesgerichtshof hat in Strafverfahren wegen Abrechnungsbetrug von Vertragsärztinnen und -ärzten bereits vor über 25 Jahren die mathematisch-statistische Schadenshochrechnung zur Ermittlung des entstandenen Schadens zugelassen (BGHSt 36, 320). Diese Methode wird allerdings nur von Strafverfolgungsbehörden weniger Bundesländer angewendet, z. B. in Rheinland-Pfalz und im Saarland. Ein bundesweiter, einheitlicher Standard für die mathematisch-statistische Schadenshochrechnung fehlt dagegen bis heute. Offen ist darüber hinaus, ob die mathematisch-statistische Schadenshochrechnung auch in Strafverfahren wegen Abrechnungsbetrug von nicht-ärztlichen Leistungserbringern angewendet werden kann. Hier kommt es immer wieder zu großen Unsicherheiten, wie der entstandene Schaden belastbar ermittelt werden kann. Die Problematik wird zukünftig noch dadurch verstärkt, dass die Krankenkassen mit dem Inkrafttreten von Art. 3 des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen verpflichtet wurden, gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V auch über den tatsächlich „entstandenen Schaden“ zu berichten.

Zur Schadenshochrechnung in der aktuellen Ermittlungspraxis des Landeskriminalamts Saarland referierte zunächst KHK Christoph Hollinger. Daran schloss sich der Vortrag von Dr. Heiner Christian Schmidt, Richter am Landgericht Saarbrücken, zur Schadenshochrechnung in der Strafgerichtsbarkeit an. Die dabei zugrunde gelegten mathematisch-statistischen Methoden der Schadenshochrechnung beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen wurden sodann von den Sachverständigen Prof. Dr. Peter Ruckdeschel, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, und

Dr. Christine Erlwein-Sayer, Fraunhofer-Institut ITWM, beschrieben. Abschließend ging Dr. Britta Wiegand, Richterin am Sozialgericht Mainz, der berechtigten Frage nach, unter welchen Voraussetzungen die Schadenshochrechnung zukünftig auch in der Sozialgerichtsbarkeit herangezogen werden könnte.

Die Vorträge des zweiten Programmtages wurden zwischenzeitlich in einem Schwerpunktheft der Zeitschrift für Medizinstrafrecht (medstra) 2/2017 veröffentlicht.

Erfahrungsaustausch „Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege“

Wegen der besonderen Aktualität und damit verbundenen Schwerpunktsetzung im vorliegenden Berichtszeitraum (vgl. nachfolgend Punkt 3.2 und 3.3) hatte sich der GKV-Spitzenverband entschlossen, am 16./17. November 2017 eine weitere, die damit fünfte, Fachtagung zum Thema „Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege“ zu veranstalten. Nach dem neuen § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V organisiert der GKV-Spitzenverband seine Fachtagungen zukünftig als 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 große Resonanz auf die Einladung belegt, dass es bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege ein großes Bedürfnis nach fachlichem Austausch gibt.

Das Programm des Erfahrungsaustausches stand ganz im Zeichen des Abschlussberichts „Curafair“, eines vom Landeskriminalamt begleiteten und federführend beim Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen durchgeführten

Auswertungsprojekts zum „Abrechnungsbetrug durch russischsprachige Pflegedienste“. Als Eröffnungsredner konnten Udo Kolbinger, Referatsleiter Auswertung Wirtschaftskriminalität beim Bundeskriminalamt, der in das Phänomen einführte sowie die eigentlichen Väter des Berichts, EKHK Roland Wenke und KKH Ralf Herrmann vom Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen, gewonnen werden.

Der Abschlussbericht enthält eine Vielzahl konkreter „Anregungen“, sowohl in Bezug auf die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und deren Medizinischen Dienst als auch in Bezug auf den Gesetzgeber. Er enthält außerdem wertvolle Anregungen in Bezug auf die Justiz und das polizeiliche Ermittlungsverfahren. Die Anregungen des Abschlussberichts „Curafair“ bildeten deshalb gleichsam den roten Faden für den nachfolgenden Erfahrungsaustausch. Der GKV-Spitzenverband hat ausgewählte Anregungen ganz bewusst aufgegriffen, um diese organisationsübergreifend zu diskutieren, zu konkretisieren und gemeinsam für die Praxis weiterzuentwickeln, vgl. im Einzelnen Anhang D.

Erfahrungsaustausch mit den Beauftragten nach § 81a SGB V

Wie bereits in den vorangegangenen Berichtszeiträumen war der Leiter der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverband auch im vorliegenden Berichtszeitraum erneut zu einem Erfahrungsaustausch im Rahmen des Treffens der Beauftragten nach § 81a SGB V bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eingeladen.

Die am 6. Juli 2017 geführte Diskussion stand im Zeichen der praktischen Umsetzung von Art. 3 des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Der GKV-Spitzenverband berichtete in diesem Zusammenhang über die zum 1. Januar 2017 beschlossenen „Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a

SGB XI“ und deren geplante Weiterentwicklung. Die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung wird dadurch verstärkt, dass der GKV-Spitzenverband die in seinem Bericht zusammengeführten Ergebnisse zukünftig auch mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abgleichen soll.

Im Rahmen des Treffens der Beauftragten nach § 81a SGB V wurde erneut bekräftigt, den regelmäßigen Erfahrungsaustausch auf der Bundesebene fortzusetzen, um die Arbeit zu intensivieren und zu vereinheitlichen. Der GKV-Spitzenverband hat dabei auch 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 GKV-Spitzenverband hat zugleich darauf hingewiesen, dass die gesetzlich verpflichtende Zusammenarbeit zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bei der Bekämpfung von vertragsärztlichem Fehlverhalten noch stärker als eine gemeinsame Aufgabe begriffen werden müsse. Der unentbehrliche fallbezogene Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und den zuständigen Staatsanwaltschaften kann demgegenüber nur auf der jeweiligen Landesebene, unter Beachtung der spezifischen regionalen Besonderheiten erfolgreich gelingen.

2.2.5 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.

Im Rahmen seiner Grundsatzentscheidung vom 29. März 2012 (GSSt 2/11) hat der Große Senat für Strafsachen des Bundesgerichtshofs (BGH) nochmals klargestellt, dass die gesetzlichen Krankenkassen „sonstige Stellen der öffentlichen Verwaltung im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. StGB“ sind. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkassen können sich daher als „Amtsträger“ nach den geltenden Korruptionsstrafatbeständen der §§ 331 ff. StGB strafbar machen. Aus dieser Gleichstellung mit behördlichem Handeln ergab sich für den GKV-Spitzenverband der Anspruch einer recht- und ordnungsmäßigen Verwaltung und die Obliegenheit, wirksame Maßnahmen zur Korruptionsprävention nach innen zu ergreifen.

Nach Nr. 5 und 6 der Richtlinie der Bundesregierung zur Korruptionsprävention in der Bundesverwaltung (BMI-Richtlinie) war dazu u. a. die förmliche Bestellung einer „Ansprechperson für Korruptionsprävention“ bzw. die Einrichtung einer „Organisationseinheit für Korruptionsprävention“ erforderlich. Nach den „Empfehlungen zur Korruptionsprävention in der Bundesverwaltung“ soll die gem. Nr. 5 BMI-Richtlinie zu bestellende „Ansprechperson für Korruptionsprävention“ in konkreten Verdachtsfällen aber in der Regel keine eigenen Ermittlungen anstellen dürfen. Den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt damit im Ergebnis die Zuordnung überlassen, ob die gem. Nr. 6 BMI-Richtlinie zusätzlich einzurichtende „Organisationseinheit für Korruptionsprävention“, wie dort ausgeführt wird, von der Innenrevision wahrgenommen werden sollte oder eine spezifische Aufgabe der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. § 197a SGB V darstellt.

Dessen ungeachtet hat der GKV-Spitzenverband bereits im Jahr 2012 in seinem „Verhaltenskodex zum Thema Compliance“ die BMI-Richtlinie zur Korruptionsprävention umgesetzt. Insbesondere hat der GKV-Spitzenverband allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine konkrete Handlungsanleitung für den Einzelfall an die Hand

gegeben: Dazu wurde etwa explizit auf den vom „Initiativkreis Korruptionsprävention Wirtschaft/Bundesverwaltung“ ausgearbeiteten, vom BMI herausgegebenen konkreten „Fragen-/Antwortkatalog zum Thema Annahme von Belohnungen, Geschenken und sonstigen Vorteilen (Zuwendungen)“ Bezug genommen. Eine ergänzende Umsetzungshilfe bilden auch die vom BMI fortentwickelten „Empfehlungen zur Korruptionsprävention in der Bundesverwaltung“ bzw. die „Handreichung für die Arbeitsweise der Ansprechperson für Korruptionsprävention bei Verdachtsfällen“.

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

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

2.2.6 Fachöffentlichkeitsarbeit

Im Rahmen einer aktiven Fachöffentlichkeitsarbeit hat der Leiter der Stelle auch im abgeschlossenen Berichtszeitraum 2016/2017 wieder Einladungen zu Vorträgen angenommen sowie an Workshops und Diskussionsveranstaltungen teilgenommen, die nachfolgend aufgeführt sind:

2. Fehlverhalten im Gesundheitswesen als gesetzliche Aufgabe

Datum	Termin
05.03.2016 Berlin	Vortrag und Diskussion zum Thema: Die Schaffung neuer Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen: Erwartungen der Krankenkassen, gemeinsam mit der Leiterin der Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin, im Rahmen einer Tagung der Deutschen Praxisklinikgesellschaft e. V.
09.06.2016 Bonn	Vortrag und Diskussion zum Thema: Neue Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen: Erwartungen der Krankenkassen, im Rahmen einer Informationsveranstaltung zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen beim Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V.
10.09.2016 Hannover	Impulsvortrag und Teilnahme an einem Workshop zum Thema: Das neue Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen: Erwartungen der Krankenkassen, auf dem 10. Niedersächsischen Medizinrechtstag 2016
10.11.2016 München	Vortrag zum Thema: Neue Aufgaben für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI, im Rahmen einer Fachtagung der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
12.11.2016 Düsseldorf	Vortrag und Diskussion zum Thema: Die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aus der Perspektive der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, auf dem 7. Düsseldorfer Medizinstrafrechtstag des Instituts für Rechtsfragen der Medizin Düsseldorf und der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein
28./29.11.2016 Bonn	Vortrag und Teilnahme an einem Workshop zum Thema: Fraud Management, Abrechnungsprüfung, Abrechnungsmanipulation und Korruptionsprävention, auf Einladung der Koordinierungsstelle für die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Prüfdienste nach § 274 SGB V und der Aufsichtsbehörden im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
13.12.2016 Hamburg	Vortrag und Diskussion zum Thema: Aktuelle Rechtsfragen der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, auf Einladung von Prof. Dr. Dagmar Felix, Forschungsstelle für Sozialrecht und Sozialpolitik an der Fakultät für Rechtswissenschaft der Universität Hamburg
20./21.01.2017 Leipzig	Leitung eines Panels zum Thema: Compliance in Kooperationen: Vertragsärzte und nicht-ärztliche Leistungserbringer (§§ 73 Abs. 7 und 128 SGB V), gemeinsam mit RA Eike Klaan, Vorsitzender des Disziplinarausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, im Rahmen des 1. Deutschen Kongresses für Compliance im Gesundheitswesen
15.02.2017 Berlin	Teilnahme an einem Podiumsgespräch zum Thema: Wie verändert das Anti-Korruptionsgesetz den Gesundheitsmarkt?, im Rahmen der 22. Handelsblatt Jahrestagung Pharma 2017
06.12.2017 Leipzig	Vortrag zum Thema: Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Aktuelle Herausforderungen und Perspektiven, im Rahmen des Partnerkongresses der Gesundheitsforen Leipzig
11.12.2017 Berlin	Teilnahme an einem Forum zum Thema: Das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen: Kooperation oder Korruption, im Rahmen der 22. Handelsblatt Jahrestagung Health 2017

3. Schwerpunkte im Berichtszeitraum

3.1 Umsetzung des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

3.1.1 Inkrafttreten des Gesetzes: Ein großer Wurf mit kleinen Schwächen

Am 4. Juni 2016 ist das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in Kraft getreten. Der Große Senat für Strafsachen des BGH hatte in seiner Grundsatzentscheidung vom 29. März 2012 (GSSt 2/11) zum sogenannten ratiopharm-Komplex bereits Jahre zuvor an den Gesetzgeber appelliert, „Missständen, die – allem Anschein nach – gravierende finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems zur Folge haben, mit Mitteln des Strafrechts effektiv entgegenzutreten“.

Der GKV-Spitzenverband hatte seitdem die Schaffung eines neuen Straftatbestandes der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen als ultima ratio eingefordert und bereits in der 17. Legislaturperiode in mehreren öffentlichen Anhörungen des seinerzeit federführenden Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages dargelegt, warum korruptives Verhalten im Gesundheitswesen – entgegen der seinerzeit noch überwiegend vertretenen Ansicht – allein mit den vorhandenen sozialgesetzlichen Regelungen nicht mit der nötigen Wirksamkeit bekämpft werden kann. Die Argumente sind in einen der Diskontinuität anheimgefallenen Gesetzentwurf des Bundesrates eines Strafrechtsänderungsgesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen (BT-Drs. 17/14575) eingeflossen, an den sich der neue Gesetzentwurf der Bundesregierung mit seiner Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen konsequent angelehnt hat.

Mit dem Inkrafttreten der neuen Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen in den §§ 299a, 299b StGB wurde aber nicht nur eine Strafbarkeitslücke geschlossen. Die neuen Straftatbestände werden mittelbar

auch die Vermögensinteressen der gesetzlichen Krankenversicherung schützen: Für die gesetzlichen Krankenkassen eröffnet sich nämlich u. a. die Möglichkeit, Verstöße gegen die sozialgesetzlichen Verbote nach § 128 Abs. 2, 5b und 6 SGB V leichter nachweisen und angemessen ahnden zu können. Das schließt nicht nur ein, dass Leistungserbringer dann beispielsweise für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden können, vgl. § 128 Abs. 3 SGB V. Darüber hinaus können die gesetzlichen Krankenkassen bereits gezahlte Vergütungen zurückfordern, da bei einem nachgewiesenen Verstoß gegen § 128 SGB V kein Vergütungsanspruch des Leistungserbringers besteht.

Der Gesetzgeber hat damit zweifellos den ersten großen Schritt zur effektiveren Korruptionsbekämpfung im deutschen Gesundheitswesen gemacht. Der GKV-Spitzenverband wird sich aber weiterhin dafür einsetzen, dass auch die nächsten notwendigen Schritte folgen.

Bekanntlich sind noch auf den letzten Metern der Beratungen im Deutschen Bundestag kleine Änderungen am Gesetzentwurf erfolgt, die weitreichende Folgen haben werden. Die im Regierungsentwurf vorgesehene Tatbestandsvariante Nr. 2, d. h. die Verletzung von berufsrechtlichen Pflichten zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit, wurde gestrichen. Damit sollten Bedenken im Hinblick auf die Unbestimmtheit und Uneinheitlichkeit bei einem Teil der in Bezug genommenen Berufsordnungen Rechnung getragen werden. Das ist im Ergebnis nicht überzeugend, sondern ein höchst problematisches Zugeständnis an die Pharmaindustrie.

Das Gesetz läuft in seiner jetzigen Form darauf hinaus, dass Zuwendungen von Monopolen zukünftig nicht unter Strafe gestellt werden, weil sich damit per Definition keine Bestechung verbindet. Das geht jedoch an der Wirklichkeit im Gesundheitswesen vorbei, wo es durchaus Monopole gibt mit einem Interesse daran, durch Zuwendungen ihre Stellung zu stärken. Neue, innovative

Arzneimittel, zu denen es keine vergleichbare Alternative auf dem Markt gibt, sind ein Beispiel dafür. Hier tritt das Pharmaunternehmen als Monopolist auf. Es könnte die Verkaufszahlen seines Medikaments steigern, indem es den Ärztinnen und Ärzten Vorteile zuwendet, ohne dafür Strafen fürchten zu müssen. Da die Pharmaunternehmen im ersten Jahr die Preise beliebig festlegen dürfen, ist der Anreiz dafür nicht zu unterschätzen.

Auch die Entscheidung des Gesetzgebers, Apothekerinnen und Apotheker zukünftig nicht mehr strafrechtlich zu verfolgen, obwohl sie für die Abgabe bestimmter Arzneimittel vom Hersteller Sonderrabatte oder andere Vergünstigungen bekommen, ist bei genauer Analyse nicht nachvollziehbar. Ein Beispiel dafür sind Arzneimittelrabatte, für welche die Kassen zunehmend mehrere Rabattverträge für den gleichen Wirkstoff abschließen. Um mehr von seinem Rabattarzneimittel abzugeben, könnte eines dieser Unternehmen Apothekerinnen und Apotheker bestechen, ohne eine strafrechtliche Verfolgung fürchten zu müssen.

3.1.2 Nähere Bestimmungen gem. §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen wurde der GKV-Spitzenverband gem. § 197a Abs. 6 SGB V verpflichtet, zum 1. Januar 2017 erstmals das Nähere über

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

verbindlich zu regeln. Der Gesetzgeber hat diese Ausrichtung gewählt, um eine Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach vergleichbaren Maßstäben zu

gewährleisten und der hohen Bedeutung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen noch intensiver Rechnung zu tragen.

Die näheren Bestimmungen zu § 197a Abs. 6 Nr. 6 SGB V bauen auf einem Beschluss des Verwaltungsrates vom 5. September 2012 zur „Standardisierten Fallerfassung“ (in der Fassung der Bekanntmachung durch RS 2016/053 vom 29. Januar 2016) auf, der um die neuen gesetzlichen Berichtspflichten des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V zu erweitern war.

Demgegenüber 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 Fachbeirates.

Zum 1. Januar 2017 hat der GKV-Spitzenverband alle näheren Bestimmungen getroffen, zu denen die vom Gesetzgeber vorausgesetzte langjährige Expertise der Kranken- und Pflegekassen bzw. des GKV-Spitzenverbandes bereits vorhanden war. Soweit mit der Neuregelung der §§ 197a Abs. 5 und 6 SGB V neue unbestimmte Rechtsbegriffe oder neue Verfahren (wie z. B. die Zusammenführung der Berichte nach der „Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten“) eingeführt wurden, sind die Bestimmungen im Laufe des Jahres 2017 noch einmal weiterentwickelt worden und schließlich zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Damit steht seit dem Beginn des neuen Berichtszeitraums 2018/2019 (vgl. BT-Drs. 18/8106) ein für alle Mitgliedskassen verbindlicher Rechtsrahmen zur Verfügung.

3.2 Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II)

3.2.1 Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR)

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde eine Regelung zur verpflichtenden Prüfung von Abrechnungen der von Pflegeeinrichtungen erbrachten pflegerischen Leistungen eingeführt. Nach § 114 Abs. 2 Satz 7 SGB XI sind im Rahmen regelhaft stattfindender Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) die von Pflegeeinrichtungen bei den Kranken- und Pflegekassen in Rechnung gestellten Leistungen zu prüfen. Bei festgestellten Diskrepanzen zwischen erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen können die Pflegekassen bzw. die Landesverbände der Pflegekassen geeignete Maßnahmen ergreifen (u. a. die Einbindung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a SGB V, 47a SGB XI), um den Schutzinteressen der Solidargemeinschaft der Versicherten Rechnung zu tragen.

