Bericht über Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

01.01.2022–31.12.2023

AOK Bayern. Die Gesundheitskasse.

Vorwort

Wir freuen uns, Ihnen den zehnten Tätigkeitsbericht der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der AOK Bayern präsentieren zu können. In diesem Jahr besteht die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu bekämpfen, seit 20 Jahren! Von Anfang an engagiert sich die AOK Bayern in diesem Tätigkeitsfeld und in diesen Jahren haben wir kontinuierlich daran gearbeitet, unser Gesundheitssystem vor Betrug und Missbrauch zu schützen und die Integrität der Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen zu bewahren.

Die Herausforderungen in der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind vielfältig und komplex. Gerade in den letzten Jahren haben sich die Methoden derer, die unser solidarisches Gesundheitssystem schädigen, weiterentwickelt und wurden raffinierter. Betrug und Missbrauch in der Gesundheits- und Pflegebranche nehmen verschiedene Formen an, von gefälschten Abrechnungen und betrügerischen Leistungen bis hin zu nicht erbrachten Leistungen. Diese Praktiken gefährden nicht nur die finanziellen Ressourcen unseres Gesundheitssystems, sondern untergraben auch das Vertrauen der Versicherten und Patienten. Und Sie schädigen die überwiegend ehrlichen Leistungserbringenden und die mit großem Engagement tätigen Beschäftigten im Gesundheitswesen.

In diesem Kontext wird die Bedeutung moderner Datenanalysemethoden und der Einsatz von Künstlicher Intelligenz immer deutlicher. Durch den Einsatz fortschrittlicher Technologien können wir Muster und Auffälligkeiten in großen Datenmengen schneller und präziser erkennen. Künstliche Intelligenz ermöglicht es uns, betrügerische Aktivitäten frühzeitig zu identifizieren und gezielt zu intervenieren. Diese technischen Innovationen sind ein unverzichtbarer Bestandteil unserer Arbeit und tragen maßgeblich dazu bei, die Effizienz und Effektivität unserer Maßnahmen zu steigern. Die AOK Bayern wird hierzu Methoden, Instrumente und Prozesse entwickeln, um z. B. durch eine frühzeitige Detektion von Missbrauchsfällen bereits präventiv tätig werden zu können.

Der Erfolg unserer Bemühungen wäre nicht möglich ohne das unermüdliche Engagement unserer Mitarbeitenden. Ihr Einsatz, ihre Expertise und ihre kontinuierliche Bereitschaft, sich den wachsenden Herausforderungen zu stellen, sind die Grundlage unserer Arbeit und Erfolge. Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei allen Beteiligten bedanken. Ihr Engagement und ihre Professionalität machen den entscheidenden Unterschied in unserem gemeinsamen Kampf gegen Fehlverhalten im Gesundheitswesen und in der Pflege.

Gemeinsam blicken wir optimistisch in die Zukunft und sind entschlossen, weiterhin mit innovativen Ansätzen und Technologien gegen Betrug und Missbrauch vorzugehen. Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unserem Tätigkeitsbericht und für Ihre Unterstützung in dieser wichtigen Aufgabe.

München, im Juli 2024

Dr. Irmgard Stippler
Vorsitzende des Vorstands

Dominik Schirmer
Beauftragter zur Bekämpfung
von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

7

63

19

75

33

81

55

Inhalt

1 Fehlverhaltensbekämpfung bei der AOK Bayern 7
1.1 Gesetzliche Grundlagen 7
1.2 Organisation und Strukturen 11
1.3 Bearbeitung von versichertenbezogenem Fehlverhalten in der AOK Bayern 13
1.4 Arbeitsprozess 14
1.5 Entwicklung und Fazit aus 20 Jahren Fehlverhaltensbekämpfung 16

2 Kennzahlen der Fehlverhaltensbekämpfung bei der AOK Bayern 19
2.1 Eingegangene Hinweise 19
2.2 Verfolgte Fälle im Berichtszeitraum 21
2.3 Abgeschlossene Fälle im Berichtszeitraum 23
2.4 Entstandener Schaden und gesicherte Forderungen 25
2.5 Entwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung 26
2.6 Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft 27
2.7 Differenzierung der Kennzahlen 29