Zur Umsetzung der gesetzlichen Regelung hat der GKV-Spitzenverband mit Vertreterinnen und Vertretern der Kassenartenverbände auf Bundes- und Landesebene, der MDK, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie des PKV-Prüfdienstes ein Instrument zur Prüfung der Abrechnungen in der ambulanten Pflege entwickelt. Dieses sogenannte Screening-Verfahren dient dazu, bei der Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI systematisch die Plausibilität der erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen zu beurteilen, um etwaige

Auffälligkeiten⁵ zu identifizieren. Die Ergebnisse werden in den Prüfberichten für die Landesverbände der Pflegekassen dargestellt. Weisen die Abrechnungen Auffälligkeiten auf, werden diese Ergebnisse ebenfalls an die jeweils zuständige Pflegekasse der in die Prüfung einbezogenen Versicherten weitergeleitet. Die jeweiligen Kassen erhalten bei festgestellten Auffälligkeiten neben dem Prüfbericht zusätzliche Unterlagen wie z. B. Kopien der Pflegedokumentation und Tourenpläne. Bei Vorlage von Auffälligkeiten soll durch die Pflegekassen eine vertiefte Abrechnungsprüfung erfolgen⁶, um die Auffälligkeiten zu verifizieren, ggf. unter Einbindung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Vor der Einführung der verbindlichen Abrechnungsprüfung wurde das Screening-Verfahren im Rahmen von 120 Qualitätsprüfungen erprobt und auf Praktikabilität überprüft. Zudem erfolgte eine Befragung von ausgewählten Pflegekassen und Landesverbänden der Pflegekassen, ob die dargestellten Ergebnisse im Prüfbericht ausreichend sind, um ein mögliches Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu identifizieren.

Auf dieser Grundlage wurden die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) des GKV-Spitzenverbandes angepasst. Seit dem 15. Oktober 2016 sind Abrechnungsprüfungen als fester Bestandteil der

5 Auffälligkeiten liegen nach der QPR vor, wenn nicht nur im Einzelfall konkrete Hinweise auf Fehler in den abrechnungsrelevanten Unterlagen vorliegen. Dies ist z. B. dann gegeben, wenn eine fehlende Kongruenz zwischen Leistungsvereinbarung und Leistungsdokumentation nachgewiesen wird oder rechnungsbegründende Unterlagen nicht vollständig bzw. nicht nachvollziehbar sind. Die MDK-Prüferinnen und -Prüfer bewerten im Rahmen ihrer Prüfung nicht, ob es sich um Fehlverhalten im Gesundheitswesen handelt, sondern geben ihre Erkenntnisse zu Auffälligkeiten an die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die Pflegekassen zur weiteren Prüfung und Bewertung weiter.

6 Der Begriff der „vertieften Abrechnungsprüfung“ erfasst das Verifizieren von Auffälligkeiten durch die Pflegekassen auf der Grundlage der Ergebnisse aus dem sogenannten Screening-Verfahren der Medizinischen Dienste. Ziel ist es zu prüfen, ob der Anfangsverdacht auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen oder sogar Abrechnungsbetrug bestätigt werden kann.

Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten in den QPR verankert und werden seitdem bundesweit durch die MDK angewendet.

Bei Vorlage von MDK-Prüfberichten mit Auffälligkeiten erfolgt eine Prüfung und Bewertung der Prüfergebnisse durch die Pflegekassen. Für einen ersten Überblick, welche Konzepte und Verfahren die Pflegekassen dabei jeweils verfolgen, führte der GKV-Spitzenverband im 4. Quartal 2017 einen Workshop durch. Dabei wurde deutlich, dass die Pflegekassen zwar sowohl kassenindividuelle als auch kassenartenübergreifende Konzepte und Verfahren entwickelt haben. Die mit dem PSG II eingeführte verpflichtende Prüfung von Abrechnungen der von Pflegeeinrichtungen erbrachten pflegerischen Leistungen nach § 114 Abs. 2 Satz 7 SGB XI hat sich aber nach den ersten Erfahrungen und Ergebnissen als grundsätzlich hilfreich und praktikabel erwiesen.

Als wesentliches Fazit des Workshops wurde festgehalten, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ab einem bestimmten Zeitpunkt bei jeder Pflegekasse zwingend in den Prozess der Abrechnungsprüfung einbezogen werden sollten. Dabei sei eine abgestimmte Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen Kassenarten für eine effektive Abrechnungsprüfung und Fehlverhaltensbekämpfung unabdingbar. Die Ergebnisse des Workshops konnten dann am 16./17. November 2017 auch im Rahmen des Erfahrungsaustausches gem. § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V zum Thema „Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege“ vorgestellt und diskutiert werden, vgl. oben Punkt 2.2.4 und Anhang D.

3.2.2 Weitergehender gesetzlicher Änderungsbedarf

Eine einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht

wurden. Nur wenn auch Beginn und Ende der Leistungserbringung in Echtzeit fixiert werden, kann Falschabrechnung oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist auch für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar.

Die Einvernehmliche Festlegung zur Regelung des Datenträgeraustausches gem. § 105 Absatz 2 SGB XI (DTA) sieht zwar bereits vor, dass bei Zeitvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben ist. Bei Leistungskomplexvergütungen ist im DTA die Eingabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung vorgesehen. Aufgrund der unveränderten Verweigerung der Leistungserbringerorganisationen, im Rahmen des Datenträgeraustausches die Übermittlung einsatzbezogener Anfangs- und Beendigungszeiten in Echtzeit zu vereinbaren, ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, damit Falschabrechnungen oder Abrechnungsbetrug kassenseitig leichter identifiziert werden können.

Erst die Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes in Echtzeit ermöglicht es, bei der zur Klärung von Auffälligkeiten im Einzelfall notwendigen Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Pflegekassen festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes plausibel erbracht werden können. Fehlerhafte Abrechnungen können nur dann eindeutig identifiziert werden. Der GKV-Spitzenverband leitet daraus weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf ab und unterbreitet zugleich einen konkreten gesetzlichen Änderungsvorschlag, vgl. nachfolgend Punkt 5.5.

3.3 Umsetzung des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III)

3.3.1 Organisierter Abrechnungsbetrug durch russischsprachige Pflegedienste

Eine spezielle Ausprägung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist der Abrechnungsbetrug durch russischsprachige Pflegedienste. Dabei handelt es sich um ambulante Pflegedienste, die mehrheitlich von Personen aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion geführt werden. Nach der Bewertung des Bundeskriminalamtes (BKA) handelt es sich insoweit um ein bundesweites Phänomen⁷, das insbesondere dort auftritt, wo sich durch Sprachgruppen geschlossene Systeme bilden.

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

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

Nach Ansicht des BKA liegen in vielen dieser Fälle nicht nur klare Indizien für ein strukturiertes und organisiertes Vorgehen der Pflegedienste mit dem Ziel der illegalen Gewinnmaximierung vor. In Einzelfällen lassen sich im Zusammenhang mit Investitionen in russischsprachige ambulante Pflegedienste sogar Hinweise auf Organisierte Kriminalität erkennen.⁸

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

Mittlerweile konzentrieren sich die Täterinnen und Täter zunehmend auf das Geschäft mit der außerklinischen Intensivpflege, da in diesem Bereich die höchsten Gewinne erzielt werden können. Die Mitgliedskassen zahlen je Intensivpflegepatientin bzw. -patient monatlich durchschnittlich etwa 22.000 Euro. In Anbetracht der demografischen Entwicklung wird dieser Pflegemarkt in absehbarer Zukunft weiter wachsen. Nach Ansicht des BKA muss davon ausgegangen werden, dass Abrechnungsbetrug in der Pflege deshalb auch zukünftig von sehr großer Bedeutung sein wird.⁹

Aufgrund einer bundesweiten Kooperation der Polizeibehörden ist es gelungen, einen Teil des Phänomens aufzuhellen und zahlreiche polizeiliche Präventionsmaßnahmen umzusetzen. In diesem Zusammenhang wurden nicht nur die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen für diese spezielle Ausprägung der organisierten Wirtschaftskriminalität im Gesundheitswesen sensibilisiert, beispielsweise im Rahmen des Erfahrungsaustausches gem. § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V zum Thema „Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege“ am 16./17. November 2017 beim GKV-Spitzenverband, vgl. oben Punkt 2.2.4 und Anhang D.

Besonders stark aufgefallen ist das Phänomen auch bei den Berliner Sozialhilfeträgern. Die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales hat deshalb bereits im Jahre 2011 einen Runden

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

8 Vgl. ebd., S. 22.

9 Vgl. ebd.

Tisch „Leistungs- und Abrechnungsmängel im Pflegesektor – Koordinierte Zusammenarbeit zur Verhinderung und Aufdeckung“ initiiert, der seitdem jährlich zusammenkommt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Runden Tisches sind u. a. die betroffenen Berliner Sozialhilfeträger, Pflegekassen und deren Verbände, der MDK Berlin/Brandenburg sowie die Berliner Staatsanwaltschaft und das Berliner Landeskriminalamt. Auch der GKV-Spitzenverband ist der Einladung zur Teilnahme am Runden Tisch gefolgt, um beispielhaft Probleme identifizieren zu können und auf dieser Grundlage Vorgehensweisen zu koordinieren und Maßnahmen zu entwickeln, vgl. § 47a Abs. 2 SGB XI.

3.3.2 Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP)

Vor dem Inkrafttreten des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) waren Qualitätsprüfungen von Pflegebedürftigen, die keine Pflegesachleistungen, sondern Pflegegeld nach dem SGB XI beziehen, oder von Versicherten, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) in Anspruch nehmen, ausgeschlossen. Außerdem konnte nur eine ausgewählte Zufallsstichprobe von Versicherten in die Prüfung einbezogen werden. Nach den vorgenannten Erkenntnissen des BKA konnte das System in Bezug auf die Prüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege z. B. dadurch ausgehebelt werden, dass Versicherte Pflegegeld wählen. Außerdem konnte durch die Stichprobenregelung nicht sichergestellt werden, dass besondere Personengruppen, wie Versicherte mit außerklinischem Intensivpflegebedarf, in angemessenem Umfang in die Prüfung einbezogen wurden.

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

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

In der Praxis wird sich bald zeigen, ob diese weiterentwickelten Rahmenbedingungen tatsächlich zur weiteren Aufdeckung, Bekämpfung und Prävention von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege beitragen können, insbesondere wenn es sich um Formen der Organisierten Kriminalität handelt. Dessen ungeachtet besteht bereits heute weitergehender gesetzlicher Änderungsbedarf zur Schaffung einer GKV-Betrugspräventionsdatenbank.

3.3.3 Weitergehender gesetzlicher Änderungsbedarf

Die mit dem PSG III erfolgte Neuregelung des § 75 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI sollte nach der Gesetzesbegründung dem Ausbau des Schutzes vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt dienen. Ausgangspunkt war die gesetzlich vorgegebene Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI, wonach die Pflegeeinrichtungen jederzeit die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten müssen. Dies umfasst im rechtmäßigen Geschäftsverkehr u. a. eine ordnungsgemäße Vertragserfüllung und deren Abrechnung. Mit dem gesetzlichen Regelungsauftrag können in den Landesrahmenverträgen z. B. auch nähere Kriterien zur Geeignetheit und Zuverlässigkeit der Inhaber

rin bzw. des Inhabers, der Gesellschafterin bzw. des Gesellschafters, der Geschäftsführerin bzw. des Geschäftsführers oder der verantwortlichen Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung vereinbart werden. Aufgrund ihrer unmittelbaren Verbindlichkeit sind die entsprechenden Regelungen in den Landesrahmenverträgen bei der Zulassung neuer Leistungsanbieter und der Prüfung des Abschlusses des Versorgungsvertrages einzubeziehen.

Problematisch ist, dass mit der Umsetzung des gesetzlichen Regelungsauftrages gerade für Sachverhalte effektiv Vorsorge getroffen werden sollte, in denen bereits auffällig gewordene Anbieter sich einer gegebenenfalls drohenden Kündigung ihres Versorgungsvertrages entziehen, um stattdessen eine neue Zulassung - unter eigenem Namen oder durch einen „Strohmann“ - zu erlangen (vgl. BT-Drs. 18/9518, 73).

Die Kranken- und Pflegekassen weisen jedoch darauf hin, dass ihnen oftmals keine bundesländerübergreifenden Kenntnisse über bereits auffällig gewordene Anbieter bzw. dort angestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder deren Qualifikation vorlägen. Zwar werden die Qualifikationsanforderungen in den vereinbarten Verträgen sowohl im SGB XI als auch im SGB V geprüft, jedoch kann kein Bezug hergestellt werden, ob die entsprechende Pflegefachkraft bereits gleichzeitig bei einem anderen Pflegedienst angestellt/beschäftigt ist. Ein weiteres Problem sind Leistungserbringer, bei denen Pflegefachkräfte, die Geschäftsführung oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Vergangenheit nachweislich Abrechnungsmanipulationen durchgeführt haben, die je nach Schwere des Vergehens von den Leistungsträgern bereits entsprechend sanktioniert werden konnten. In der Praxis zeigte sich vielmehr, dass Personen, die an der nachgewiesenen Abrechnungsmanipulation beteiligt waren, das Bundesland wechseln können, um dort einen neuen Pflegedienst zu gründen.

Wenn ein Pflegedienst beispielweise aufgrund von Abrechnungsmanipulationen in Bayern geschlossen wurde und dieser in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz oder Hessen eine neue Zulassung beantragt, fehlt bislang jegliche länderübergreifende Austauschmöglichkeit zur Betrugsprävention. Würde zukünftig eine bundesweite Information über die Schließung des Pflegedienstes in Bayern erfolgen können, könnte der Abschluss eines neuen Versorgungsvertrages oder eines neuen Vertrages gem. § 132a Abs. 4 SGB V unmittelbar versagt werden. Damit die Kranken- und Pflegekassen zukünftig gegen solche bereits auffällig gewordenen Anbieter von Pflegeleistungen vorgehen können, ist der Aufbau einer kassenübergreifenden Betrugspräventions-Datenbank erforderlich. Der GKV-Spitzenverband leitet daraus weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf ab und unterbreitet einen konkreten gesetzlichen Änderungsvorschlag, vgl. nachfolgend Punkt 5.2.

4. GKV-Gesamtsicht

4.1 Einführung

Die zuständigen Aufsichtsbehörden haben festgestellt, dass die zwischen 2004 und 2009 gem. §§ 197a Abs. 5 SGB V, 47a SGB XI zugeleiteten Berichte über die Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sehr unterschiedlich ausfielen. Da keine gesetzlichen Vorgaben für den Inhalt der Berichte bestanden, machte die individuelle Ausgestaltung und Schwerpunktsetzung der einzelnen Berichte deren Vergleichbarkeit praktisch unmöglich. Dadurch wurde ein bundesweiter Überblick über das weitgehend unklare Ausmaß von Fehlverhalten im Gesundheitswesen lange erschwert.

Um eine bessere Vergleichbarkeit, Transparenz und Auswertbarkeit der Berichtsinhalte aller Kranken- und Pflegekassen zu gewährleisten, hat die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverbandes, der Mitgliedsklassen und deren Verbände auf Bundesebene mit dem Beginn des Berichtszeitraums 2010/2011 eine „Standardisierte Fallerfassung“ empfohlen (zuletzt „Standardisierte Fallerfassung“ mit Wirkung zum Ende des Berichtszeitraums 2014/2015, Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2016/053 vom 29. Januar 2016).

Damit wurden erstmals Berichtskriterien und Definitionen entwickelt, die zu einer möglichst einheitlichen Arbeits- und Bewertungsweise in den einzelnen Kranken- und Pflegekassen führen sollen. In einem ersten Schritt wurden dazu die in der Vergangenheit bestehenden – je nach Kas- senart unterschiedlichen – Erfassungszeiträume vereinheitlicht.

Zur Standardisierung des den einzelnen Berichten zugrundeliegenden Datenmaterials hat die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverbandes, der Kranken- und Pflegekassen und deren Verbände auf Bundesebene ferner die Erhebung der folgenden **neun Kennzahlen** empfohlen, welche die Berichte ergänzen sollen:

1. Anzahl der **eingegangenen Hinweise** insgesamt
 - 1.1 Anzahl der externen Hinweise
 - 1.2 Anzahl der internen Hinweise
2. Anzahl der **verfolgten Fälle**
 - 2.1 Anzahl der verfolgten Bestandsfälle
 - 2.2 Anzahl der verfolgten Neufälle
3. Anzahl der **abgeschlossenen Fälle**
4. Anzahl der **Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft**
5. Höhe der **gesicherten Forderungen in Euro**

Auf der Grundlage dieser Empfehlung werden seit dem Ende des Berichtszeitraums 2010/2011 bei jeder Mitgliedskasse vergleichbare Kennzahlen ermittelt, die den jeweiligen Tätigkeitsbericht ergänzen.

4.2 Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht 2016/2017

Zum Ende des Berichtszeitraums 2016/2017 waren 109 der insgesamt 110 Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes (Stand: 1. Januar 2018) entweder selbst für die Teilnahme an der „GKV-Fall-erfassungsstelle Fehlverhalten“ registriert, wurden insoweit z. B. durch ihren jeweiligen Verband auf Bundesebene vertreten, oder haben bis zum Redaktionsschluss eine schriftliche Meldung abgegeben. 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.

Inhaltsbeschreibung	GKV-Kennzahlen 2016/2017
1. Anzahl der eingegangenen Hinweise insgesamt	33.041
1.1 Anzahl der externen Hinweise	25.039
1.2 Anzahl der internen Hinweise	8.002
2. Anzahl der verfolgten Fälle	40.090
2.1 Anzahl der verfolgten Bestandsfälle	14.853
2.2 Anzahl der verfolgten Neufälle	25.237
3. Anzahl der abgeschlossenen Fälle	24.172
4. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	3.371
5. Höhe der gesicherten Forderungen in Euro	49.081.369

Die Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht für den Berichtszeitraum 2016/2017 zeigen im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum eine durchgängig ansteigende Tendenz. Die Höhe der gesicherten Forderungen erreicht sogar den höchsten Wert seit dem Beginn der Zusammenführung der GKV-Kennzahlen im Berichtszeitraum 2010/2011.

4.2.1 Anzahl der eingegangenen Hinweise

Eingegangene Hinweise i. S. der §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI sind sämtliche im abgeschlossenen Berichtszeitraum bei den Stellen eingegangene Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die „auf Grund der einzelnen Angaben oder Gesamtumstände glaubhaft erscheinen“. Dabei wird nach der Anzahl der internen Hinweise, die aus der eigenen Organisation stammen, und der externen Hinweise unterschieden. Zu den externen Hinweisen zählen auch Informationen, die sich aus der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit ergeben.

Die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hat dazu mit der „Standardisierten Fallfassung“ eine „Negativliste“ empfohlen, welche Sachverhalte nicht als Fehlverhalten im Gesundheitswesen erfasst werden sollen.

Die Anzahl der eingegangenen externen Hinweise ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um ca. **49 % (= 8.275 Hinweise)** angestiegen. Als ein maßgeblicher Grund für diesen markanten Anstieg darf die erfolgreiche Umsetzung des PSG II angesehen werden, vgl. oben Punkt 3.2. Im Jahr 2017 haben allein die MDK den Pflegekassen etwa 5.700 Prüfberichte mit Auffälligkeiten übermittelt.

Auffällig ist, dass die Anzahl der externen Hinweise die Anzahl der internen Hinweise sehr deutlich übersteigt. Darin spiegelt sich einerseits wider, dass die Mitgliedskassen mit weiter zunehmender Tendenz kassenartenübergreifend zusammenarbeiten und dabei auch Hinweise mit personen-

Inhaltsbeschreibung	2014/2015	2016/2017	Tendenz
1. Anzahl der eingegangenen Hinweise insgesamt	25.168	+ 7.873	▲
1.1 Anzahl der externen Hinweise	16.764	+ 8.275	▲
1.2 Anzahl der internen Hinweise	8.404	- 402	▼
2. Anzahl der verfolgten Fälle	37.014	+ 3.076	▲
2.1 Anzahl der verfolgten Bestandsfälle	15.968	- 1.115	▼
2.2 Anzahl der verfolgten Neufälle	21.046	+ 4.191	▲
3. Anzahl der abgeschlossenen Fälle	23.654	+ 518	▲
4. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	3.029	+ 342	▲
5. Höhe der gesicherten Forderungen in Euro	41.838.146	+ 7.243.223	▲

bezogenen Daten weitergeben dürfen (vgl. § 197a Abs. 3a SGB V). Die hohe Anzahl der eingegangenen externen Hinweise unterstreicht aber auch den vom GKV-Spitzenverband eingeforderten gesetzlichen Schutz der Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (vgl. nachfolgend Punkt 5.1).