3 Fallbeispiele 33
3.1 Gewinnmaximierung durch überhöhte Verordnungen 33
3.2 Besonderer Einzelfall des Abrechnungsbetruges durch Arztpraxis 34
3.3 Schwerer Fall des Abrechnungsbetruges im Bereich der Verhinderungspflege 35
3.4 Vorwurf der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen und Urkundenfälschung durch eine Hebamme 36
3.5 Urkundenfälschung: Busfahrer gibt sich als Physiotherapeut aus 37
3.6 Fehlende Präqualifizierung bei einem Sanitätshaus 38
3.7 Vernachlässigung von Patienten in einer geriatrischen Fachklinik für Rehabilitation 39
3.8 Großschadensfall Abrechnungsbetrug eines ambulanten Pflegedienstes – Verurteilung wegen Betrugs in rund 700 Fällen 40
3.9 Betrugsfälle osteuropäischer Pflegedienste in Augsburg und München 42
3.10 Abrechnung nicht erbrachter Leistungen in einer Zahnarztpraxis 47
3.11 Vorwurf der unrichtigen Ausstellung von Gesundheitszeugnissen 47
3.12 Verdacht auf Erschleichen von Betäubungs- und Arzneimitteln in Verbindung mit Ärztehopping 48

4 Interne und externe Zusammenarbeit 51
4.1 Zusammenarbeit mit Dritten 51
4.2 Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden 56

5 Sonderthemen 59
5.1 Betrugspräventionsprojekt 59
5.2 Das internetbasierte Hinweisgebersystem Vispato 61
5.3 Nähere Bestimmungen und Hinweisgeberschutzgesetz 62
5.4 Auswirkungen coronabedingter Sonderleistungen auf die Fehlverhaltensbekämpfung 65

6 Resümee und Ausblick 71
6.1 Ergänzung des § 197a SGB V mit einem neuen Absatz 3c 71
6.2 Einrichtung einer Betrugspräventionsdatenbank 71
6.3 Der Einzug der künstlichen Intelligenz (KI) in der Fehlverhaltensbekämpfung 73
6.4 Schaffung eines Auskunftsverweigerungsrechts zur Identität des Hinweisgebers 73
6.5 Buchung der Aufwendungen in der Fehlverhaltensbekämpfung 74

7 Geschäftsverteilung der StBvFG 77

1 Fehlverhaltensbekämpfung bei der AOK Bayern

1.1 Gesetzliche Grundlagen

1.1.1 Einführung

Fehlverhalten und Korruption sind historische Phänomene – und ebenso lange wird versucht, ihnen entgegenzuwirken: bereits Friedrich Wilhelm III. (* 1770 in Potsdam, † 1840 in Berlin), ab 1797 König von Preußen und Kurfürst des Heiligen Römischen Reiches, erließ am 17. November 1798 eine „Verordnung wegen Abschaffung des Gebrauchs, nach welchem die Apotheker den praktizierenden Ärzten so genannte Weihnachtsgeschenke machen." Fehlverhaltens- und Korruptionsbekämpfung sind also nicht neu…

1.1.2 Gesetzliche Ausgangslage

Einzug in die Sozialgesetzgebung hielt die Fehlverhaltensbekämpfung letztendlich zum 1. Januar 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz in Form der §§ 197a SGB V und 47a SGB XI. Damit setzte der Gesetzgeber zur Eindämmung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nicht mehr auf freiwillige, sondern auf sozialgesetzlich institutionalisierte Selbstkontrolle. Die Krankenkassen wurden gesetzlich verpflichtet, eigene organisatorische Einheiten – die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten – einzurichten. Sie haben Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Gleichzeitig wurden den Stellen Kontrollbefugnisse übertragen (§ 197a Abs. 1 SGB V). Als verselbständigte Ermittlungs- bzw. Prüfstellen bestehen damit umfassende Informations- und Auskunftsrechte im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Entsprechend der Gesetzesbegründung erstrecken sich die Ermittlungen und Prüfungen auf den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Organisation. Ziel ist die Stärkung eines effizienten Einsatzes von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich. Die Verwendung von innerhalb ihrer Organisation

1789 Verordnungen von 1798. No. 85. 1790

No. LXXXV. Verordnung wegen Abschaffung des Gebrauchs, nach welchem die Apotheker den practisirenden Aerzten, sogenante Weihnachts-Geschenke machen. De Dato Berlin, den 17ten November 1798.

Wir Friedrich Wilhelm von Gottes Gnaden König von Preussen ꝛc. Thun kund und fügen hiermit zu wissen, welchergestalt Wir ungern vernommen haben, daß der in Deutschland bestehende Gebrauch, nach welchem die Apotheker den practisirenden Aerzten ihres Orts mit Zucker, Caffee, Gewürzen, und andern dergleichen Materialwaaren sogenannte Weihnachtsgeschenke machen, auch in Unsern Staaten hergebracht ist. Es fällt in die Augen, daß diese Observanz, so alt sie auch immer seyn mag, mit den Grundsätzen einer guten Staatsverwaltung unverträglich ist. Wir schaffen sie daher nicht allein ganz ab, indem Wir ernstlichst verbieten, daß die Apotheker weder zur Weihnachts- noch zu einer andern Zeit den Aerzten ihres Orts dergleichen Geschenke anbieten sollen, sondern wollen auch, um Unserm Gesetz desto mehrern Nachdruck zu geben, daß folgende besondere Vorschriften in dieser Hinsicht beobachtet werden sollen.

I.

Ein jeder Apotheker und jeder ausübender Arzt des Orts, welcher überwiesen werden kann, daß er Geschenke der obigen Art entweder angeboten oder angenommen habe, soll für jeden Fall in Zwanzig Thaler fiscalische Strafe zu dem gewöhnlichen Straffonds Unseres Obercollegii Medici verfallen seyn. Ausserdem soll er

II.

Dem Denuncianten die Hälfte dieser Strafe als Denunciantentheil bezahlen.

III.

Ist der Arzt, der das Geschenk genommen hat, der Physicus des Orts, so verliert er dadurch, neben der Verwürkung der ad I. bestimmten Strafe, die Oberaufsicht über einen solchen Apotheker und das Recht, die Apotheke des Geschenkgebers alle drey Jahre zu visitiren, mit allen davon abhangenden Emolumenten und Vortheilen.

Ein Apotheker aber, der es gewagt hat, dem ihm vorgesetzten Physico solche Geschenke anzubieten, wird dem nächsten Physico des Orts seines Etablissements unterworfen, auch soll dessen Apotheke sogleich ausserordentlich visitirt werden, indem er sich durch das Geschenk den Verdacht zugezogen hat, daß er schlechte Medicinalwaaren debitiren müsse. Ihn sollen daher nicht allein die Kosten dieser ausserordentlichen Visitation treffen, sondern ihm auch die Kosten der gewöhnlichen dreyjährigen Visitation in so fern zur Last gelegt werden, als sie diejenigen übersteigen, welche die gewöhnliche Visitation durch den Physicum des Orts verursacht haben würde.

IV.

Damit indes den Apothekern alle Motive zu dergleichen Geschenken ganz genommen werden, bringen Wir den ausübenden Aerzten Unsere Medicinalordnung, nach welcher ihnen untersagt worden ist, einen Apotheker für den andern vorzuschlagen oder zu empfehlen, hiermit in ernstliche Erinnerung, nur bey seltenen oder mit vorzüglicher Geschicklichkeit zuzubereitenden Arzneymitteln wollen Wir den Aerzten überlassen, dem Patienten die Apotheke, worin solches Medicament zu haben ist, zu benennen, auch bey gewöhnlichen Arzneymitteln, welche bey ihrer Zubereitung schon eine mehr als gemeine Geschicklichkeit der Pharmacie erfordern, wollen Wir dem ausübenden Arzt nicht verschränken, falls er nach seiner Sachkenntniß glaubt, daß solche in dieser oder jener Apotheke des Orts nicht gleich gut verfertigt werden, dem Patienten die Apotheke nachzuweisen, worin das verschriebene Arzneymittel zubereitet werden kann.

V.

So wie Wir nun hierdurch den Mißbrauch mit den Weihnachts- und Neujahrs-

Abb. 1: Verordnung von Friedrich Willhelm III.

Bildquelle:

Lewinsky H. (1917): Die Apothekenbetriebsrechte in Preußen 1917, Berlin

vorhandenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Fehlverhaltensbekämpfung wurde ausdrücklich für zulässig erklärt (BT-Drs. 15/1525; S. 99/138).

> Die Stellen nach § 197a Abs. 1 SGB V nehmen auch die Aufgaben der entsprechenden Stellen der Pflegekassen und ihrer Verbände wahr (§ 47a Abs. 1 S. 2 SGB XI).
>
> Eine analoge Vorschrift wurde auch für die Kassenärztlichen (Bundes-) Vereinigungen in Form von § 81a SGB V geschaffen.