4.2.2 Anzahl der verfolgten Fälle

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

Die Stellen erfassen alle Fälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die im laufenden Berichtszeitraum verfolgt wurden, d. h. für die Sachverhaltsüberprüfungen bzw. Ermittlungen durch die Kassen eingeleitet worden sind. Vorgänge, die im Rahmen der kassenartenübergreifenden Zusam-

menarbeit aktiv überprüft bzw. ermittelt werden, werden von allen zusammenarbeitenden Kassen als verfolgter Fall erfasst, wenn sich im Laufe der Ermittlungen herausstellt, dass eine Kasse tatsächlich betroffen ist.

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

Im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum ergibt sich – korrespondierend zum Anstieg der Anzahl der eingegangenen externen Hinweise – auch ein entsprechender hoher Anstieg der Anzahl der insoweit verfolgten Neufälle um ca. **20 % (= 4.191 Neufälle)**.

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

Die verfolgten Fälle werden immer größer und komplexer, da zunehmend vernetzte Strukturen mit mehreren Beteiligten zu prüfen sind. Mit dem gestiegenen Fallaufkommen steigt der mit diesen Großfällen verbundene Ermittlungs- und Prüfungsaufwand der Stellen unvermindert an.

4.2.3 Anzahl der abgeschlossenen Fälle

Ein Fall gilt als abgeschlossen, wenn ein Verdacht auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen nachgewiesen bzw. nicht nachgewiesen wurde. Die Höhe der insoweit gesicherten Forderungen wird dann zu diesem Zeitpunkt ausgewiesen.

Abzustellen ist hier allein auf die der Kasse zur Verfügung stehenden Beweismittel. Es kommt nicht notwendigerweise darauf an, ob z. B. nach einer Unterrichtung der Staatsanwaltschaft auch rechtskräftig darüber entschieden wurde. Die abschließende Beweismittelwürdigung 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 (vgl. nur § 26 Abs. 3 MiStra).

An dieser Stelle weist der GKV-Spitzenverband darauf hin, dass für seine Mitglieds-kassen zum Beginn des vorliegenden Berichtszeitraums noch keine gesetzliche Verpflichtung bestand, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle gesondert auszuweisen. Die Anzahl der nachgewiesenen Fälle wird erstmals im kommenden Berichtszeitraum 2018/2019 gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V erhoben.

4.2.4 Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft

Die Stellen erfassen 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:

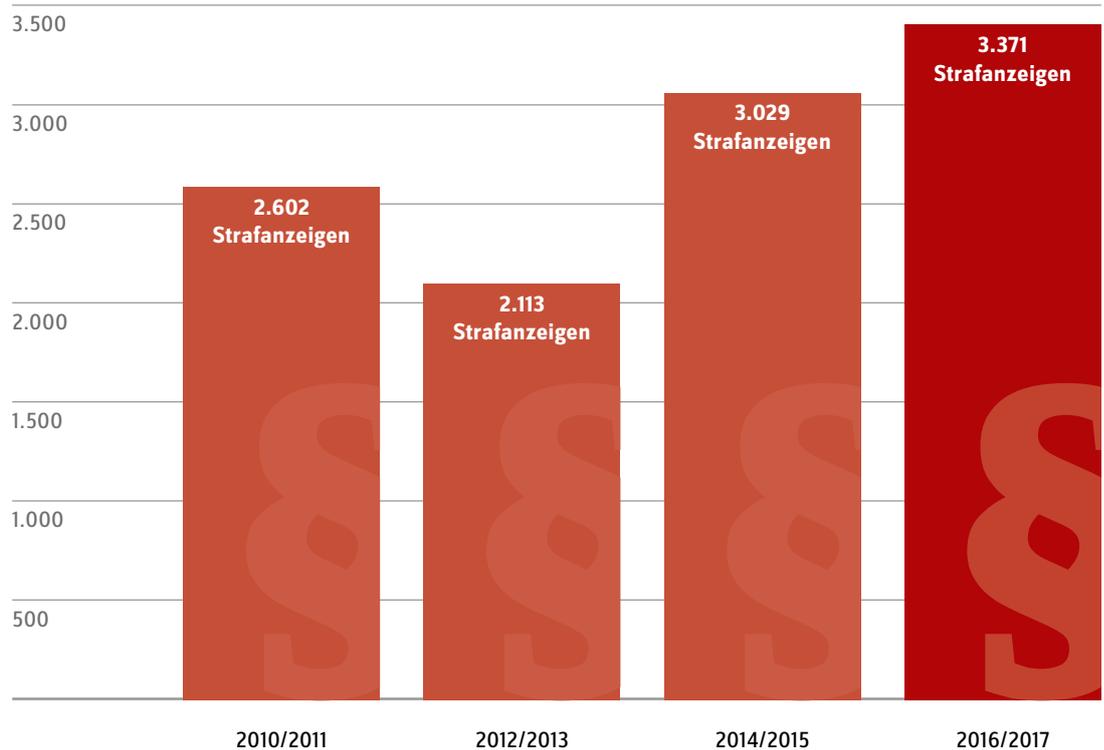
- Betrug (§ 263 StGB)
- Untreue (§ 266 StGB)
- Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr (§ 299 StGB)
- Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§ 299a StGB)
- Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299b StGB)
- Vorteilsannahme (§ 331 StGB)
- Bestechlichkeit (§ 332 StGB)
- Vorteilsgewährung (§ 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 deutlicher Anstieg der erfolgten Unterrichtungen der Staatsanwaltschaft um ca. **11 % (= 342 Unterrichtungen)**. Dabei ist gleichzeitig darauf hinzuweisen, dass die Krankenkassen mit weiter zunehmender Tendenz in den einzelnen Bundesländern kassenartenübergreifend zusammenarbeiten und in diesem Rahmen immer stärker dazu übergehen, die zuständige Staatsanwaltschaft dann auch gemeinsam und „qualifiziert“ zu unterrichten.

Fälle einer Unterrichtung der Staatsanwaltschaft

Aktueller Berichtszeitraum im Vergleich zu den Berichtszeiträumen 2010/2011, 2012/2013 und 2014/2015



Der deutliche Anstieg der Strafanzeigen im Berichtszeitraum ist nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes auch ein maßgeblicher Grund für den Anstieg der Vermögensstraftaten im Gesundheitswesen, der sich aus der Polizeilichen Kriminalstatistik für das Jahr 2017 ergibt.¹⁰

4.2.5 Höhe der gesicherten Forderungen in Euro

Mit dem insgesamt deutlich angestiegenen Fallaufkommen erreicht die Höhe der gesicherten Forderungen im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum einen Anstieg um ca. **17 % (= 7.243.223 Euro)**. Die Höhe der gesicherten

Forderungen erreicht damit zugleich den höchsten Wert seit dem Beginn der Berichterstattung überhaupt.

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

Jede unmittelbar betroffene Kasse erfasst dabei ausschließlich ihre eigenen gesicherten

¹⁰ Vgl. Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2017, S. 20 f.

Forderungen in Euro, die unanfechtbar festgestellt wurden, durch gerichtliche oder außergerichtliche Durchsetzung.

Eine außergerichtliche Schadensregulierung¹¹ kann durch Aufrechnung mit Vergütungsansprüchen (§ 387 BGB) oder Abschluss eines Vergleichsvertrages (§ 54 ff. SGB X) erfolgen bzw. durch die Auflage zur „Wiedergutmachung des durch die Tat verursachten Schadens“ vor Einstellung des Strafverfahrens durch die Staatsanwaltschaft (§ 153a Abs. 1 Nr. 1 StPO), z. B. durch Schuldanerkenntnis gem. § 781 BGB.¹²

¹¹ Zur Schadensregulierung aus erkannten Manipulationen vgl. Jansen, Die BKK 2007, 363-365.

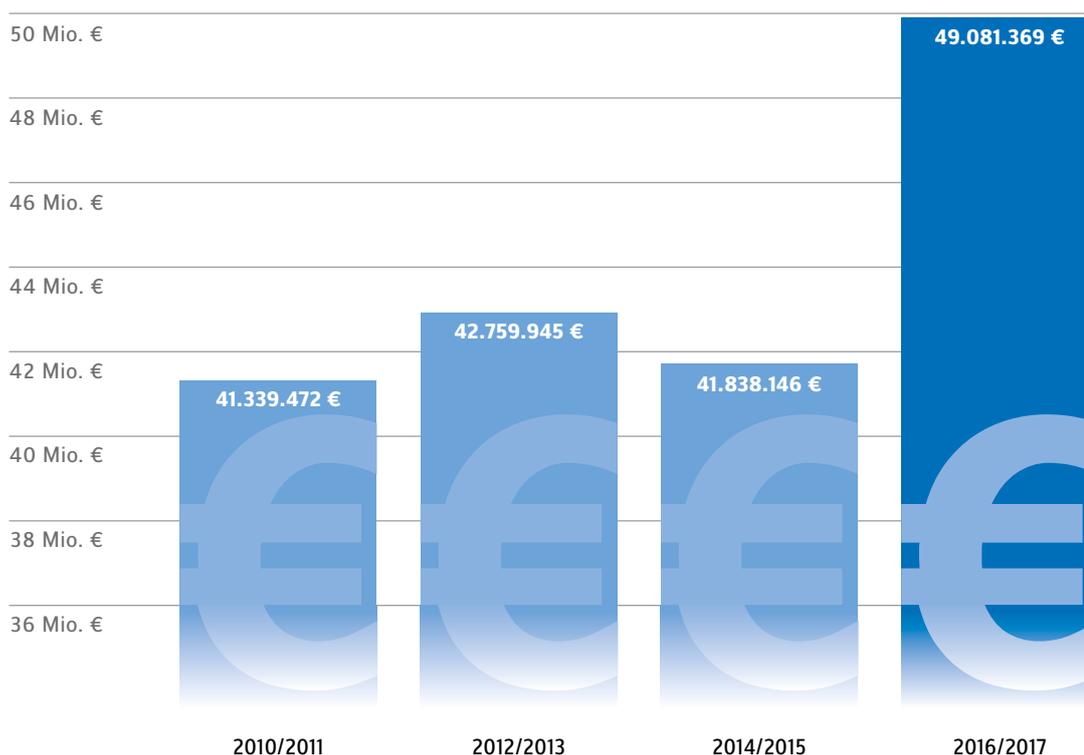
¹² Vgl. BSG, Beschl. v. 27.11.2014 – B 3 KR 22/14 B.

Für eine sozialgerichtliche Durchsetzung von Rückforderungsansprüchen kommen der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, Vertragshaftung (§ 280 BGB i. V. m. § 69 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.

An dieser Stelle weist der GKV-Spitzenverband darauf hin, dass für seine Mitgliedskassen zum Beginn des vorliegenden Berichtszeitraums noch keine gesetzliche Verpflichtung bestand, auch die Höhe der entstandenen Schäden auszuweisen. Die Höhe des „entstandenen Schadens“ gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V wird erstmals im kommenden Berichtszeitraum 2018/2019 erhoben.

Gesicherte Forderungen

Aktueller Berichtszeitraum im Vergleich zu den Berichtszeiträumen 2010/2011, 2012/2013 und 2014/2015



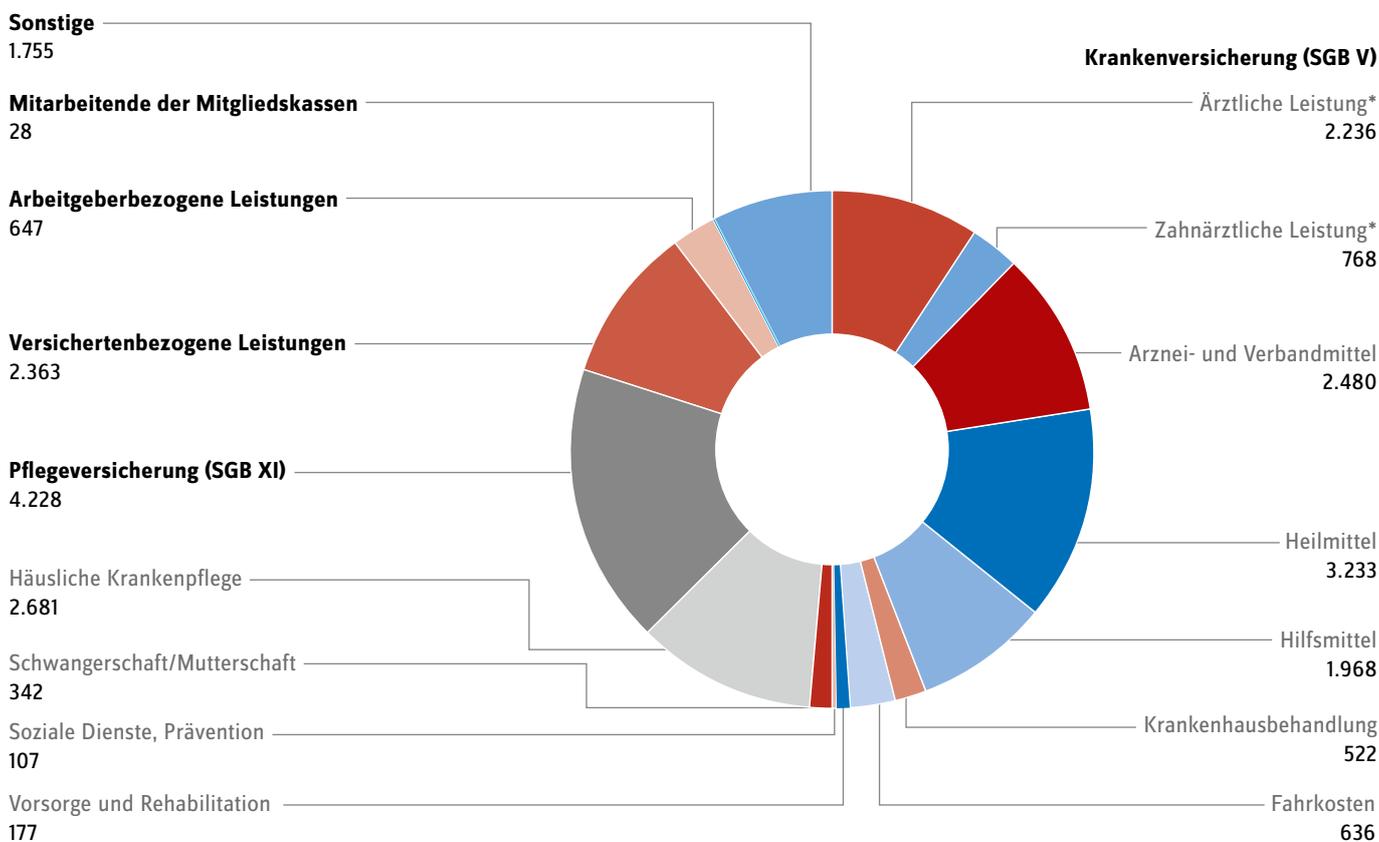
4.3 Differenzierung der Kennzahlen nach Leistungsbereichen

Nach dem Beschluss des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes vom 5. September 2012 werden seit dem Ende des Berichtszeitraums 2012/2013 außerdem die nachfolgend aufgeführten Kennzahlen gemeldet, die differenzierte Rückschlüsse auf die Höhe der Schadensforderungen und die Anzahl der Fälle nach den jeweils betroffenen Leistungsbereichen ermöglichen.

1. Hinweise		2. Verfolgte Fälle			3. Anzahl der abgeschlossenen Fälle	4. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	5. Höhe der gesicherten Forderungen in Euro	
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					
		1.655	2.322	2.236		3.846.829,57	a Krankenversicherung (SGB V):	
		567	711	768		1.062.491,10	aa Ärztliche Leistung	
		1.709	2.314	2.480		13.256.105,67	bb Zahnärztliche Leistung	
		3.116	3.118	3.233		4.301.910,21	cc Arznei- und Verbandmittel	
		1.566	1.404	1.968		3.542.743,58	dd Heilmittel	
		330	477	522		4.411.258,13	ee Hilfsmittel	
		413	552	636		1.263.467,81	ff Krankenhausbehandlung	
		138	156	177		74.934,50	gg Fahrkosten	
		56	98	107		193.923,65	hh Vorsorge und Rehabilitation	
		184	464	342		461.842,65	ii Soziale Dienste, Prävention	
		1.910	4.702	2.681		10.013.904,45	jj Schwangerschaft/Mutterschaft	
		1.046	5.194	4.228		4.015.918,12	kk Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	
		1.424	2.266	2.363		1.462.808,45	b Pflegeversicherung (SGB XI)	
		379	648	647		508.349,81	c Versichertenbezogene Leistungen	
		13	27	28		57.297,62	d Arbeitgeberbezogene Leistungen	
		345	782	1.755		607.583,97	e Mitarbeitende der Mitgliedskassen	
							f Sonstige Fälle	
25.039	8.002	14.853	25.237	24.172	3.371	49.081.369,29	Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht	
	33.041		40.090				Gesamtsummen der Hinweise und Fälle	

4.3.1 Abgeschlossene Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen

Berichtszeitraum 2016/2017

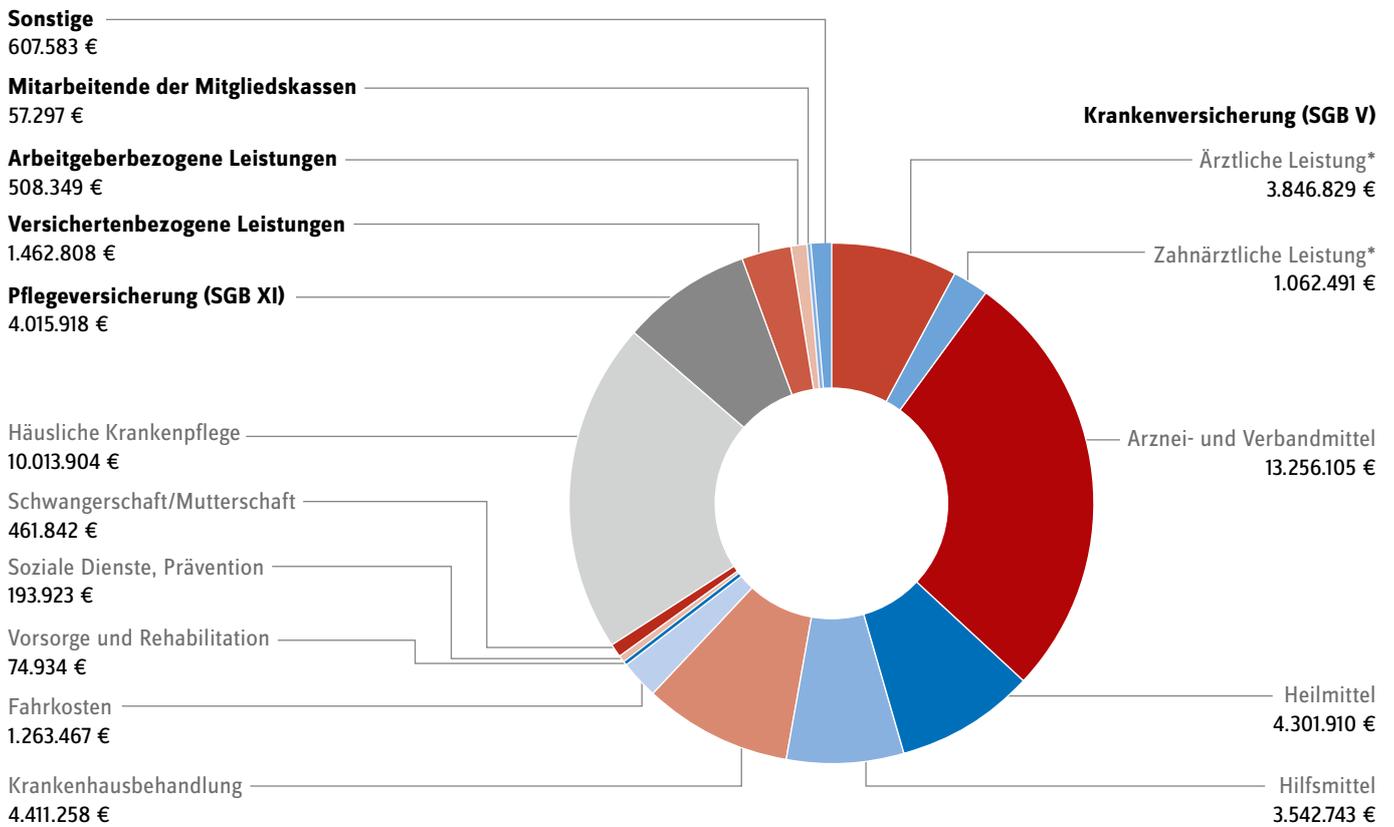


* Die Bekämpfung von Fällen vertrags(-zahn-)ärztlichen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen ist gem. § 81a Abs. 1 SGB V die originäre Aufgabe der Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen. Die Ergebnisse entsprechender Pflichtverletzungen werden deshalb in den Berichten der insoweit zuständigen Kassenärztlichen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

4.3.2 Gesicherte Forderungen nach betroffenen Leistungsbereichen in Euro

Berichtszeitraum 2016/2017



* 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.