Durch die gesetzliche Regelung kann sich jede Person an eine Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wenden und einen Hinweis auf ein Fehlverhalten abgeben. Die Stelle hat denjenigen Hinweisen nachzugehen, die hinreichend substantiiert sind und aufgrund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen (Abs. 2).

Die Kranken- und Pflegekassen haben zur Erfüllung der Aufgaben zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen untereinander und vor allem auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten (Abs. 3).

Einen besonderen Schwerpunkt in der Tätigkeit der Stelle nimmt die unverzügliche Unterrichtung der Staatsanwaltschaft ein, wenn eine Prüfung ergeben sollte, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte (Abs. 4). Nach dem Willen des Gesetzgebers (s. o.) soll die Unterrichtung der Staatsanwaltschaft die Selbstreinigung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung fördern. Unterbleibt eine solche Unterrichtung, kann eine Strafbarkeit nach § 258 StGB (Strafvereitelung) in Betracht kommen. Andererseits sind Fälle von geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung (sog. Bagatellfälle) nicht mitteilungspflichtig, auch damit kein allgemeines Klima des Misstrauens insbesondere in dem komplexen Verhandlungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung erzeugt wird.

Gemäß Abs. 5 hat der Vorstand dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu berichten. Der Bericht ist ebenso der Aufsichtsbehörde und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuzuleiten. Intention des Gesetzgebers ist hier die Schaffung von Transparenz und die zusätzliche Förderung der Selbstreinigungskräfte.

1.1.3 Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen

GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Jahr 2011

Die Datenübermittlungsbefugnisse erfuhren mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG; BT-Drs. 17/8005, S. 66) vom 22. Dezember 2011 dahingehend eine Konkretisierung, dass die Stellen nunmehr untereinander sowie mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auch personenbezogene Daten übermitteln dürfen, soweit dies zur Feststellung oder Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist (Abs. 3a). Hintergrund hierfür war ein Hinweis des Bundesrechnungshofes, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen ohne eine Zusammenarbeit der Krankenkassen, insbesondere auch kassenartenübergreifend, und ohne eine Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kassen(zahn) ärztlichen Vereinigungen oft nicht feststellbar ist. Aus der Gesetzesbegründung ist hierzu u. a. zu entnehmen: *„Da die Frage, ob sich bereits aus dem geltenden Recht derartige Befugnisse ergeben, in der Vergangenheit unterschiedlich beurteilt wurde und Datenübermittlungen zum Teil mit der Begründung verwehrt wurden, es fehle an der hierfür erforderlichen Rechtsgrundlage, werden diesen Stellen im neuen Absatz 3a der §§ 81a und 197a SGB V nunmehr explizit und normenklar die erforderlichen Datenübermittlungsbefugnisse eingeräumt. Über den Verweis in § 47a Satz 1 SGB XI auf § 197a SGB V gilt dies entsprechend für bei den Pflegekassen eingerichtete Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Die datenschutzrechtliche Verantwortung für die erforderliche Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung trägt die jeweilige Krankenkasse beziehungsweise der Verband.“*

Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen im Jahr 2016

Neben der Ergänzung des Strafgesetzbuches (StGB) um neue Vorschriften zur Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§ 299a StGB), zur Bestechung im

Gesundheitswesen (§ 299b StGB) sowie zu besonders schweren Fällen der Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr und im Gesundheitswesen (§ 300 StGB) erfuhr auch § 197a SGB V mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (BT-Drs. 18/6446, S. 9) vom 30. Mai 2016 nach mehr als zehn Jahren weitere Konkretisierungen zu den Vorstellungen des Gesetzgebers zur Fehlverhaltensbekämpfung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

So wurde § 197a Abs. 3 SGB V dahingehend ergänzt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen organisiert, an dem die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form zu beteiligen sind. Über die Ergebnisse des Erfahrungsaustausches sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.

Es sollten zudem ab 1. Januar 2017 trotz unterschiedlicher Strukturen in der Kassenlandschaft einheitliche und vergleichbare Maßstäbe gewährleistet werden. Hierfür wurden insbesondere die Vorgaben hinsichtlich der künftig erforderlichen Daten im zweijährigen Tätigkeitsbericht konkretisiert. Zudem ist der Bericht jetzt neben der zuständigen Aufsichtsbehörde auch dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuzuleiten. Darüber hinaus wurde Abs. 5 um einen neuen Satz 3 ergänzt: Künftig sind im Bericht zusammengefasst auch die Anzahl der Leistungserbringenden und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle, die Art und Schwere des Pflichtverstoßes und die dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sowie sonstige geeignete Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.