4.4 Bewertung der GKV-Kennzahlen

Die nach betroffenen Leistungsbereichen differenzierten GKV-Kennzahlen dokumentieren für den Berichtszeitraum 2016/2017 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.“¹³

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.¹⁴ Die Aussagekraft der hier zusammengeführten Kennzahlen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist aber – ebenso wie die polizeiliche Kriminalstatistik – von vornherein begrenzt: Nicht bekanntgewordene Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen können hier auch nicht abgebildet werden.

4.4.1 Höhe der gesicherten Forderungen in Euro

Die Einrichtung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen stärkt nach der Gesetzesbegründung den „effizienten Einsatz

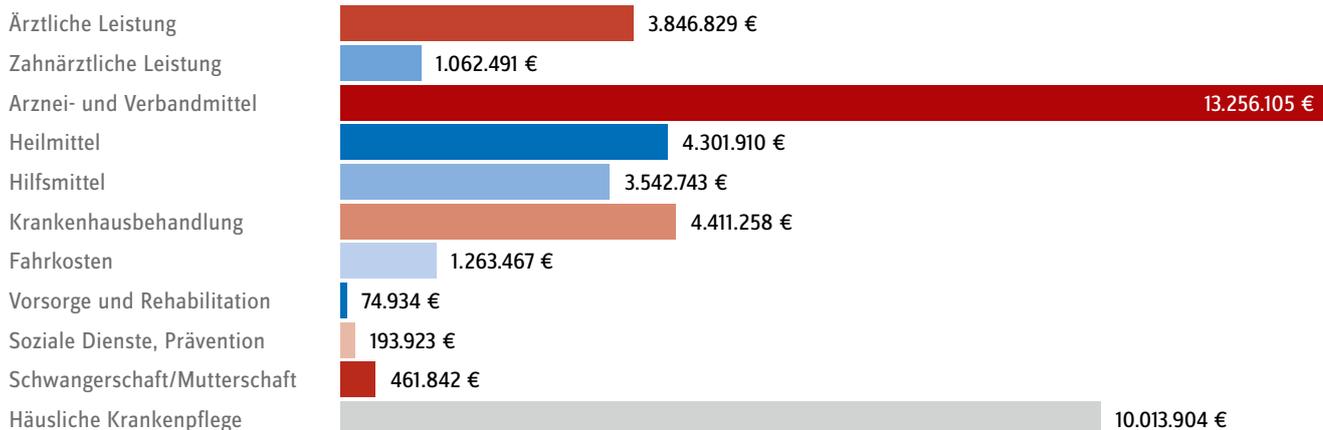
¹³ BT-Drs. 16/3930, S. 191.

¹⁴ Vgl. die entsprechende Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/6446, S. 24.

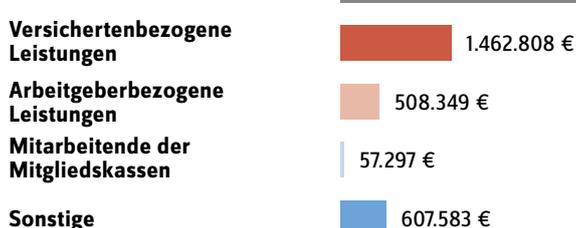
Gesicherte Forderungen nach betroffenen Leistungsbereichen in Euro

Berichtszeitraum 2016/2017

Krankenversicherung (SGB V)



Pflegeversicherung (SGB XI)



von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbe-
reich“ (vgl. BT-Drs. 15/1525, S. 99). Vor allem der
Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen stellt
dabei gegenwärtig eine besonders sozialschäd-
liche Form der Wirtschaftskriminalität mit hohen
Schadenssummen und negativer Auswirkung auf
die Integrität des Gesundheitswesens dar.

Dem Kontenrahmen entsprechend, bilden die
Kassen bislang nur die Forderungsbeträge ab, die
tatsächlich gesichert werden konnten bzw. bereits
an die GKV zurückgeflossen sind. Im abgeschlos-
senen Berichtszeitraum konnten insoweit die
höchsten Rückforderungen in der Pflege (SGB V
und SGB XI) realisiert werden. In der Abbildung
wird zugleich deutlich, dass gleich an zweiter
Stelle der Leistungsbereich Arznei- und Verband-
mittel steht.

An dieser Stelle weist der GKV-Spitzenverband
nochmals darauf hin, dass für seine Mitglieds-
kassen zum Beginn des vorliegenden Berichts-
zeitraums noch keine gesetzliche Verpflichtung
bestand, zusätzlich auch über die Höhe der
entstandenen Schäden zu berichten. Die Höhe
des „entstandenen Schadens“ gem. § 197a Abs. 5
Satz 3 SGB V wird erstmals im kommenden Be-
richtszeitraum 2018/2019 erhoben, vgl. dazu auch
den Ausblick Punkt 4.5.1.

Die entstandenen Schäden, die sich häufig nur als
Ergebnis eines Ermittlungsverfahrens bzw. unter
Heranziehung mathematisch-statistischer Scha-
denschhochrechnungen durch gerichtlich bestellte
Sachverständige in ihrer tatsächlichen Höhe
bestimmen lassen (vgl. bereits oben Punkt 2.2.4),
dürften ohne Zweifel ein Mehrfaches der bislang
„gesicherten Forderungen“ betragen.¹⁵

4.4.2 Anzahl der verfolgten Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen

Nach der empfohlenen Systematik der „Standardi-
sierten Fallerfassung“ 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 ge-
zählt. Aber auch wenn mehrere Kassen im Wege
der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit
den gleichen Sachverhalt bearbeiten, wird bei
jeder Kasse folgerichtig ein verfolgter Fall gezählt.

Der GKV-Spitzenverband hat bereits in seinem vo-
rangegangenen Bericht darauf hingewiesen, dass
die auch noch zum Beginn des vorliegenden Be-
richtszeitraums bestehende gesetzliche Regelung
in Bezug auf die Anzahl der verfolgten und ab-
geschlossenen Fälle nach betroffenen Leistungs-
bereichen zwangsläufig dazu führte, dass bei der
Bildung der Gesamtsummen auf der Ebene des
GKV-Spitzenverbandes unvermeidlich „Mehrfach-
zählungen“ auftreten. Diese „Mehrfachzählungen“
betreffen dabei nicht die Gesamtsumme der von
den Mitgliedskassen verfolgten oder abgeschlos-
senen Fälle je Leistungsbereich, sondern allein
die Anzahl der hinter diesen Fällen stehenden
Leistungserbringer oder Versicherten.

Die Kennzahl von 40.090 verfolgten Fällen im
Berichtszeitraum 2016/2017 bedeutet deshalb
ausdrücklich nicht, dass insoweit 40.090 unter-
schiedliche Leistungserbringer oder Versicherte
verfolgt wurden: Da Leistungserbringer im Regel-
fall immer mit mehreren Kassenarten abrechnen,
werden bei einem verfolgten Fall typischerweise
mehrere Kassen betroffen sein. Auch wenn es sich
dabei teilweise um denselben Leistungserbringer
handeln könnte, wird bei jeder betroffenen Kasse
ein eigener verfolgter Fall gezählt.

Weitere Mehrfachzählungen entstehen darüber
hinaus zwangsläufig im Verhältnis zu den Kassen-
ärztlichen Vereinigungen. Wenn eine Kasse und

¹⁵ Vgl. hier nur Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirt-
schaftskriminalität, 2017, S. 20 f., wonach sich allein die
dort registrierten Gesamtschäden der Jahre 2016 und 2017
bereits auf insgesamt 149 Mio. Euro belaufen.

eine Kassenärztliche Vereinigung unabhängig voneinander oder gem. §§ 81a Abs. 3, 197a Abs. 3 SGB V wegen des gleichen Sachverhalts ermitteln, wird folgerichtig bei der Kasse und zusätzlich auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung ein verfolgter Fall gezählt.

Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass für seine Mitgliedskassen zum Beginn des vorliegenden Berichtszeitraumes keine gesetzliche Verpflichtung bestand, z. B. auch über die „Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten“ zu berichten. Die Anzahl der Leistungserbringer, die hinter den verfolgten Fällen stehen, wird erstmals im kommenden Berichtszeitraum 2018/2019 gem. § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V erhoben, vgl. dazu auch den Ausblick Punkt 4.5.2.

4.4.3 Anzahl der abgeschlossenen Fälle am Beispiel Krankenhausbehandlung

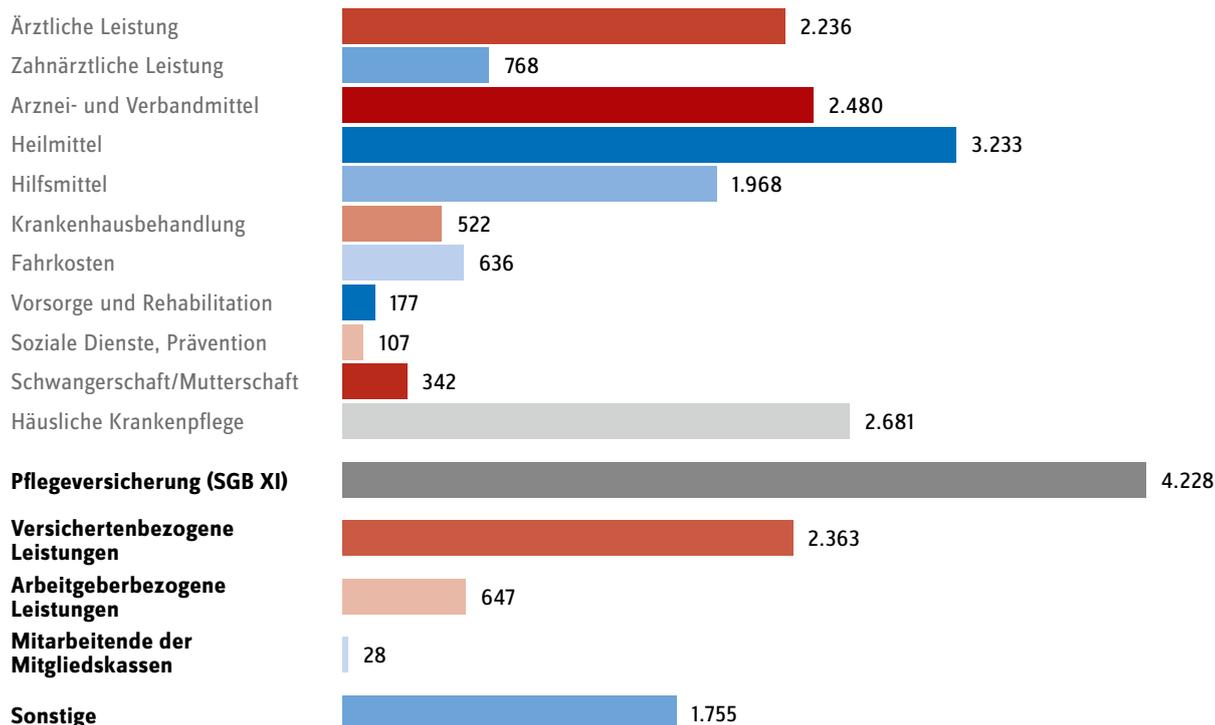
Fehlverhalten im Gesundheitswesen erstreckt sich auf alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im abgeschlossenen Berichtszeitraum konnten insoweit die meisten Fälle im Leistungsbereich Pflege (SGB V und SGB XI) abgeschlossen werden. Dabei ist anzumerken, dass in diesem Leistungsbereich im Berichtszeitraum erstmals die eingangs beschriebenen Abrechnungsprüfungen des MDK durchgeführt wurden. Kriminologinnen und Kriminologen sprechen insoweit von einem Kontrollparadox.

Für den größten Leistungsbereich der Krankenhausbehandlung fällt demgegenüber auf, dass von den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten

Abgeschlossene Fälle nach betroffenen Leistungsbereichen

Berichtszeitraum 2016/2017

Krankenversicherung (SGB V)



im Gesundheitswesen hier im Verhältnis deutlich weniger Fälle verfolgt und abgeschlossen werden als in anderen Leistungsbereichen. Dieser Widerspruch liegt darin begründet, dass die Abgrenzung einer gezielten Manipulation einer Krankenhausabrechnung gegenüber einem fahrlässigen Abrechnungsfehler stets eine profunde Systemkenntnis voraussetzt. In der Bundesrepublik gibt es gegenwärtig etwa 2.000 Krankenhäuser. Da nur der MDK aufgrund seiner Rechtstellung die Befugnis hat, im Rahmen der Abrechnungsprüfung alle erforderlichen Unterlagen aus der Krankenhauskostenrechnung einzusehen, kann er am ehesten entsprechende Hinweise aufdecken.¹⁶ Aus der Vielzahl der bereits durchgeführten Abrechnungsprüfungen hat der MDK eine profunde Systemkenntnis der Regelwerke und ein umfangreiches Erfahrungswissen entwickelt. Allein der MDK verfügt darüber hinaus über den kassenübergreifenden und regionalen Überblick, ob ein Krankenhaus im Vergleich zu anderen Krankenhäusern auffällig oft falsch abrechnet.

Die strafrechtliche Bewertung, ob es sich bei einem entsprechenden Hinweis im Ergebnis um einen fahrlässigen Abrechnungsfehler handelt oder ob insoweit der Anfangsverdacht einer (vorsätzlichen) Straftat mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte, obliegt weder dem MDK noch der Abteilung Krankenhäuser einer Kasse, sondern der insoweit zuständigen Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Bei seinen Prüfungen gem. § 275 SGB V erhält der MDK sehr umfassende und tiefgehende Einblicke in Sachverhalte und Zusammenhänge der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Die vom MDK aufgedeckten Missstände müssen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nutzbar gemacht werden können. Konkrete Hinweise aus Prüfungen des MDK

werden bislang aber häufig nicht unmittelbar an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weitergeleitet, weil nach wie vor Rechtsunsicherheiten bestehen, ob dafür eine Übermittlungsbefugnis über § 276 Abs. 2 Satz 3 SGB V hergeleitet werden kann. Dies führt zu der paradoxen Situation, dass MDK-Prüferinnen und -Prüfer zwar einen Hinweis auf Fehlverhalten ermitteln, aber datenschutzrechtlich gehindert sind, diesen an die betroffenen Kassen weiterzuleiten.

Ergibt die MDK-Prüfung, dass die erfolgte Abrechnung fehlerhaft war, z. B. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen, Anhebung der Fallschwere („Upcoding“) oder Anhebung der Fallzahl („Fallsplitting“), und war das Krankenhaus insoweit bereits wiederholt auffällig, muss der MDK berechtigt sein, einen entsprechenden Hinweis unmittelbar an die zuständigen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen mitzuteilen. Die gesetzliche Klarstellung liegt nicht nur im Interesse der Solidargemeinschaft, sondern vor allem im Interesse aller korrekt abrechnenden Krankenhäuser. Der GKV-Spitzenverband leitet daraus weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf ab und unterbreitet einen konkreten gesetzlichen Änderungsvorschlag, vgl. nachfolgend Punkt 5.2.

¹⁶ Vgl. Dirschedl & Waibel, in: Kölbel (Hrsg.), Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung, 2014, S. 107-116.

4.5 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-Spitzenverbandes seit dem Berichtszeitraum 2010/2011 bislang auf freiwilliger Grundlage entwickelten Berichtswesens: In dem Bericht sind zukünftig zusammengefasst auch die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle sowie der entstandene und verhinderte Schaden zu nennen.

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“.¹⁷

4.5.1 Höhe der tatsächlich entstandenen Schäden

Nach der Neuregelung des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V muss beginnend mit dem Berichtszeitraum 2018/2019 auch der „entstandene Schaden“ beziffert werden. Nach der Gesetzesbegründung soll hier der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung beziffert werden, „der durch Prüfungen nicht vermieden werden konnte“.¹⁸

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).¹⁹ Das ist der Fall, wenn z. B. Leistungen abgerechnet wurden, die nicht erbracht wurden. Der entstandene Schaden berechnet sich hier aus der Differenz zwischen der Vergütung der abgerechneten und der abrechenbaren Leistung.

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

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.²⁰

Sofern es nach den Umständen des Einzelfalls nahe liegt, dass sich Falschabrechnungen gleichmäßig auf alle Abrechnungen eines zu überprüfenden Zeitraums erstrecken, muss zukünftig aber auch bei nicht-ärztlichen Leistungserbringern auf die anerkannte Möglichkeit der Schadenshoch-

¹⁷ Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/6446, S. 24.

¹⁸ BT-Drs. 18/6446, S. 24 f.

¹⁹ Vgl. etwa BGH, Beschl. v. 16.06.2014 – 4 StR 21/14 m. w. N.

²⁰ Vgl. etwa BSGE 94, 213, 220 m. w. N.

rechnung hingewirkt werden.²¹ Anders können Ausmaß und Umfang von Manipulationen bei typischerweise mehreren Hundert oder Tausend Abrechnungsfällen nicht mit zumutbarem Aufwand beziffert werden.

4.5.2 Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten

Nach der Neuregelung des § 197a Abs. 5 Satz 3 SGB V muss beginnend mit dem Berichtszeitraum 2018/2019 auch über die „Anzahl der Leistungserbringer“ hinter den eingegangenen Hinweisen bzw. verfolgten und abgeschlossenen Fällen berichtet werden.

Diese Notwendigkeit erschließt sich daraus, dass ein Leistungserbringer typischerweise nicht nur gegenüber einer Kasse Abrechnungsbetrag begeht, sondern gegenüber mehreren Kassen. Da alle insoweit geschädigten Kassen nur über ihren eigenen Fall berichten können, kann erst durch eine anschließende „Bereinigung“ ermittelt werden, hinter welchen der beim GKV-Spitzenverband zentral zusammengeführten Hinweise und Fälle derselbe Leistungserbringer steht.

Voraussetzung für die 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 Falles 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 ist allerdings, dass beginnend ab dem 1. Januar 2018 bereits 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 wird.

4.5.3 Bezifferung von verhinderten Schäden

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“.²²

Die belastbare Bezifferung des verhinderten Schadens ist gegenwärtig aber noch gar 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“.²³ Der sogenannte verhinderte 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 allerdings bis heute noch keine systematischen Kosten-Nutzen-Analysen als Beurteilungsinstru-

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

22 BT-Drs. 18/6446, S. 24 f.

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

ment zur Kriminalitätsprävention im Speziellen verfügbar.²⁴

Um zukünftig auch im Gesundheitswesen Nutzen-
gewinne (Schadensreduktionen) belastbar quanti-
fizieren zu können, hält der GKV-Spitzenverband
die praxisprojektbezogene Durchführung einer
systematischen ökonomischen Kosten-Nutzen-
Analyse zur Kriminalitätsprävention im Gesund-
heitswesen für erforderlich. Erst auf der Grundla-
ge der daraus resultierenden Ergebnisse wäre der
GKV-Spitzenverband befähigt, seinen gesetzlichen
Auftrag zur Bezifferung des verhinderten Scha-
dens gem. § 197a Abs. 5 SGB V zu erfüllen.

Mit Schreiben vom 27. November 2017 hat der
GKV-Spitzenverband deshalb das zuständige
Referat „Verbänderecht, Aufsicht“ des BMG darun-
ter gebeten, den Auftrag für eine wissenschaftliche
Begleitforschung zu vergeben, die eine belast-
bare Methodenbeschreibung zur Bezifferung des
verhinderten Schadens gem. §§ 81a Abs. 5, 197a
Abs. 5 SGB V entwickelt. Mit Antwortschreiben
vom 5. April 2018 hat das BMG jedoch mitgeteilt,
dass es dieses Anliegen derzeit „nicht als vor-
dringlich erachtet“.

Bestärkt durch neueste wissenschaftliche
Forschungsergebnisse²⁵ hat der Vorstand des
GKV-Spitzenverbandes deshalb für das Jahr 2019
bereits entsprechende Haushaltsmittel eingeplant,
um den in Rede stehenden Forschungsauftrag für
eine Pilotstudie zur Kosten-Nutzen-Analyse in der
Kriminalprävention im Gesundheitswesen selbst
vergeben zu können.

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

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

5. Aktuelle Positionen und Forderungen

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

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

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

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

Die 87. Justizministerkonferenz hat am 2. Juni 2016 einstimmig beschlossen, dass die bestehenden Möglichkeiten zum Schutz von Hinweisgeberinnen und Hinweisgebern einer Überprüfung bedürfen. Sie bitten die Bundesregierung um Prüfung, ob der Schutz der Hinweisgebenden einer gesetzlichen Regelung bedarf.

Auch der GKV-Spitzenverband unterstützt nachdrücklich die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung, mit der Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber, die auf die innerbetriebliche Verletzung gesetzlicher Pflichten aufmerksam machen, vor eventuellen unverhältnismäßigen Maßregelungen seitens ihres Arbeitgebers bis hin zur fristlosen Kündigung des Arbeitsvertrages geschützt werden. Die bestehende gesetzliche Regelungslücke führt gegenwärtig zu einer nicht unerheblichen Rechtsunsicherheit für Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber.

Viele Fälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden erst durch interne Informationen couragierter Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber aufgedeckt. Nach der gesetzlichen Regelung der §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI soll sich „jede Person“ an die bei allen Kranken- und Pflegekassen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wenden können.

Gegenwärtig gibt es aber keinen gesetzlich ausdrücklich verankerten Schutz von Hinweisgebenden, die sich zur Beseitigung von gesetzes- oder vertragswidrigen innerbetrieblichen Zuständen durch Hinweise oder sonstige unterstützende Handlungen an eine außerbetriebliche Stelle

wenden, z. B. die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI, oder sogar direkt an die Strafverfolgungsbehörden.

aber wenn eine Straftat geplant ist, durch deren Nichtanzeige sich die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer selbst der Strafverfolgung aussetzen würde.

Ein klarer gesetzlicher Handlungsrahmen, unter welchen Umständen eine Hinweise gebende Person zunächst auf eine innerbetriebliche Abhilfe hinzuwirken hat und unter welchen Voraussetzungen bereits eine außerbetriebliche Anzeige von Missständen sachgerecht ist, ohne dass Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber dadurch Sanktionen oder sonstigen Nachteilen ausgesetzt sein dürfen, existiert bisher nicht. Es ist daher für Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber oft nicht erkennbar, ob eine Weitergabe von Hinweisen auf innerbetriebliche Missstände gem. §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI zugleich eine arbeitsrechtliche Pflichtverletzung darstellt. Viele Hinweise erfolgen daher nur anonym und können mangels konkreter Nachfragemöglichkeiten sehr häufig nicht gezielt weiterverfolgt werden. Anonyme Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber stehen für ein mögliches Ermittlungsverfahren auch nicht als Zeuginnen bzw. Zeugen zur Verfügung.

Zur Herstellung eines klaren gesetzlichen Handlungsrahmens sind deshalb Gesetzesänderungen erforderlich. Insbesondere muss für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer deutlich werden, dass diese auch das Recht haben, sich repressionslos bei ihrem Arbeitgeber über gesetzes- oder vertragswidrige Zustände zu beschweren und bei Nichtabhilfe durch den Arbeitgeber eine außerbetriebliche Stelle zu informieren. Darüber hinaus bedarf es eines klaren gesetzlichen Regelungsrahmens für die Fälle, in denen eine vorherige innerbetriebliche Abhilfebeschwerde nicht mehr zumutbar erscheint.

Als unzumutbar wird eine innerbetriebliche Abhilfebeschwerde jedenfalls dann eingeschätzt, wenn im Zusammenhang mit der betrieblichen Tätigkeit eine Straftat begangen wurde und zu befürchten ist, dass die innerbetriebliche Beschwerde deren Aufdeckung und Ahndung vereiteln kann, oder

5.2 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse personenbezogener Daten unter Verwendung von Datenbanken Dritter

5.2.1 Änderungsbedarf

Mit der geplanten Einführung eines neuen § 197a Absatz 3b SGB V²⁶ sollen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen personenbezogene Daten nicht nur untereinander, sondern u. a. auch an die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die für die Leistungsgewährung und die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen übermitteln dürfen, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der Empfängerinnen und Empfänger erforderlich ist. Darüber hinaus sollen zukünftig auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung personenbezogene Daten, die von ihnen z. B. zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben wurden, an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen übermitteln dürfen.

Damit sollen datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt werden. Ungeregelt ist bislang, ob die dabei übermittelten Daten auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden dürfen, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.

5.2.2 Begründung

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

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

Der Gesetzentwurf lässt bislang noch offen, welche Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche sinnvoll erscheinen, damit Fehlverhalten im Gesundheitswesen effektiv verhindert werden kann. Erkenntnisse des Bundeskriminalamtes über den bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug durch sogenannte russischsprachige Pflegedienste haben demgegenüber längst aufgezeigt, dass zur effektiven Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Aufbau einer organisationsübergreifenden GKV-Betrugspräventions-Datenbank

²⁶ Vgl. Art. 1 Nr. 83 Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG).

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

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

5.2.3 Änderungsvorschlag 1

Dem geplanten § 197a Abs. 3b SGB V²⁷ wird nachfolgend ein Satz 5 angefügt:

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

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,

3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,

4. den Medizinischen Dienst und

5. die berufsständischen Kammern.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.“

„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.“

5.2.4 Änderungsvorschlag 2

Dem geplanten § 47a Abs. 3 SGB XI²⁸ wird nachfolgend ein Satz 5 angefügt:

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

²⁷ Vgl. dazu die hier dargestellte Fassung des Art. 1 Nr. 83 im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG).

²⁸ Vgl. dazu die hier dargestellte Fassung des Art. 10 Nr. 6 im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG).

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
4. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und
5. die berufsständischen Kammern.

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

„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.“

5.3 Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an Gesundheitsbehörden

5.3.1 Änderungsbedarf

Die mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, KFRG) im Jahre 2013 erfolgte Neuregelung des § 285 Abs. 3a SGB V sollte nicht nur Heilberufskammern, sondern auch die Gesundheitsbehörden in die Lage versetzen, die „berufsrechtlichen Vorschriften zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen zur Anwendung zu bringen“, also z. B. Verstöße gegen die in den Berufsordnungen geregelten Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, etwa das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 MBO-Ärzte oder § 2 Abs. 7 und 8 MBO-Zahnärzte).

Im Ergebnis erfolgte aber nur die gesetzliche Klarstellung der fehlenden Datenübermittlungsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen. Demgegenüber fehlen bis heute die gleichermaßen notwendigen Datenübermittlungsbefugnisse der gesetzlichen Krankenkassen.

5.3.2 Begründung

Der GKV-Spitzenverband hat bereits im Rahmen seiner Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) am 28. Januar 2013 auf den insoweit bestehenden weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf hingewiesen und die Forderung seither auch in weiteren Stellungnahmen wiederholt.

Die mit dem KFRG bezweckte Zielstellung wird mit der bereits erfolgten gesetzlichen Klarstellung fehlender Datenübermittlungsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen allein nicht erreicht. Es ist festzustellen, dass § 284 SGB V nicht nur versichertenbezogene Daten der Krankenkassen, sondern zumindest über § 284 Abs. 1 Nr. 8, 10 bzw. Abs. 3 SGB V auch Sozialdaten der vertragsärztlichen Leistungserbringer erfasst. Auch insoweit muss eine Regelungslücke geschlossen werden.

Deshalb muss zusätzlich auch ein neuer § 284 Abs. 3a SGB V eingeführt werden, damit die Krankenkassen ihrerseits befugt sind, personenbezogene Daten von Vertragsärztinnen und -ärzten, von denen sie bei Erfüllung der Aufgaben in § 197a Abs. 1, 3a SGB V Kenntnis erlangt haben – ggf. unabhängig von den Kassenärztlichen Vereinigungen – direkt an die zuständigen Landesgesundheitsbehörden bzw. Heilberufskammern weiterzugeben.

Die Notwendigkeit einer solchen gesetzlichen Klarstellung ergibt sich im Übrigen auch daraus, dass der geplante § 197 Abs. 3b SGB V bislang keine entsprechende datenschutzrechtliche Grundlage vorsieht.²⁹

5.3.3 Änderungsvorschlag

Nach § 284 Abs. 3 SGB V wird folgender Absatz 3a neu eingefügt:

„(3a) Die Krankenkassen sind befugt, personenbezogene Daten, von denen sie bei Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sowie nach § 197a Absatz 3a und b Kenntnis erlangt haben und soweit diese

1. für Entscheidungen über die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation oder
2. für berufsrechtliche Verfahren erheblich sind, den hierfür zuständigen Behörden und berufsständischen Kammern zu übermitteln.“

²⁹ Vgl. Art. 1 Nr. 83 im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG).

5.4 Bundesweites Verzeichnis aller in Pflegediensten Beschäftigten

5.4.1 Änderungsbedarf

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

5.4.2 Begründung

Die Abrechnung von ambulanten Pflegeleistungen (u. a. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI und Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI) im Rahmen des Datenaustauschs zwischen Pflegediensten und Krankenkassen bzw. Pflegekassen erfolgt bislang durch die elektronische Übermittlung festgelegter Abrechnungsdaten und die ergänzende postalische Übersendung papiergebundener Leistungsnachweise. Auf den Leistungsnachweisen wird jede erbrachte und abzurechnende Leistung in der ambulanten Pflege eindeutig einer bestimmten pflegebedürftigen Person und einer bestimmten Pflegekraft bzw. einer bestimmten Mitarbeiterin oder eines bestimmten Mitarbeiters eines Pflegedienstes (nachfolgend Pflegekraft genannt) zugeordnet. Der Leistungsnachweis wird demnach von der pflegebedürftigen Person und der jeweiligen Pflegekraft unterschrieben. Die Pflegekraft verwendet hierbei

bislang in der Regel ein ihr zuordenbares Handzeichen/Unterschriftenkürzel. Dementsprechend hat derzeit jeder Pflegedienst eine stets zu aktualisierende Handzeichenliste zu führen und den Krankenkassen bzw. Pflegekassen zur Verfügung zu stellen. Den Krankenkassen und Pflegekassen ist es bislang nur anhand dieser Handzeichenliste möglich, die für die erbrachte Leistung erforderliche Qualifikation der Pflegekraft zu überprüfen.

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

Die Vertragsärztinnen und -ärzte im ambulanten Bereich erhalten seit dem Jahr 2008 von der zuständigen Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigung über die Kassen(-zahn-)ärztliche Bundesvereinigung die lebenslange, personengebundene Arztnummer, kurz LANR. Ab dem 1. Januar 2019 müssen auch alle in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte in den gesetzlich bestimmten Fällen eine Arztnummer gem. § 293 Abs. 7 SGB V verwenden und nutzen. Derzeit läuft

das Ausschreibungsverfahren zur Beauftragung einer Stelle, die das bundesweite Verzeichnis aller in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzten führen wird.

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

5.4.3 Änderungsvorschlag

In § 293 SGB V wird folgender Absatz 8 angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, auch in seiner Eigenschaft als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, führt im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten nach diesem Buch maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie mit den Vereinigungen der Träger der nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste auf Bundesebene ein bundesweites Verzeichnis aller in Pflegediensten Beschäftigten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 7 oder Leistungen nach §§ 36, 39, 45a oder 37 Absatz 3 Elftes Buch erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann einen Dritten mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen; für eine das Verzeichnis führende Stelle, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen gehört, gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend. Das Verzeichnis enthält für alle Beschäftigten nach Satz 1 folgende Angaben:

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

Die Beschäftigtennummer nach Satz 3 Nummer 1 folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. Die Pflegedienste, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen; die Hälfte der Kosten wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedern das Verzeichnis zur

Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach diesem Buch und nach dem Elften Buch in aktualisierter Form zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis nicht verwenden. Die Pflegedienste sowie die Krankenkassen und Pflegekassen verwenden und nutzen die im Verzeichnis enthaltenen Angaben spätestens ab 1. Januar 2022 in den gesetzlich bestimmten Fällen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart im Einvernehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten nach diesem Buch maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie mit den Vereinigungen der Träger der nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2019 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

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

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

Soziales nach Anhörung der Beteiligten festgelegt.“

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

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

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

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

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

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

5.5 Bekämpfung von Fehlverhalten in der häuslichen Krankenpflege

5.5.1 Änderungsbedarf

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

5.5.2 Begründung

Ohne die entsprechende gesetzliche Klarstellung sind unterschiedliche Rechtsauslegungen möglich, bis hin zu der Fehlinterpretation, dass die Zeit der Leistungserbringung mit der Dauer der Leistungserbringung oder der Tageszeit (morgens, mittags, abends) gleichgesetzt wird. Dabei sollte zur Vermeidung von Missverständnissen in der Begründung darauf hingewiesen werden, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen der häuslichen Krankenpflege innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Endzeit des Pflegeeinsatzes und nicht jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

Auch um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen noch besser entgegenzutreten zu können, sind nicht lediglich die Zeit der Leistungserbringung insgesamt, sondern vielmehr die Anfangs- und Endzeit der vereinbarten Leistungserbringung bezogen auf alle bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes anzugeben. Nur die zusätzliche Angabe

der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes ermöglicht es, bei der zur Klärung von Auffälligkeiten im Einzelfall notwendigen 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 daher schneller identifiziert werden.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist die unabdingbare Grundlage um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von einer Pflegekraft erbracht werden. Nur wenn auch Beginn und Ende der Leistungserbringung in Echtzeit 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.

5.5.3 Änderungsvorschlag

§ 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:
 „Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sind zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben.“

5.6 Bekämpfung von Fehlverhalten in der Pflegeversicherung

5.6.1 Änderungsbedarf

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

5.6.2 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 (vgl. BT-Drs. 18/6182, S. 9) und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) bekräftigt (vgl. BT-Drs. 18/9959, S. 16). 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 innerhalb des Pflegeeinsatzes 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 Datenaustausch-

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

5.6.3 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,“

5.7 (Schwerpunkt-) Staatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten 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. Aktueller Hintergrund der Beschlussfassung der Gesundheitsministerkonferenz war die öffentliche Diskussion um das bundesweite Phänomen des organisierten Abrechnungsbetruges durch russischsprachige Pflegedienste, vgl. oben Punkt 3.3.1.

Die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften für den Bezirk mehrerer Landgerichte oder Oberlandesgerichte ist gem. § 143 Abs. 4 GVG möglich, wenn dies für eine sachdienliche Förderung oder schnellere Erledigung von Verfahren zweckmäßig ist. Gerade der Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen stellt sich heute zunehmend als eine besondere Form der organisierten Wirtschaftskriminalität dar, die typischerweise mit weiteren Delikten wie Korruption, aber auch Steuerhinterziehung oder Geldwäsche einhergehen kann. Bundesweit stehen für solche Ermittlungen ab einem entsprechenden Umfang zunächst die bereits etablierten Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Wirtschaftsdelikte bzw. Korruptionsdelikte zur Verfügung. Die generelle Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften für das Gesundheitswesen wurde von den Justizministerinnen und -ministern in der Vergangenheit als nicht zielführend bewertet. Ob und inwieweit eine darüber hinausgehende Zuständigkeitskonzentration förderlich sein könne, hänge stets von den individuellen Gegebenheiten und Strukturen in dem jeweiligen Bundesland ab.

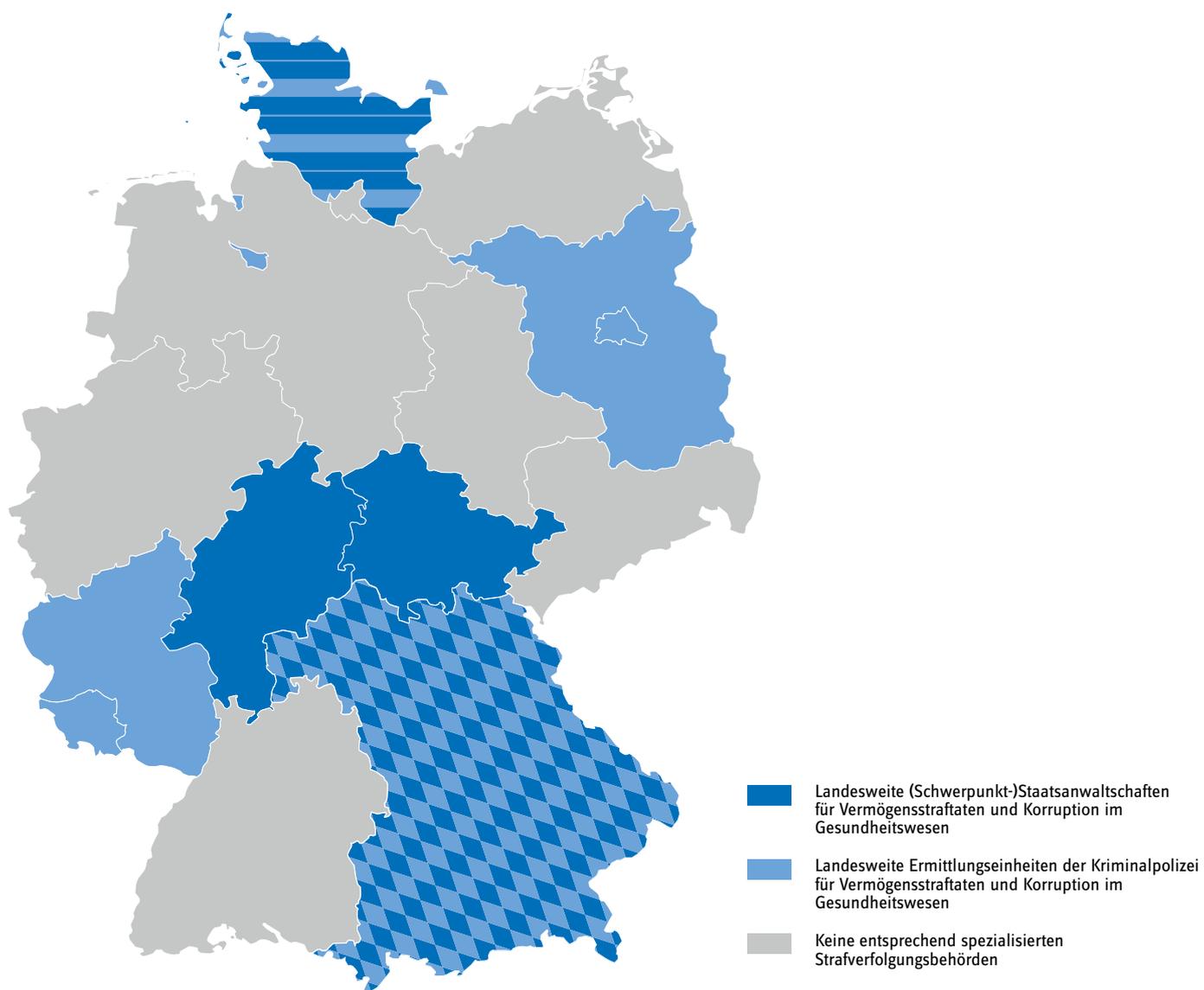
Bei genauer Betrachtung stellt sich die Zuständigkeitskonzentration im Bereich des Gesundheitswesens damit gegenwärtig als ein Flickenteppich dar, überwiegend mit einem Nord-Süd-Gefälle. Tatsächlich hat zuletzt der Generalstaatsanwalt des Landes Schleswig-Holstein die Staatsanwaltschaft Lübeck zur Schwerpunktstaatsanwaltschaft für Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein bestimmt. Der Bayerische Staatsminister der Justiz hatte schon am 1. Oktober 2014 die Einrichtung von drei entsprechenden Schwerpunktstaatsanwaltschaften für den Bezirk eines jeden Oberlandesgerichtes verfügt. Im Bundesland Thüringen war die Staatsanwaltschaft Meiningen bereits am 5. Juni 2007 zur Schwerpunktstaatsanwaltschaft für die landesweite Bekämpfung von Vermögensstraftaten im Gesundheitswesen bestimmt worden. Und schließlich wurde zum 1. Oktober 2009 bei der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main die „Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen“ für das gesamte Bundesland Hessen eingerichtet.