Parallel dazu wurde überraschend und unerwartet ein neuer Abs. 6 an die bestehende gesetzliche Regelung angefügt, wonach der GKV-Spitzenverband zum 1. Januar 2017 nähere Bestimmungen über

- die einheitliche Organisation der Fehlverhaltensstellen,
- die Kontrollbefugnisse des GKV-Spitzenverbandes,
- die Prüfung der Fehlverhaltenshinweise,
- die Zusammenarbeit der Stellen untereinander und mit anderen Stellen sowie
- die Unterrichtung der Staatsanwaltschaften

zu treffen und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen hat. Zudem hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Berichte nach Abs. 5, die ihm von seinen Mitgliedern zuzuleiten sind, zusammenzuführen, die Ergebnisse mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abzugleichen und seinen eigenen Bericht im Internet zu veröffentlichen.

Die Vielfalt der zu definierenden Punkte brachte letztendlich einen Zeitverzug mit sich, sodass die näheren Bestimmungen zu den §§ 197a Abs. 6 SGB V/47a SGB XI letztendlich erst am 20. November 2017 mit Wirkung zum 1. Januar 2018 verabschiedet werden konnten. Dabei musste bis dato z. B. die Definition des verhinderten Schadens offenbleiben, da es auch im aktuellen Berichtszeitraum weiterhin an geeigneten Berechnungsformeln zur Ermittlung eines verhinderten Schadens fehlt.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019
Eine weitere Klarstellung erfuhr § 197a SGB V durch die Ergänzung um einen Absatz 3b durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG; BT-Drs. 19/6337, S. 35) vom 6. Mai 2019. Damit war auch die Übermittlung personenbezogener Daten durch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen an

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringenden 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

ausdrücklich für zulässig erklärt, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist. Dabei wurde es allerdings ausschließlich dem Medizinischen Dienst gestattet, personenbezogene Daten im umgekehrten Weg unter denselben Voraussetzungen an die Stellen der Kassen zu übermitteln (Abs. 3b).

Die Umschreibung der möglichen Empfänger ist bewusst weit gefasst, um sicherzustellen, dass alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringenden sämtlicher Versorgungsbereiche genutzt werden können. Es kann sich um Stellen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Organisationen, bei denen die Fehlverhaltensstellen eingerichtet sind, handeln (Gesetzesbegründung zu § 197a Abs. 3b SGB V). Weiter wurde in der Gesetzesbegründung klargestellt: *„Durch die Benennung der „Verhinderung oder Aufdeckung" von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als mögliche Übermittlungszwecke wird wie in § 81a Absatz 3b Satz 1 klargestellt, dass die übermittelten Daten als Grundlage sowohl für präventive als auch für reaktive Maßnahmen dienen können, die in der Zuständigkeit der jeweiligen Empfänger liegen."*

Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)"
Bereits im letzten Berichtszeitraum konnte über die Überlegungen des Digitalausschusses des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) zum Einsatz von KI-Systemen im Rahmen der Bekämpfung und Verhinderung von Fehlverhalten berichtet werden. Diese mündeten in einem entsprechenden Beitrag, der am 10. Dezember 2021 auf der dortigen Webseite mit folgendem Fazit veröffentlicht wurde: *„Die Bekämpfung von Fehlverhalten kann durch den gezielten Einsatz von KI-Systemen und einem damit verbundenen kassenübergreifenden Austausch von Daten effektiver gestaltet werden. Die Verarbeitungsbefugnis des § 197a SGB V ist für diesen Zweck bereits relativ weit gefasst. Der Verarbeitungsansatz wird jedoch grundlegend verändert: von einer Kontrolle im Einzelfall nach Anzeigen Dritter hin zu einer Analyse der eigenen Bestände aufgrund von kassenübergreifend erstellten Verdachtsmustern. Dies eröffnet bei der Rechtsauslegung weite Beurteilungsspielräume. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte jedoch mit einer expliziten klarstellenden Erweiterung die gesetzliche Verarbeitungsgrundlage neugestaltet werden."*