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 Richter³⁰, sondern auch Staatsanwältinnen und

³⁰ 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.

Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen

(Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften und spezialisierte Ermittlungseinheiten der Kriminalpolizei



Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 28.11.2018

Staatsanwälte längerfristig und durchgängig mit dieser Spezialmaterie befassen und durch Bündelung von Fachkompetenzen eine entsprechende Expertise aufbauen können. Durch eine stärkere Konzentration sachlicher Zuständigkeiten könnten außerdem justizielle Ressourcen freigelegt werden.³¹

Inwiefern die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften einen Beitrag zu einer effektiveren Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen leisten kann, sollte deshalb unvoreingenommen im Rahmen einer Evaluation einschlägiger Ermittlungsverfahren empirisch belastbar untersucht werden. Nach einer ausdrücklichen Anregung des Vorsitzenden der 87. Justizministerkonferenz könnte dies z. B. im Rahmen des gesetzlich verpflichtenden Erfahrungsaustausches der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen mit Vertreterinnen und Vertretern der Staatsanwaltschaft gem. § 197a Abs. 3 SGB V über den GKV-Spitzenverband erfolgen.

Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes müsste im Rahmen einer öffentlich geförderten Evaluation namentlich die Frage untersucht werden, ob und in welcher Hinsicht die Strafverfolgung an Effektivität gewinnt, wenn darin Schwerpunktstaatsanwaltschaften eingebunden sind. Die Vergleichskriterien könnten dabei die folgenden sein: Anzahl der Verfahren, Ausermittlungsgrad, Erledigungsart, Verfahrensdauer und wirtschaftliche Folgen. Methodisch kann diese Evaluation nur auf der Basis einer umfangreichen Analyse der einschlägigen Ermittlungsakten erfolgen.³² Die Analyse wäre außerdem in ein Vergleichsdesign einzubinden, z. B. ein Vergleich ähnlicher Verfah-

ren in Regionen ohne/mit Schwerpunktstaatsanwaltschaften sowie ein Vorher-Nachher-Vergleich ohne/mit Schwerpunktstaatsanwaltschaften. Ergänzend wären außerdem qualitative Befragungen der beteiligten Akteure sinnvoll.

Die im Frühjahr 2017 veröffentlichten Ergebnisse des Abschlussberichts zu dem vom BKA begleiteten Auswertungsprojekt „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch russischsprachige Pflegedienste“ belegen inzwischen, dass eine wirksame Bekämpfung dieses Kriminalitätsphänomens mit den zur Verfügung stehenden polizeilichen Möglichkeiten allein nicht gelingen wird. Vielmehr wird gerade die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften als ein wesentliches Element zur erfolgreichen Lösung des Gesamtproblems hervorgehoben.

Der GKV-Spitzenverband hat daraufhin noch in der 18. Legislaturperiode den Staatssekretär im BMG angeschrieben und darum gebeten, im Rahmen seiner Zuständigkeit prüfen lassen, ob die Bundesregierung öffentliche Fördermittel ausschreiben könnte, um die von der Justizministerkonferenz angeregte und ausdrücklich unterstützte Evaluation unter Beteiligung ausgewiesener Strafrechtswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sowie Kriminologinnen und Kriminologen durchzuführen, was schlussendlich auch belastbare Untersuchungsergebnisse erwarten ließe. Die Abstimmung mit den Bundesministerien der Justiz und für Verbraucherschutz und des Innern dauerte bei Redaktionsschluss dieses Berichts allerdings noch weiter an.

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

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

Anhang

- A. GKV Expertise - Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Neue Wege, Programm zur Fachtagung des GKV-Spitzenverbandes am 14. und 15. April 2016

- B. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 12. Oktober 2016 (Auszug)

- C. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021 vom 28. Juni 2017 (Auszug)

- D. GKV Expertise - Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege, Programm zum Erfahrungsaustausch der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit Vertretern der Strafverfolgungsbehörden gem. §§ 197a Abs. 3 SGB V, 47a SGB XI am 16. und 17. November 2017

- E. Kontaktadressen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen:
 - I. GKV-Spitzenverband

 - II. Kranken- und Pflegekassen (Stand zum 1. Januar 2018: 110)

 - III. Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen (sofern angezeigt)

 - IV. Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene



Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Neue Wege

Fachtagung am 14. und 15. April 2016

Programm

Donnerstag, 14. April 2016

ab 10:30 Uhr

Anmeldung

11:00 – 11:15 Uhr

Begrüßung und Einführung

Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes

11:15 – 11:30 Uhr

Grußwort

Prof. Dr. Edgar Franke, MdB, Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit, Mitglied des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz, SPD-Bundestagsfraktion

11:30 – 12:00 Uhr

Das neue Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Leitgedanken des Gesetzentwurfs

Markus Busch, Leiter des Referats Strafrechtliche Bekämpfung der Wirtschafts-, Computer-, Korruptions- und Umweltkriminalität, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

12:00 – 12:30 Uhr

Die Tatbestandsmerkmale der §§ 299a und 299b StGB

Prof. Dr. Karsten Gaede, Lehrstuhl für deutsches, europäisches und internationales Strafrecht und Strafprozessrecht, einschließlich Medizin-, Wirtschafts- und Steuerstrafrecht, Bucerius Law School

12:30 – 12:45 Uhr

Diskussion

12:45 – 14:15 Uhr

Mittagspause

14:15 – 14:45 Uhr

Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in der Praxis

Verstöße gegen berufs- und vertragsarztrechtliche Pflichten zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit

Dr. Karsten Scholz, Justiziar, Ärztekammer Niedersachsen

14:45 – 15:15 Uhr

Herausforderungen aus Sicht der Ermittlungspraxis

OStA'in Cornelia Gädigk, Staatsanwaltschaft Hamburg, Abt. 57

15:15 – 15:30 Uhr

Diskussion

15:30 – 16:00 Uhr

Kaffeepause

16:00 – 16:45 Uhr

Rückforderungsansprüche der Krankenkassen bei strafbarem und rechtswidrigem Verhalten der Leistungserbringer

Rechtsanwälte Dr. Jan-Peter Spiegel und Dr. Enno Burk, LL.M., Gleiss Lutz

16:45 – 17:00 Uhr

Diskussion und Ende des ersten Veranstaltungstages

Get-together

Freitag, 15. April 2016

ab 9:00 Uhr

Einlass

Schadenshochrechnung beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

9:30 - 9:50 Uhr

Schadenshochrechnung in der Ermittlungspraxis

KHK Christoph Hollinger, LPP 225 Wirtschafts-/Vermögenskriminalität,
Landeskriminalamt Saarland

9:50 - 10:20 Uhr

Schadenshochrechnung in der Strafgerichtsbarkeit

Dr. Heiner Christian Schmidt, Richter am Landgericht Saarbrücken,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bundesgerichtshof

10:20 - 11:05 Uhr

Die mathematisch-statistische Methode der Schadenshochrechnung beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

Prof. Dr. Peter Ruckdeschel, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Dr. Christina Erlwein-Sayer, Fraunhofer-Institut ITWM

11:05 - 11:30 Uhr

Schadenshochrechnung in der Sozialgerichtsbarkeit?

Dr. Britta Wiegand, Richterin am Sozialgericht Mainz,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Bundessozialgericht

11:30 - 11:45 Uhr

Diskussion

11:45 - 12:15 Uhr

Kaffeepause

12:15 - 12:45 Uhr

Ein Konzept zur Prüfung der Abrechnung in der ambulanten Pflege

Ulrike Bode, Leiterin des Referats Pflegeversicherung, GKV-Spitzenverband
Regina Junge, Geschäftsbereich Grundsatzfragen und Landesaufgaben Pflege,
BKK Landesverband Süd

12:45 - 13:00 Uhr

Diskussion

13:00 - 13:15 Uhr

Resümee und Ausblick

Dr. Stephan Meseke, Leiter der Stelle gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI,
GKV-Spitzenverband

Mittagsimbiss und Ende der Veranstaltung

Veranstaltungsort und Anreise

GKV Expertise
Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen:
Neue Wege

🕒 **14. und 15. April 2016**
🏠 **GKV-Spitzenverband**
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin-Mitte



-  **ab Berlin-Hauptbahnhof** (Fahrzeit ca. 5 Minuten)
Bus TXL (▷ S / U Alexanderplatz) ▶ Charité - Campus Mitte
Bus 147 (▷ S Ostbahnhof/U Märkisches Museum) ▶ Deutsches Theater
alternativ: 15 Minuten Fußweg
-  **ab Flughafen Tegel TXL** (Fahrzeit ca. 25 Minuten)
Bus TXL (▷ S / U Alexanderplatz) ▶ Charité - Campus Mitte
-  **ab Flughafen Schönefeld SXF** (Fahrzeit ca. 40 Minuten)
Regionalbahn RE 7 (▷ Dessau) oder RB 14 (▷ Nauen) ▶ Berlin-Hauptbahnhof
Bus TXL (▷ S / U Alexanderplatz) ▶ Charité - Campus Mitte

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(16.1)
gel. VB zur öAnhörng am 17.10.
2016_PSGIII
12.10.2016



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016

zum Gesetzentwurf
eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen
Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

BT-Drs. 18/9518

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 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 2 von 81

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zum Gesetz	7
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 7b Beratungsgutscheine	7
§ 7c Pflegestützpunkte	9
§ 8a Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung	12
§ 10 Abs. 2 SGB XI – Berichtspflichten des Bundes und der Länder	15
§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen	16
§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1	18
§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	19
§ 43a Inhalt der Leistung	21
§ 45b Entlastungsbetrag	22
§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung	24
§ 71 Pflegeeinrichtungen	26
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	27
§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen	33
§ 109 Pflegestatistiken	35
§ 113b Qualitätsausschuss	36
§ 114 Qualitätsprüfungen	38
§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen	39
§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung	40
§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat	40
§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen	42
§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung	45
§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung in häuslicher Pflege	47
Artikel 5 (Änderung der Bundesärzteordnung)	48
Artikel 6 (Änderung des Psychotherapeutengesetzes)	49
Artikel 7 (Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde)	50
Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	51
§ 37 Häusliche Krankenpflege	51
§ 39c Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	52

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 3 von 81

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	53
§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	55
§ 281 Finanzierung und Aufsicht	58
§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	59
Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistik-Verordnung).....	62
§ 2 Absatz 1	62
§ 3 bzw. § 7	64
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	65
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	65
§ 17 Richtlinien der Pflegekassen	65
§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	66
§ 45a Abs. 4 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung	67
§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	68
§ 79a Abrechnungsprüfungen	69
§ 97 Absatz 3 Satz 2 - neu	71
§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen	73
§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	75
§ 115a Übergangsregelungen für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs- Richtlinien	76
Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	78
§ 38 Haushaltshilfen.....	78
§ 276 Absatz 2 Satz 5 - neu	80

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 29 von 81

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 b)

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den landesweit einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 Abs.1 sollen künftig zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Land auch die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Abrechnungsprüfungen festgelegt werden. Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 79 und soll eine Ergänzung zu den regelhaft durchzuführenden Abrechnungsprüfungen im Rahmen einer Qualitätsprüfung darstellen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird begrüßt, dass weitere Möglichkeiten der Abrechnungsprüfungen vorgesehen sind.

Es wird jedoch abgelehnt, dass die geplante Regelung in Form einer gemeinsamen Vereinbarung mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene im Rahmen des § 75 Absatz 2 ausgestaltet werden soll. Die in der Gesetzesbegründung zitierte Abrechnungsprüfungen im Rahmen der Regelprüfungen nach §§ 114 unterstehen zu Recht der Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes, der bundesweit einheitliche Regelungen unter umfassender Beteiligung der Verbände der Pflegeeinrichtungen und der Betroffenenverbände festlegt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass diejenigen, deren Abrechnungen zulasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, über die Kriterien und Verfahrensgrundsätze mitentscheiden sollen. Eine solche Entscheidungsfindung steht in keiner Weise im Einklang mit dem Vorhaben zur Bekämpfung des Abrechnungsbetruges.. Auch eine Verbindung mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung des bisherigen § 79 sowie des bisherigen § 75 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 ist nicht zielführend. Geht es bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in erster Linie um die Pflicht der Pflegeeinrichtung, ihren Betrieb im Sinne der Solidargemeinschaft wirtschaftlich und unter Vermeidung unnötiger Kosten zu führen, dient die Abrechnungsprüfung – wie sowohl aus der Gesetzesbegründung zum 2. Pflegestärkungsgesetz als auch aus der vorliegenden ersichtlich – dem aktiven Vorgehen gegen Abrechnungsmanipulationen und Betrugsfälle. Während ein gemeinsames Wirtschaftlichkeitsverständnis nachvollziehbar einer Vereinbarung unterfallen sollte, kann dies bei der Abrechnungsprüfung nicht der Fall sein.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 30 von 81

Um dem berechtigten Interesse nach einer zusätzlichen Überprüfungsöglichkeit gegen fehlerhaftes Abrechnungsverhalten nachzukommen und gleichzeitig die oben benannten Befürchtungen auszuräumen, sollte der GKV-Spitzenverband eine bundesweit einheitliche Vorgehensweise unter der Berücksichtigung länderspezifischer Gegebenheiten entwickeln (siehe ergänzender Änderungsbedarf zu § 79a).

C) Änderungsvorschlag

Siehe ergänzender Änderungsbedarf zu § 79a.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 33 von 81

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 b)

§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben zu den landesweit einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 Abs.1 werden künftig um einen weiteren Absatz zu Regelungen der Abrechnungsprüfung erweitert. Danach können die Landesverbände der Pflegekassen bei Verdachtsfällen eine Abrechnungsprüfung in Pflegeeinrichtungen durchführen oder veranlassen. Die Regelung konzentriert sich dabei auf sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung, die nach dem Sachleistungsprinzip erbracht und abgerechnet werden und im Wege der Erstattung zu Lasten der Pflegeversicherung geltend gemacht worden sind.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter Nr. 16b ausgeführt, ist grundsätzlich zu begrüßen, dass eine Ausweitung der Möglichkeiten von Abrechnungsprüfungen geschaffen wird. Die Verankerung der Neuregelung im § 75 über die Aufnahme der Vereinbarungsvorgabe für Abrechnungsprüfungen wird jedoch abgelehnt.

Zielführender ist eine bundesweit einheitliche Entwicklung der Grundsätze unter Berücksichtigung länderspezifischer Besonderheiten durch den GKV-Spitzenverband (siehe ergänzenden Änderungsbedarf zu § 79a). Sollte an der Regelung festgehalten werden, ist eine Regelung zum Verhältnis dieser Strukturen zueinander notwendig. Begrüßt wird grundsätzlich, dass sich die künftige Prüfung auf alle Leistungen bezieht, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden.

Während die geplante Analogie zum § 79 Abs. 1 Satz 4 und des § 79 Abs. 2 grundsätzlich zu begrüßen ist, auch bei einer Kompetenzzuweisung zur Aufstellung von Grundsätzen zu Gunsten des GKV-Spitzenverbandes (siehe ergänzenden Änderungsbedarf zu § 79a), ist sie bei § 79 Abs. 1 Satz 3 und des § 79 Abs. 3 nicht gegeben. Eine analoge Anwendung des § 79 Abs. 1 Satz 3 geht zum einen ins Leere, zum anderen widerspricht sie dem Sinn der Abrechnungsprüfung. Nach der geplanten Regelung sind der Pflegeeinrichtung die Anhaltspunkte, die zu einer Abrechnungsprüfung führen, rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. Eine vorherige Anhörung ist aber – im Gegensatz zum § 79 Abs. 1 – bei der geplanten Regelung aus gutem Grund nicht vorgesehen. Zudem würde eine vorherige Mitteilung der Anhaltspunkte dem Sinn einer Abrechnungsprüfung, bei der unter Umständen auch Beweise ge-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 34 von 81

sichert werden müssen, widersprechen. Die Analogie des § 79 Abs. 3 geht ebenfalls ins Leere, da sie den Anwendungsbereich der Abrechnungsprüfung verfehlt. Dient die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kostenstruktur der Pflegeeinrichtung, soll bei der Abrechnungsprüfung die korrekte Abrechnung auf Grundlage einer Vergütungsvereinbarung geprüft werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung wird gestrichen. (s. a. ergänzender Änderungsbedarf zu § 79a)

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 53 von 81

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vertragsrechtlichen Regelungen zur häuslichen Krankenpflege in § 132a Abs. 2 SGB V sollen um Festlegungen ergänzt werden, nach denen die Leistungserbringer zur Teilnahme an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verpflichtet sind. Ferner sollen sie gegenüber der Krankenkasse zur Anzeige der Versorgung von (mindestens zwei) Versicherten in einer durch den Leistungserbringer oder einen Dritten organisierten Wohneinheit (z. B. Wohngemeinschaft für Beatmungspatienten) verpflichtet werden, wenn aufgrund eines erhöhten Pflegeaufwands oder einer Bedrohung von Vitalfunktionen die ununterbrochene Anwesenheit einer Pflegefachkraft erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stehen im Zusammenhang mit der Erweiterung der Prüfaufgaben des MDK durch § 275b SGB V (n. F.) und sollen mit entsprechend angepassten Regelungen in § 114 SGB XI n. F. (s. Artikel 1, Nr. 21) insgesamt sicherstellen, dass Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege unabhängig von den jeweiligen Vertragsbeziehungen und dem jeweiligen Versorgungssetting in Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen einbezogen werden. Damit sollen Prüflücken geschlossen werden, auch um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen besser entgegenzutreten zu können. Dies wird begrüßt.

Die vorgesehene Regelung in § 132a Abs. 2 Satz 10 2. Halbsatz SGB V n. F., wonach die Vorschriften zur Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unberührt bleiben, folgt der Systematik, dass nur für Leistungserbringer mit Verträgen nach § 132a SGB V, die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen, Prüfungen nach § 275b Abs. 1 SGB V n. F. veranlasst werden können. Für Leistungserbringer, die nach ihren vertraglichen Regelungen sowohl Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V als auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI erbringen, gelten somit die Vorschriften für Regelprüfungen nach § 114 Abs. 2 SGB XI. Die Eingrenzung, dass (nur) die Vorschriften zur Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unberührt bleiben, kann zu der Rechtsauslegung führen, dass bei Anlass- oder Wiederholungsprüfungen nach dem SGB XI Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht Prüfgegenstand sind. Dies ist erkennbar nicht die Zielsetzung und wäre nicht sachgerecht. Deshalb sollte ohne weitere Eingrenzungen klargestellt werden, dass § 114 SGB XI unberührt

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 54 von 81

bleibt. Mit den Regelungen des § 275b Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V n. F. wird ausreichend sichergestellt, dass anlassbezogene Doppelprüfungen eines Pflegedienstes vermieden werden.