Im vollen Wortlaut stellt das BAS klar, dass die Ermächtigungsgrundlage des § 197a Abs. 1 SGB V technikneutral formuliert sei. Aus Sicht des BAS sei daher unstrittig, dass auch bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen die jeweils vorhandenen technischen Möglichkeiten im zulässigen Rahmen eingesetzt werden können. Mit Verweis auf die allgemeinen Kontrollbefugnisse gem. § 67c Abs. 3 SGB X werde deutlich gemacht, dass dieses Recht umfassend zu verstehen sei. Aus datenschutzrechtlicher Sicht handele es sich insoweit auch nicht um eine Zweckänderung der gespeicherten Daten, die besonders legitimiert werden müsse. Dennoch hielt das BAS aus Gründen der Rechtssicherheit eine Erweiterung der Verarbeitungsgrundlage für vorteilhaft und schlug einen neuen Abs. 3c vor. Dieser soll laut dem Referentenentwurf wie folgt lauten: *„Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen Datenbestände mit denen anderer Kassen und der weiteren anderen in Absatz 1 genannten Organisationen zum Zweck der Entwicklung von datenbasierten Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten zusammenführen. Der Versichertenbezug ist zuvor zu entfernen. Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen nur ihre eigenen Datenbestände mit den Verfahren nach Satz 1 zur Erkennung von Verdachtsfällen auswerten."*

Die AOK Bayern begrüßt diese Regelung als sinnvoll und notwendig. Ergänzende Ausführungen hierzu finden sich in Kapitel 5.

Zusätzlich zu dem beabsichtigten neuen Absatz 3c soll mit dem GVSG auch der bisherige Absatz 2 erweitert werden und künftig als Nr. 6 auch „die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden" umfassen. Zusätzlich soll Satz 3 a. a. O. wie folgt gefasst werden: *„Die Stellen nach Absatz 3b dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist."* Damit dürfte die bis dato (mit Ausnahme des Medizinischen Dienstes) vorhandene „Einbahnstraße" für Hinweise auf Fehlverhalten aufgehoben sein und Meldungen in jede Richtung zwischen den genannten Stellen möglich sein.

Ob der Referentenentwurf noch Änderungen erfährt, ist derzeit nicht beurteilbar. Die Umsetzung der Änderungen in der Praxis sind abzuwarten.

1.2 Organisation und Strukturen

Die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der AOK Bayern beobachtet die Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie der Näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes permanent und reagiert bei Änderungen jeweils mit einer Prüfung der aktuellen Organisation sowie der Strukturen auf ihre Aktualität und Integrität.

Im Rahmen der stetigen Weiterentwicklung wird dabei auch die Anweisung zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der AOK Bayern – sofern erforderlich – den neuen Rahmenbedingungen angepasst. Sämtliche gesetzlichen Vorgaben, aber auch Anregungen aus z.B. dem Bereich Revision und Consulting, werden in den Gesamtprozess eingearbeitet sowie erforderliche fachliche und organisatorische Anpassungen umgesetzt.

Handlungsfelder der Fehlverhaltensbekämpfung in der AOK Bayern

Der Schwerpunkt der Fehlverhaltensbekämpfung der AOK Bayern erstreckt sich auf die Bereiche des Leistungs- und Abrechnungsbetruges im Zusammenhang mit der Gewährung von Sozialleistungen an Versicherte und der Bezahlung der Leistungserbringenden

Gesetzliche Aufgabe und ihre Umsetzung in der AOK Bayern

Sachliche Zuständigkeiten

„Unregelmäßigkeiten"

In erster Linie Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen wie

- 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) sowie typische Begleitdelikte.

Die sachliche Zuständigkeit der Stellen ist nicht auf straf- und bußgeldbewehrtes Verhalten beschränkt!

„Rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln"

Alle (nach dem geltenden Strafrecht straflosen) regelwidrigen Vermögensverfügungen zu Lasten der Finanzmittel der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung wie z.B.

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

Zusätzlich:

- Missbrauchsfälle bei der Verwaltung des Sondervermögens nach dem Aufwendungsausgleichgesetz (AAG)
- Vertragsverstöße mit Vertragsstrafen (z. B. § 128 Abs. 3 SGB V)

Abb. 2: Gesetzliche Aufgabe und ihre Umsetzung in der AOK Bayern

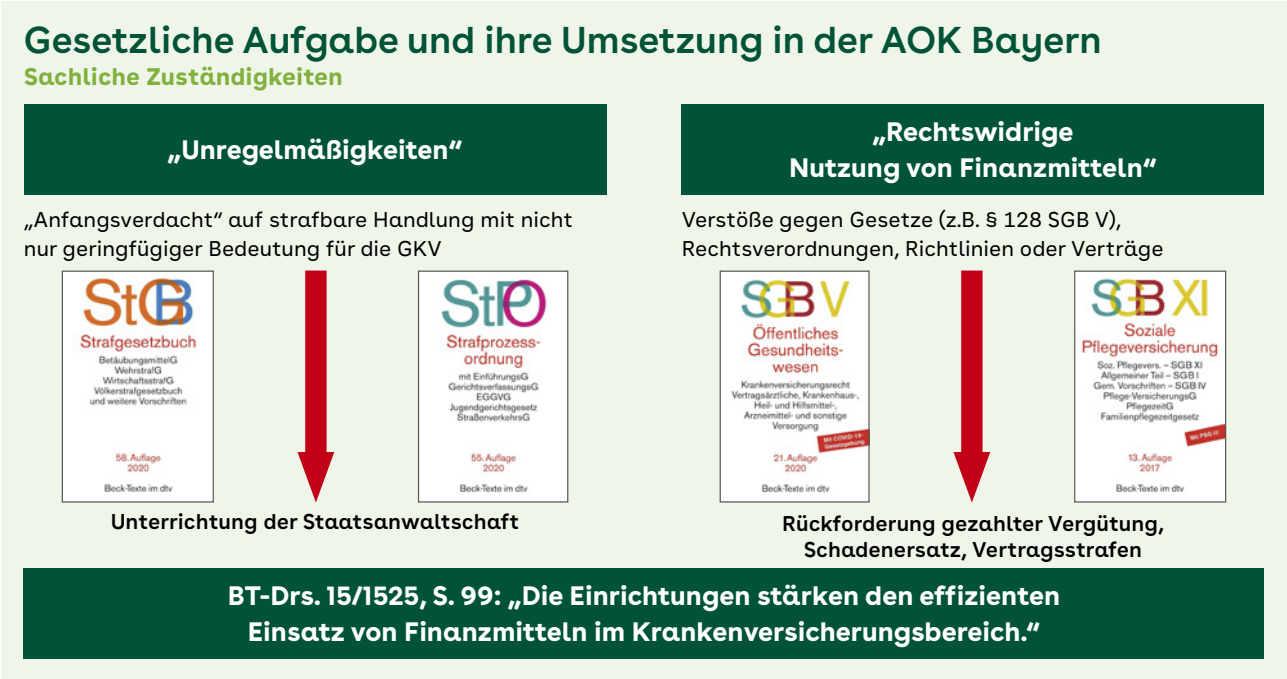


Abb. 3: Gesetzliche Aufgabe und ihre Umsetzung in der AOK Bayern

sowie Pflichten und Ansprüchen von Arbeitgebenden. Wie der untenstehenden Abbildung zu entnehmen ist, schließt sie aber auch die Felder ein, in denen die AOK Bayern als Auftraggeberin oder Arbeitgeberin von Unregelmäßigkeiten betroffen sein kann.

Organisation

Seit dem Bestehen der Fehlverhaltensbekämpfung und der damit verbundenen gesetzlichen Verpflichtung ist bei der AOK Bayern die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (StBvFG) eingerichtet. Diese Stelle ist als organisatorisch eigenständige Einheit dem Bevollmächtigten Leistungs- und Versorgungssteuerung zugehörig und im Bereich Verbraucherschutz angesiedelt. In fachlicher Hinsicht erfolgen die Abstimmungen mit dem Geschäftsbereich Recht.

Als Beauftragten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hat der Vorstand für die AOK Bayern Herrn Dominik Schirmer, Bereichsleiter Verbraucherschutz im Ressort Grundsatz/Recht, berufen.

Der Beauftragte zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sowie die StBvFG sind im Rahmen ihrer Aufgaben weisungsunabhängig. Der Beauftragte hat einen direkten Zugang zum Vorstand.