§ 132a Abs. 2 Satz 11 SGB V n. F. sieht in bestimmten Fallgestaltungen der Erbringung von behandlungspflegerischen Leistungen für mindestens zwei Versicherte in organisierten Wohneinheiten eine Anzeigepflicht des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse vor. Dies führt zu mehr Transparenz und wird begrüßt. Damit die erwünschte Transparenz hergestellt wird, sollte klargestellt werden, dass die Anzeige versichertenbezogen zu erfolgen und bei einer durch Dritte organisierten Wohneinheit Angaben zu dem Träger zu enthalten hat. Darüber hinaus sollte bei der gesetzlichen Definition der für die Anzeigepflicht relevanten Fallgestaltungen die Formulierung „einer Bedrohung der Vitalfunktionen“ ersetzt werden durch „einer drohenden Störung der Vitalfunktionen“.

C) Änderungsvorschläge

§ 132a Abs. 2 Satz 10 2. Halbsatz SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„§ 114 des Elften Buches bleibt unberührt.“

In § 132a Abs. 2 Satz 11 SGB V n. F. werden hinter dem Wort „Krankenkasse“ das Wort „versichertenbezogen“ eingefügt und die Worte „einer Bedrohung der Vitalfunktionen“ durch die Worte „einer drohenden Störung der Vitalfunktionen“ ersetzt.

Nach § 132a Abs. 2 Satz 11 SGB V n. F. wird folgender Satz eingefügt:

„Bei einer durch Dritte organisierten Wohneinheit umfasst die Anzeige auch die Angabe des Namens und der Adresse des Dritten.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 55 von 81

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege, die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen, weil sie nur Leistungen der häuslichen Krankenpflege und keine Pflegesachleistungen nach dem SGB XI erbringen, sollen im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen als Regelprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in Anlehnung an entsprechende Prüfungen nach §§ 114 SGB XI eingeführt werden. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen berechtigt werden, auch anlassbezogene Prüfungen durch den MDK durchführen zu lassen. Das Prüferecht in Form der Anlassprüfungen ist nicht auf Leistungserbringer beschränkt, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen. Gegenstand der Prüfungen sind die Beurteilungen, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach dem SGB V und nach den abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen für Leistungen nach § 37 SGB V erfüllt sind und ob die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist. Das Nähere zu den Prüfungen soll der GKV-Spitzenverband in Richtlinien regeln.

Darüber hinaus werden die Prüf- und Zutrittsrechte der MDK sowie die Mitwirkungspflicht der Leistungserbringer geregelt. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat die Erfahrungen und Ergebnisse dieser neuen Prüfaufgaben in den Prüfbericht nach § 114a Abs. 6 SGB XI einzubeziehen.

B) Stellungnahme

Mit der Erweiterung der Prüfrechte und -pflichten sowie entsprechend angepassten Regelungen in § 114 SGB XI n. F. (s. Artikel 1, Nr. 21) sollen Regelungslücken geschlossen werden, die es einzelnen Leistungserbringern ermöglicht haben, sich Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu entziehen. Die dazu vorgesehenen Regelungen sind insgesamt sachgerecht und geeignet, um notwendige Prüfroutinen und für alle Leistungserbringer vergleichbare Rahmenbedingungen zu entwickeln. Ungeachtet dessen sollten nachfolgende Änderungen bzw. Klarstellungen im Gesetzeswortlauf vorgenommen werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 56 von 81

In Bezug auf die Richtlinie, die der GKV-Spitzenverband nach § 282 SGB V zur Regelung des Näheren der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu erlassen hat, sind die Regelungen zu den Beteiligungsrechten bestimmter Organisationen unklar. Es wird ausgeführt, dass insoweit § 114a Abs. 7 Satz 5 bis 8 und 11 SGB XI mit der Maßgabe entsprechend gilt, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Nach dem Gesetzeswortlaut wären damit u. a. der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Lediglich in der Begründung zum Gesetzentwurf werden die Beteiligungsrechte zutreffend auf Organisationen beschränkt, die von der Erbringung von HKP-Leistungen für Krankenkassen betroffen sind und explizit ausgeführt, dass die Richtlinie für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. nicht gilt. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit sollten die Beteiligungsrechte eindeutig im Gesetzeswortlaut festgelegt werden.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein Verweis auf § 114a Abs. 7 Satz 11 SGB XI zur Regelung der Verbindlichkeit der Richtlinie für den MDK nicht erforderlich ist; diese ergibt sich bereits aus dem gesetzlichen Auftrag in § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V, Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung zu erlassen. Ein Verweis auf § 114a Abs. 7 Satz 11 SGB XI könnte deshalb in der Rechtsinterpretation – in Bezug auf andere Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V – zu erkennbar nicht beabsichtigten Zweifeln über die generelle Verbindlichkeit von Richtlinien nach § 282 SGB V für die MDK führen.

In § 275b Abs. 2 SGB V n. F. werden insbesondere die Prüf- und Zutrittsrechte der MDK sowie die Mitwirkungspflicht der Leistungserbringer geregelt. In Bezug auf die Mitwirkungspflicht sollten vor dem Hintergrund der bekannt gewordenen Praxis einzelner Pflegedienste, Einfluss auf betroffene Versicherte durch standardisiert formulierte Ablehnungen der Einwilligung in Inaugenscheinnahmen und Befragungen zu nehmen, ergänzende Regelungen zur gebotenen Neutralität sowie zur Unterstützung einer ordnungsgemäßen Prüfung von Seiten des Leistungserbringers ergänzt werden. So sollte dem MDK durch eine Pflicht des Leistungserbringers zur vollständigen Offenlegung von Namen und Kontaktdaten der betroffenen Versicherten die Möglichkeit eröffnet werden, mögliche Einflussnahmen der Leistungserbringer zu überprüfen und die Versicherten aufzuklären.

Da in § 275b Abs. 2 Satz 1 SGB V n. F. bereits ein allgemeiner Verweis auf die entsprechende Anwendung des § 114a Abs. 1 bis 3a SGB XI erfolgt, ist die Regelung in § 275b Abs. 2 Satz 7 SGB V n. F., wonach für die Einwilligung der Betroffenen § 114a Abs. 3 Satz 5 SGB XI gilt, als Doppelung zumindest missverständlich. Eine erneute Regelung zur Geltung des § 114a Abs. 3 SGB XI wäre sachgerecht, wenn sich diese Aussage unmittelbar auf die Regelung in § 275b

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 57 von 81

Abs. 2 Satz 6 SGB V n. F. zur Gewährung von Einsicht in personenbezogene Daten beziehen würde. Um einen solchen Bezug herzustellen sollte § 275b Abs. 2 Satz 7 SGB V n. F. als 2. Halbsatz in § 275b Abs. 2 Satz 6 SGB V n. F. integriert werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 275b Abs. 1 Satz 4 SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„§ 114a Absatz 7 Satz 5 und 8 des Elften Buches gilt entsprechend.“

Nach § 275b Abs. 1 Satz 4 SGB V n. F. wird folgender Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen; für die Beteiligung gilt § 114a Absatz 7 Satz 7 des Elften Buches entsprechend.“

§ 275b Abs. 1 Satz 5 SGB V n. F. wird § 275b Abs. 1 Satz 6 SGB V n. F.

§ 275b Abs. 2 Satz 5 SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„Der Leistungserbringer, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 abgeschlossen haben, ist zur Mitwirkung bei den Prüfungen nach Absatz 1 und zur Neutralität im Hinblick auf die Einholung der Einwilligungen der Betroffenen nach § 114 Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches verpflichtet; er hat dem Medizinischen Dienst vollständigen Zugang zu den Namen und Kontaktdaten der Betroffenen, zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Medizinische Dienst die Prüfungen nach Absatz 1 ordnungsgemäß durchführen kann.“

In § 275b Abs. 2 Satz 6 SGB V n. F. ist der Punkt am Ende des Satzes durch ein Semikolon zu ersetzen. In § 275b Abs. 2 Satz 7 SGB V n. F. wird das Wort „Für“ durch das Wort „für“ ersetzt und dieser Satz als 2. Halbsatz an Satz 6 angefügt. Satz 8 wird zu Satz 7.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 59 von 81

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V soll zukünftig zusätzlich zu den Angaben nach § 302 Abs. 1 Satz 1 SGB V auch die „Zeit der Leistungserbringung“ angegeben werden.

B) Stellungnahme

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. Die Angabe lediglich des Tages der Leistungserbringung ohne die konkrete Zeit, in der die Leistungen der HKP erbracht wurden, ist als zahlungsbegründende Unterlage, die eine Plausibilisierung abgerechneter Leistungen ermöglichen muss, nicht ausreichend. So ist z. B. im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen, für die Zeitvergütungen oder unterschiedliche Vergütungen zu verschiedenen Tages-/Nachtzeiten vertraglich vereinbart sind, die konkrete Angabe der Zeit der Leistungserbringung erforderlich. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Ergänzung der verpflichtenden Angabe der Zeit der Leistungserbringung zu begrüßen. Die Regelung ist jedoch nicht ausreichend bestimmt und bedarf zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit der Konkretisierung, dass die tatsächlichen Anfangs- und Endzeiten 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.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird ausgeführt, dass die vorgesehene Regelung der Regelung für die Abrechnung ambulanter Pflegeleistungen mit den Pflegekassen nach § 105 SGB XI entspricht. Entsprechend sieht die Technische Anlage zur Regelung des Datenträgerwechsels gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI (DTA) bereits vor, dass bei den Einzelbelegen zur Zeitvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung anzugeben ist. Bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung ist im DTA die Eingabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung eingestellt. Technisch ist zwar im DTA hinterlegt, dass auch bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Ver-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 60 von 81

einbarungen getroffen worden sind. Die Parteien der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI auf Landesebene konnten das Weitere zur Abrechnung der Entgelte für die Pflege bislang aber aufgrund der Weigerung von Leistungserbringerorganisationen, im Rahmen der Abrechnung einsatzbezogene Anfangs- und Endzeiten anzugeben, nicht einvernehmlich regeln. Hieran wird deutlich, dass ein Abstellen im Gesetzeswortlaut auf die „Zeit der Leistungserbringung“ nicht ausreichend konkret ist.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird weiterhin ausgeführt, dass nicht die Anfangs- und Endzeiten jeder einzelnen Leistung, sondern die Zeit der Leistungserbringung bezogen auf alle in einem zeitlichen Zusammenhang bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes anzugeben sind. Dies ist nachvollziehbar. Dieser Aspekt sollte jedoch nicht dazu führen, dass im Gesetzeswortlaut auf die Konkretisierung der Zeit der Leistungserbringung durch Anfangs- und Endzeit verzichtet wird. Hinweise in der Gesetzesbegründung, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen der häuslichen Krankenpflege innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Endzeit des Pflegeeinsatzes und nicht jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist, sind insoweit ausreichend. Diese Interpretation entspricht im Übrigen bereits der heutigen Technischen Anlage zur Richtlinie nach § 302 SGB V, indem bezogen auf den Hausbesuch/den Einsatz der Beginn und das Ende des Einsatzes z. B. als Echtzeit anzugeben ist (der beispielhafte Hinweis auf die Echtzeit ist Ausdruck unterschiedlicher vertraglicher Regelungen).

Auch um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen noch besser entgegenzutreten zu können, ist nicht lediglich die Zeit der Leistungserbringung insgesamt, sondern vielmehr die Anfangs- und Endzeit der vereinbarten Leistungserbringung bezogen auf alle bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes anzugeben. Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes ermöglicht es, bei der zur Klärung von Auffälligkeiten im Einzelfall notwendigen 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 daher schneller identifiziert werden.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist die unabdingbare Grundlage um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von einer Pflegekraft erbracht werden. 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.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 61 von 81

C) Änderungsvorschlag

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

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 69 von 81

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 79a Abrechnungsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird im Abschnitt Wirtschaftlichkeitsprüfungen eine neue Vorschrift eingefügt, die es den Landesverbänden der Pflegekassen erlaubt, bei tatsächlichen Anhaltspunkten eine anlassbezogene Abrechnungsprüfung durchzuführen. Dabei hat der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände, der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen die Verfahrensgrundsätze zu beschließen.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter Nr. 16b und 17 zu den §§ 75, 79 ausgeführt wird grundsätzlich begrüßt, dass der Gesetzgeber eine zusätzliche anlassbezogene Prüfung von fehlerhaften Abrechnungen von pflegerischer Leistung schaffen will und diese Möglichkeit ferner nun auch auf Erstattungsleistungen zu Lasten der Pflegeversicherung und auf Leistungen für Unterkunft und Verpflegung im stationären Bereich ausweitet. Um der Gefahr einer weichen Kompromisslösung unter den Vertragsparteien auf Landesebene zu entgehen, ist die Schaffung von bundesweit einheitlichen Verfahrensgrundsätzen unter Berücksichtigung von landesspezifischen Gegebenheiten vorzuziehen. Der GKV-Spitzenverband ist daher zu beauftragen, die Verfahrensgrundsätze zu schaffen. Gleichzeitig ist gesetzlich analog der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79 Abs. 2) eine Regelung zu schaffen, die die Träger der Pflegeeinrichtungen unter Androhung der Kündigung des Versorgungsvertrages verpflichtet, die erforderlichen Unterlagen und Auskünfte zu erteilen. (siehe zum Ganzen auch Nr. 16b und 17)

C) Änderungsvorschlag

Die Überschrift des Vierten Abschnittes wird geändert in:

„Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 70 von 81

Es wird ein § 79a eingefügt:

„(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie

2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände, der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Abrechnungsprüfungen nach Absatz 1. Dabei sind länderspezifische Gegebenheiten zu berücksichtigen. Die Grundsätze sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Sie sind für die Landesverbände der Pflegekassen oder die von ihnen bestellten Sachverständigen verbindlich.

(3) Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfung zu ermöglichen. Sie sind insbesondere verpflichtet, dem Sachverständigen auf Verlangen die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(4) Die Regelungen der Anlassprüfung nach § 114a bleiben unberührt.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 73 von 81

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Entsprechend den Ausführungen zu Artikel 13 Nr. 7 müssen auch in § 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI nach dem Wort „Zeit“ die Wörter, „, bei ambulanter Pflege der Anfangs- und Endzeit,“ eingefügt werden.

B) Stellungnahme

Eine solche Neuregelung hat der Bundesrat bereits im Rahmen 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 mit seinen Empfehlungen zum PSG III erneuert (vgl. BR-Drs. 410/1/16).

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

Die Technische Anlage zur Regelung des Datenträger austausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI (DTA) sieht bereits vor, dass bei den Einzelbelegen zur Zeitvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung anzugeben ist. Bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung ist im DTA die Eingabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung eingestellt. Technisch ist zwar im DTA hinterlegt, dass auch bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen getroffen worden sind. Die Parteien der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI auf Landesebene konnten das Weitere zur Abrechnung der Entgelte für die Pflege bislang aber nicht einvernehmlich regeln. Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringerorganisationen, im Rahmen der Abrechnung einsatzbezogene Anfangs- und Endzeiten anzugeben, ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf unumgänglich, um Falschabrechnungen kassenseitig identifizieren zu können.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 74 von 81

C) Gesetzesvorschlag

In § 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI werden nach dem Wort „Zeit“ die Wörter „, bei
ambulanter Pflege der Anfangs- und Endzeit,“ eingefügt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 80 von 81

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 276 Absatz 2 Satz 5 – neu

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Aktuelle Erkenntnisse über Betrugspraktiken ambulanter Pflegedienste belegen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen ergänzt werden müssen, um Abrechnungsbetrug in der häuslichen Krankenpflege effektiver bekämpfen zu können. Es muss klargestellt werden, dass auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) befugt ist, personenbezogene Daten, die von ihm im Rahmen seiner Zuständigkeit erhoben wurden, direkt an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der gesetzlichen Krankenkassen zu übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Bei seinen Prüfungen erhält der MDK sehr umfassende und tiefgehende Einblicke in Sachverhalte und Zusammenhänge der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Dabei werden dem MDK auch Sachverhalte über das Zusammenwirken von Leistungserbringern aus mehreren Leistungsbereichen im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten auffällig, die ggf. auch Hinweise und Informationen auf eine unzulässige Leistungserbringung, Leistungsabrechnung oder eine unzulässige Zusammenarbeit enthalten können und damit für die Fehlverhaltensbekämpfung der Krankenkassen wertvolle Hinweise für die Einleitung von weitergehenden Ermittlungen und Prüfungen sein können. Die vom MDK aufgedeckten Missstände müssen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nutzbar gemacht werden können.

Konkrete Hinweise aus Prüfungen des MDK werden bislang aber häufig nicht unmittelbar an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weitergeleitet, weil nach wie vor Rechtsunsicherheiten bestehen, ob dafür eine Übermittlungsbefugnis über § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V hergeleitet werden kann. Dies führt zu der paradoxen Situation, dass MDK-Prüfer zwar einen Hinweis auf Fehlverhalten ermitteln, aber datenschutzrechtlich gehindert sind, diesen an die betroffenen Kassen weiterzuleiten.

Die Notwendigkeit der gesetzlichen Klarstellung der Übermittlungsbefugnis ergibt sich ferner daraus, dass auch § 197a Abs. 3a SGB V keine entsprechende Rechtsgrundlage enthält.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016
zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518
Seite 81 von 81

C) Änderungsvorschlag

In § 276 Abs. 2 Satz 4 wird zusätzlich „§ 197a Abs. 3a“ eingefügt.



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 Krankenkassen 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.



Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege

Erfahrungsaustausch der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen
mit Vertretern der Strafverfolgungsbehörden
gem. §§ 197a Abs. 3 SGB V, 47a SGB XI

am 16. und 17. November 2017

Programm

Donnerstag, 16. November 2017

ab 9:30 Uhr	Anmeldung
10:00 Uhr	Begrüßung und Einführungsstatement Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes
10:15 Uhr	Einführung in das Phänomen „russischsprachige Pflegedienste“ Udo Kolbinger, Referatsleiter Auswertung Wirtschaftskriminalität, Bundeskriminalamt
10:30 Uhr	Der Abschlussbericht des Auswertungsprojektes „Curafair“: Anregungen für eine effektivere Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege EKHK Roland Wenke und KHK Ralf Herrmann, Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen
11:30 Uhr	Diskussion
12:00 Uhr	Mittagspause
13:00 Uhr	Die Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege (SGB XI) Ulrike Bode, Referatsleiterin Pflegeversicherung, GKV-Spitzenverband
13:15 Uhr	Organisationsübergreifende Umsetzungsansätze und Erfahrungen Robert Pelzer, MDK Nordrhein Dominik Schirmer, AOK Bayern - Die Gesundheitskasse Claudia Michelz-Niebank, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)/Frank Keller, Techniker Krankenkasse
14:15 Uhr	Diskussion und Schlussfolgerungen
14:45 Uhr	Ausblick: Abrechnungsprüfung in der häuslichen Krankenpflege (SGB V) Gerd Kukla, Referatsleiter Leistungsrecht / Reha / Selbsthilfe, GKV-Spitzenverband
15:00 Uhr	Kaffeepause
15:30 Uhr	Möglichkeiten und Grenzen strafprozessualer Ermittlungsansätze Impulsstatements: Staatsanwältin Antje Kück, Staatsanwaltschaft Bremen KOK Dirk Gemeinhardt, Landeskriminalamt Brandenburg Oberstaatsanwalt Thomas Gritscher, Staatsanwaltschaft Berlin
16:00 Uhr	Diskussion und Schlussfolgerungen
16:30 Uhr	Ausblick: Elektronische Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105 Abs. 2 SGB XI) Frank Trumpfheller, Referat Datenaustausch, GKV-Spitzenverband
17:00 Uhr	Get-together und Ende des ersten Veranstaltungstags

Programm

Freitag, 17. November 2017

- | | |
|-----------|---|
| 9:30 Uhr | Schadenshochrechnung beim Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege:
Erste praktische Erfahrungen
Oberstaatsanwalt Frank Schilder, Staatsanwaltschaft Potsdam
Prof. Dr. Peter Ruckdeschel, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Dr. Andreas Wagner, Fraunhofer-Institut ITWM |
| 10:15 Uhr | Diskussion |
| 10:30 Uhr | Die Reform der strafrechtlichen Vermögensabschöpfung: Auswirkungen auf Vermögensstraftaten
und Korruption im Gesundheitswesen und Ausgestaltung der Schadenswiedergutmachung
Oberstaatsanwalt beim Bundesgerichtshof Marcus Köhler, Bundesministerium der Justiz und
für Verbraucherschutz |
| 11:15 Uhr | Diskussion |
| 11:30 Uhr | Kaffeepause |
| 11:45 Uhr | Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei sozialrechtswidrigem Fehlverhalten ambulanter
Pflegedienste am Beispiel der häuslichen Krankenpflege
Wolfgang Seifert, Richter am Landessozialgericht Berlin-Brandenburg |
| 12:30 Uhr | Diskussion |
| 12:45 Uhr | Der Aufbau einer gemeinsamen Datenbank zur Betrugsbekämpfung, dargestellt am Beispiel des
SCHUFA-FraudPools der Kreditwirtschaft
Stephan R. Peters, Leiter Geschäftsfeld Identität und Betrugsprävention, SCHUFA Holding AG |
| 13:30 Uhr | Diskussion |
| 13:45 Uhr | Resümee und Ausblick
Dr. Stephan Meseke, Leiter der Stelle gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI, GKV-Spitzenverband |
| 14:00 Uhr | Mittagsimbiss und Ende der Veranstaltung |

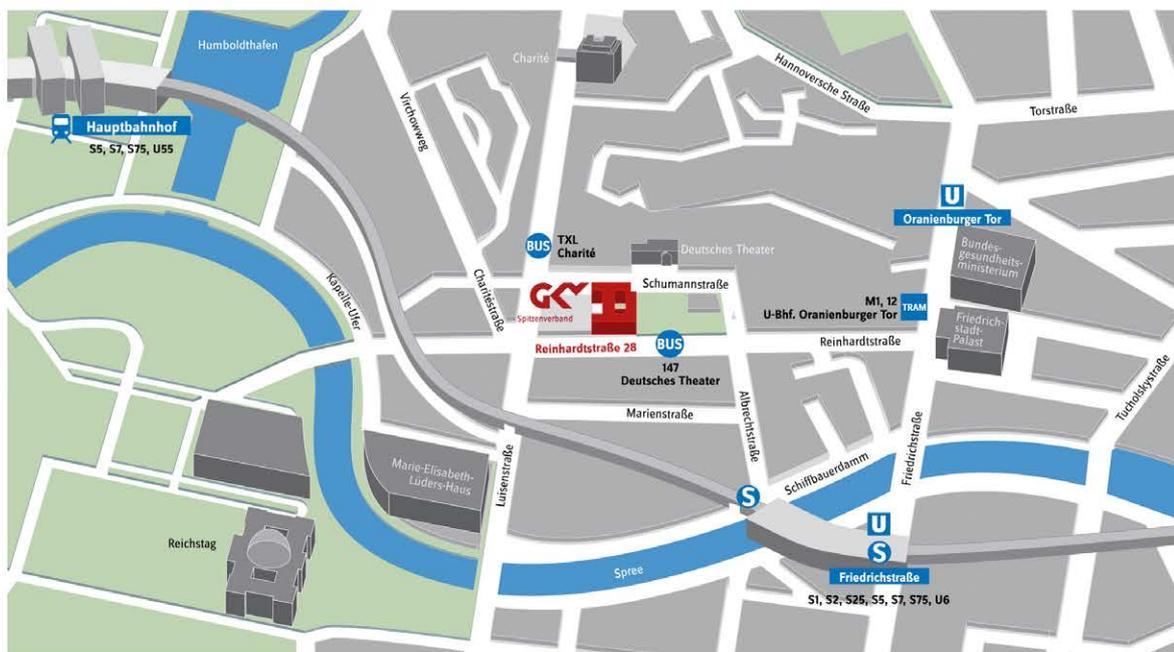
Anmeldung und Anreise

Wir bitten um verbindliche Anmeldung bis zum **20. Oktober 2017** unter folgender E-Mail-Adresse:
erfahrungsaustausch.fehlverhalten@gkv-spitzenverband.de

Organisatorische Hinweise: Der Erfahrungsaustausch erfolgt im Rahmen eines Runden Tisches und hat eine entsprechend begrenzte Kapazität von 72 Teilnehmenden. Die Teilnahme ist deshalb nur auf persönliche Einladung durch den GKV-Spitzenverband möglich. Reise- und Übernachtungskosten können vom GKV-Spitzenverband nicht übernommen werden. Während der Veranstaltung werden Fotoaufnahmen für die Öffentlichkeitsarbeit gemacht. Mit der Anmeldung erklären die Teilnehmenden das Einverständnis zur Nutzung dieser Fotos durch den GKV-Spitzenverband.

Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege

-  **16. und 17. November 2017**
-  **GKV-Spitzenverband**
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin-Mitte



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

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

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

II. Stellen gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI bei den Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes (Stand: 01.01.2018)

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
1	actimonda BKK	Hüttenstraße 1	52068	Aachen	0241 90066-541	korruption@actimonda.de
2	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen	Hildesheimer Straße 273	30519	Hannover	0511 8701 13 110	peter.scherler@nds.aok.de
3	AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	Kölner Straße 8	65760	Eschborn	06196 406 122	heike.degenhardt-reinmold@he.aok.de
4	AOK Baden-Württemberg	Presselstraße 19	70191	Stuttgart	0711 2593-2021	fehlverhaltensbekaempfung@bw.aok.de
5	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse	Carl-Wery-Straße 28	81739	München	089 62730-650607	fehlverhalten@by.aok.de
6	AOK Bremen/Bremerhaven	Bürgermeister-Smidt-Straße 95	28195	Bremen	0421 1761 302	ariane.weber@hb.aok.de
7	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	Behlerstraße 33 A	14467	Potsdam	0800 265080-20170	fehlverhaltensbekaempfung@nordost.aok.de
8	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse	Kopenhagener Straße 1	44269	Dortmund	0231 4193 10180	fehlverhaltensbekaempfung@nw.aok.de
9	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen	Augustiner Straße 38	99085	Erfurt	0800 10590 80696	olaf.schrodi@plus.aok.de
10	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse	Kasernenstraße 61	40213	Düsseldorf	040 2023-1780	fehlverhalten@rh.aok.de
11	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse	Virchowstraße 30	67304	Eisenberg	06432 505204	fehlverhalten-im-gesundheitswesen@rps.aok.de
12	AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse	Lüneburger Straße 4	39106	Magdeburg	0391 2878 45141	ermittlungsgruppe.fehlverhalten@san.aok.de
13	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen	0421 43551-63	korruptionsbekaempfungsstelle@abkka.de
14	Audi BKK	Ettinger Straße 70	85057	Ingolstadt	05361 8482-150	korruptionsbeauftragte@audibkk.de
15	BAHN-BKK	Calauer Straße 71	3048	Cottbus	0355 48 59 535	korruptionsbekaempfungsstelle@bahn-bkk.de
16	BARMER	Lichtscheider Straße 89	42285	Wuppertal	0800 333004 99-1060	manipulationsabwehr@barmer.de
17	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Straße 214	33311	Gütersloh	05241 8074-120	nicole.ackemann@bertelsmann-bkk.de
18	Betriebskrankenkasse MOBIL OIL	Friedenheimer Brücke 29	80639	München	05141 15-40002	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-mobil-oil.de
19	Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Straße 15	34212	Melsungen	05661 7302-86	larissa.bachmann@bkk-pwc.de
20	BIG direkt gesund	Rheinische Straße 1	44137	Dortmund	0231 5557-1015	fehlverhalten@big-direkt.de
21	BKK Achenbach Buschhütten	Siegener Straße 152	57223	Kreuztal	02732 767110	peter.docter@bkk-achenbach.de
22	BKK Aesculap	Jetterstraße 13/1	78532	Tuttlingen	07461 952621	hlauberbach@bkk-aesculap.de
23	BKK Akzo Nobel Bayern	Glanzstoffstraße 1	63906	Erlenbach	06022 7069-170	abrechnungsbetrug@bkk-akzo.de
24	BKK B. Braun Melsungen AG	Grüne Straße 1	34212	Melsungen	05661 71-1750	thomas.berninger@bkk-bbraun.de
25	BKK BPW Bergische Achsen KG	Ohler Berg 1	51674	Wiehl	022621 781-141	thorsten.linder@bkk-bpw.de
26	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 60c	40212	Düsseldorf	0211 9065-600	holger.jansen@db.com
27	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld	0521 329876-160	nicole.boehm@bkk-diakonie.de
28	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Straße 62	52525	Heinsberg	02452 1535-43	korruptionsbeauftragter@bkk-euregio.de
29	BKK evm	Schützenstraße 80-82	56068	Koblenz	0261 402-71313	info@bkk-evm.de

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
30	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg	0441 803 5110	bernd.rehenbrock@bkk-ewe.de
31	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte	05132 5001-20	claudia.eggers@bkkexklusiv.de
32	BKK Faber-Castell & Partner	Bahnhofstraße 45	94209	Regen	0911 25569414	andrea.hofer@bkk-faber-castell.de
33	BKK firmus	Gottlieb-Daimler-Straße 11	28237	Bremen	0541 33141-110	fehlverhalten@bkk-firmus.de
34	BKK Freudenberg	Höhnerweg 2-4	69469	Weinheim	06201 80-4762	uweber@bkk-freudenberg.de
35	BKK Gildemeister Seidensticker	Winterstraße 49	33649	Bielefeld	0521 5228-2624	abrechnungsbetrug@bkkgs.de
36	BKK GRILLO-WERKE AG	Weseler Straße 1	47169	Duisburg	0203 555 73 13	info@bkk-grillo.de
37	BKK Groz-Beckert	Unter dem Malesfelsen 72	72458	Albstadt	07431 10-2182	ralf.hauer@bkk-gb.de
38	BKK HENSCHEL Plus	Josef-Fischer-Straße 10	34127	Kassel	0561 801-5253	t.meschkat@bkk-henschelplus.de
39	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford	05221 1026-252	antikorruption@bkk-hmr.de
40	BKK Herkules	Jordanstraße 6	34117	Kassel	0561 20855-120	elena.hamann@bkk-herkules.de
41	BKK KARL MAYER	Industriestraße 3	63179	Obertshausen	06104 402-398	grit.jungmann@karlmayer-bkk.de
42	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Straße 4	97080	Würzburg	0931 909-4695	korruptionsbekaempfung@bkk-kba.de
43	BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33	65187	Wiesbaden	0611 7366-839	sandra.haberland@bkk-linde.de
44	BKK MAHLE	Pragstraße 26-46	70376	Stuttgart	0711 501 1 26 61	dkalosyan@bkk-mahle.de
45	BKK Melitta Plus	Marienstraße 122	32425	Minden	0571 9759 1117	martin.goebel@bkk-melitta.de
46	BKK Miele	Carl-Miele-Straße 29	33332	Gütersloh	05241 89-2176	peter.kinnett@bkk-miele.de
47	BKK MTU	Hochstraße 40	88045	Friedrichshafen	07541 90-7101	fehlverhalten@bkk-mtu.de
48	BKK PFAFF	Pirmasenser Straße 132	67655	Kaiserslautern	0631 31876-88	amuehlberger@bkk-pfaff.de
49	BKK Pfalz	Lichtenbergerstraße 16	67059	Ludwigshafen	0621 68 559 260	korruptionsbekaempfung@bkkpfalz.de
50	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen	08131 6133 2011	hagen.stark@bkk-provita.de
51	BKK Public	Thiestraße 15	38226	Salzgitter	05341 405-303	fehlverhaltenimgesundheitswesen@bkk-publik.de
52	BKK Rieker.RICOSTA.Weisser	Stockacher Straße 4-6	78532	Tuttlingen	07724 97 211	nguenter@bkk-rrw.de
53	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle	05141 9466-230	fehlverhalten@bkk-rwe.de
54	BKK Salzgitter	Thiestraße 15	38226	Salzgitter	05341 405-303	fehlverhaltenimgesundheitswesen@bkk-salzgitter.de
55	BKK Scheufelen	Schöllkopfstraße 120	73230	Kirchheim	07021 7374-250	afranck@bkk-scheufelen.de
56	BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg	Löhrstraße 45	78647	Trossingen	07425 94003 15	tkorhummel@bkk-sbh.de
57	BKK STADT AUGSBURG	Willy-Brandt-Platz 1	86153	Augsburg	0821 324-3228	bernd.heidler@bkk-stadt-augsburg.de
58	BKK Technoform	August-Spindler-Straße 1	37079	Göttingen	0551 308-3907	hanna.kloepner@bkk-technoform.de
59	BKK Textilgruppe Hof	Fabrikzeile 21	95028	Hof	09281 4990369	daniel.stroetz@bkk-textilgruppe-hof.de
60	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte	02304 9826-120	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-vdn.de
61	BKK VerbundPlus	Zeppelinring 13	88400	Biberach	07351 1824-291	fehlverhalten@bkkvp.de
62	BKK Verkehrsbau Union (VBU)	Lindenstraße 67	10969	Berlin	030 72612-2202	sinjo.baerwald@bkk-vbu.de
63	BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE	Neuffener Straße 54	72622	Nürtingen	07022 93246-31	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-voralb.de
64	BKK Werra-Meissner	Straßburger Straße 5	37269	Eschwege	05651 7451-700	gegen.fehlverhalten@bkk-wm.de
65	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstraße 19	34212	Melsungen	05661 7374 215	maribel.sotosobrino@bkk-wf.de

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
66	BKK Würth	Gartenstraße 11	74653	Künzelsau	07940 91 90 25	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-wuerth.de
67	BKK ZF & Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz	07541 77-3615	korruptionsbeauftragter@bkk-zf-partner.de
68	BKK_DürkoppAdler	Potsdamer Straße 190	33719	Bielefeld	0521 260 77-53	stefan.lang@bkk-da.de
69	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen	05724 971-375	bekaempfung-von-fehlverhalten@bkk24.de
70	BMW BKK	Mengkofener Straße 6	84130	Dingolfing	08731 76-29878	uwe.kaestle@bmw.de
71	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart	07151 50285-48	reinhard.schmid@bosch-bkk.de
72	Brandenburgische BKK	Werkstraße 10	15890	Eisenhüttenstadt	03364 4013-0	service@brandenburgische-bkk.de
73	Continental Betriebskrankenkasse	Sengelmanstraße 120	22335	Hamburg	040 526 777-1140	fehlverhalten@continentale-bkk.de
74	Daimler Betriebskrankenkasse	Mercedesstraße 1	28309	Bremen	0421 419-4616	hartmut.steffens@daimler-bkk.com
75	DAK-Gesundheit	Nagelsweg 27-31	20097	Hamburg	040 2396-1286	manipulationsverdacht@dak.de
76	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 40	56072	Koblenz	0261 94143-210	korruptionsbekaempfungsstelle@debeka-bkk.de
77	DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	Heresbachstraße 29	42719	Solingen	0212 2262-153	gegen.korruption@die-bergische-kk.de
78	Die Schwenninger Betriebskrankenkasse	Spittelstraße 50	78056	Villingen-Schwenningen	07720 9727 11210	korruptionsbekaempfung@die-schwenninger.de
79	energie-Betriebskrankenkasse	Lange Laube 6	30159	Hannover	0201 5657181 10	korruption@energie-bkk.de
80	Ernst & Young BKK	Rotenburger Straße 16	34212	Melsungen	05661 70767 21	sabine.schneider@ey-bkk.de
81	Hanseatische Krankenkasse	Wandsbeker Zollstraße 86-90	22041	Hamburg	040 65696-1419	abrechnungsmanipulation@hek.de
82	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld	0521 92395-3151	fehlverhalten@heimat-krankenkasse.de
83	hkk	Martinstraße 26	28195	Bremen	0421 3655-3190	sylvia.leineweber@hkk.de
84	IKK Brandenburg und Berlin	Ziolkowskistraße 6	14480	Potsdam	03391 517-12	befeges@ikkbb.de
85	IKK classic	Tannenstraße 4b	01099	Dresden	07141 9404-152	detlef.oelschlaeger@ikk-classic.de
86	IKK gesund plus	Umfassungsstraße 85	39124	Magdeburg	0391 2806-7001	karl-heinz.pulst@ikk-gesundplus.de
87	IKK Nord	Blücherstraße 27c	18055	Rostock	0381 367 1003	antikorruption@ikk-nord.de
88	IKK Südwest	Berliner Promenade 1	66111	Saarbrücken	06131 28 22-478	fehlverhalten@ikk-sw.de
89	Kaufmännische Krankenkasse - KKH	Karl-Wiechert-Allee 61	30625	Hannover	0511 2802-1770	betrugsverdacht@kkh.de
90	Knappschaft	Millerntorplatz 1	20359	Hamburg	040 30388-5706	korruptionsbekaempfung@kbs.de
91	Krones BKK	Bayerwaldstraße 2 L	93073	Neutraubling	09401 70-2606	oliver.zangl@krones.com
92	Merck BKK	Frankfurter Straße 129	64293	Darmstadt	06151 72 4908	sabine.itt@merckgroup.com
93	Metzinger BKK	Stuttgarter Straße 15+17	72555	Metzingen	07141 9790-9682	christine.joram@metzinger-bkk.de
94	mhplus Betriebskrankenkasse	Franckstraße 8	71636	Ludwigsburg	07141 9790-9682	korruptionsbeauftragte@mhplus.de
95	Novitas BKK	Schifferstraße 92-100	47059	Duisburg	0203 545-8532	sabine.ostwald@novitas-bkk.de
96	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshafen	0214 32296-3515	joerg-peter.ortlieb@pronovabkk.de
97	R+V Betriebskrankenkasse	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden	0611 99909-276	roland.werner@ruv-bkk.de
98	Salus BKK	Züricher Straße 27	81476	München	0221 130 564-15	fehlverhalten@salus-bkk.de
99	SECURVITA Krankenkasse	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg	040 3347 8165	20korruption@securvita-bkk.de
100	SIEMAG BKK	Hillnhütter Straße 89	57271	Hilchenbach	02733 29-2885	marcus.frenzel@bkk-siemag.de
101	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse	In den Seewiesen 26	89520	Heidenheim	089 62700-290	antikorruptionsstelle@sbk.org

Lfd. Nr.	Mitgliedskasse	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
102	SKD BKK	Schultestraße 19a	97421	Schweinfurt	09721 9449-319	korruptionsbekaempfung@skd-bkk.de
103	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Weissensteinstraße 70-72	34131	Kassel	0561 785 13251	160_BvFKp_PF@svlfg.de
104	Südzucker BKK	Joseph-Meyer-Straße 13-15	68167	Mannheim	0621 32858-13	fehlverhalten@suedzucker-bkk.de
105	Techniker Krankenkasse	Bramfelder Straße 140	22305	Hamburg	040 6909-2459	frank.keller@tk.de
106	Thüringer Betriebskrankenkasse	Stotternheimer Straße 9a	99086	Erfurt	0361 652-1741	nicole.haas@tbk-gesundheit.de
107	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover	05341 405-303	fehlverhaltenimgesundheitswesen@tui-bkk.de
108	VIActiv Krankenkasse	Universitätsstraße 43	44789	Bochum	0234 479-2410	fehlverhalten@viactiv.de
109	Wieland BKK	Graf-Arco-Straße 36	89079	Ulm	0731 944-2375	u.brandel@wieland-bkk.de
110	WMF Betriebskrankenkasse	Eberhardstraße	73312	Geislingen	07331 25-7007	nmadanoglu-dogan@wmf-bkk.de

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

Lfd. Nr.	Organisation	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
1	BKK Landesverband NORDWEST	Hatzper Straße 36	45149	Essen	040 251505-273	korruptionsbekaempfung@bkk-nordwest.de
2	BKK Landesverband Süd	Stuttgarter Straße 105	70806	Kornwestheim	07154 1316-515	korruptionsbekaempfungsstelle@bkk-sued.de
3	BKK Landesverband Mitte, BKK-Arbeitgebersversicherung	Olvenstedter Chaussee 126	39130	Magdeburg	0391 72518-720	korruption@bkk-aag.de

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

Lfd. Nr.	Organisation	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	E-Mail
1	AOK-Bundesverband	Rosenthaler Straße 31	10178	Berlin	030 34646-2508	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