Das Team der StBvFG besteht aus zehn Referentinnen und Referenten mit unterschiedlichen Zeitansätzen (Vollzeit/Teilzeit), die dem Beauftragten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen fachlich und disziplinarisch unterstellt sind. Alle Mitarbeitenden sind neben den täglich anfallenden Routineaufgaben für bestimmte Schwerpunktthemen verantwortlich, welche der in Kapitel 7 dargestellten Geschäftsverteilung zu entnehmen sind.

Alle Unternehmenseinheiten der AOK Bayern, insbesondere die innerhalb der Fehlverhaltensbekämpfung tätigen Fachbereiche und deren Mitarbeitende, sind zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages an inhaltliche und fachliche Weisungen des Beauftragten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bzw. der StBvFG gebunden.

Struktur

Der gesamte Arbeitsprozess (s. Punkt 1.4) der Fehlverhaltensbekämpfung innerhalb der AOK Bayern – von der Aufdeckung bis hin zur Sicherung der Forderung eines etwaig entstandenen Schadens – erfolgt im Rahmen des sog. „3-Stufen-Modells".

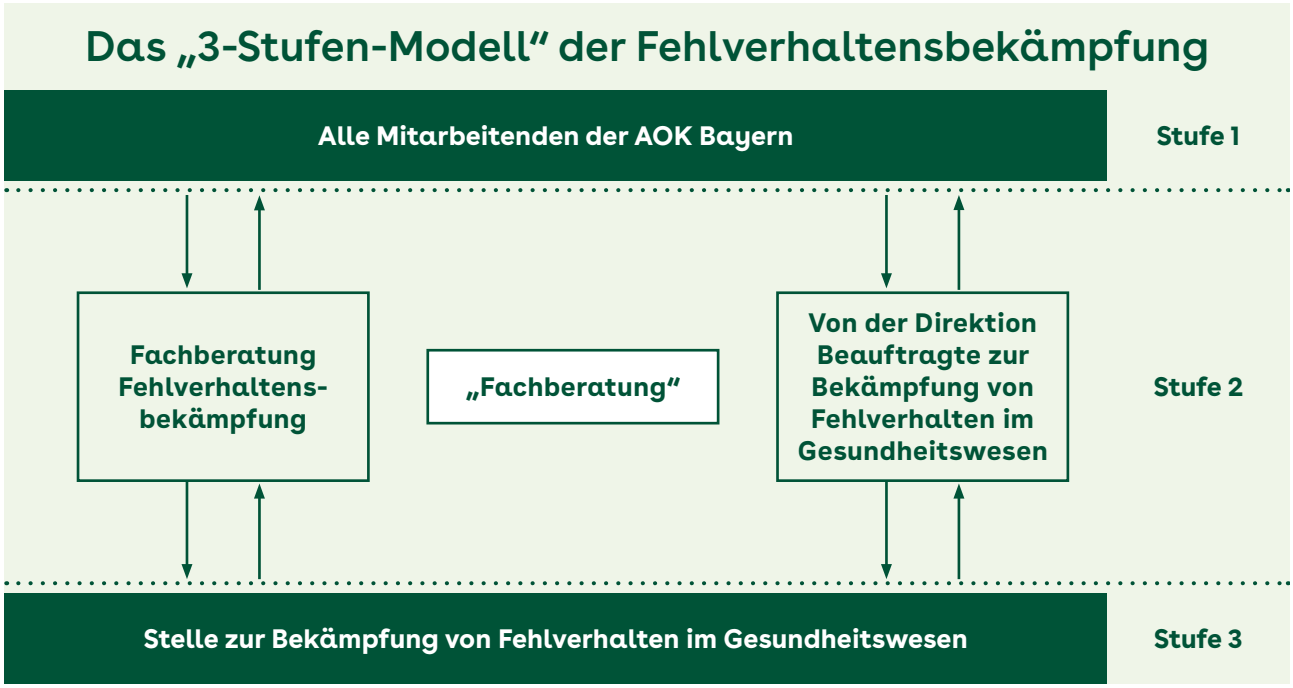


Abb. : 4-Stufen-Modell der Fehlverhaltensbekämpfung

Zur Bearbeitung bzw. Koordination von Einzelfällen wurden in den Geschäftsbereichen bzw. Unternehmenseinheiten Fachberatungen Fehlverhaltensbekämpfung eingerichtet und in den Direktionen Beauftragte zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen benannt. Diese Tätigkeiten werden in Kürze in eine „Fachberatung versichertenbezogenes Fehlverhalten" überführt, wodurch eine bayernweit einheitliche Struktur in der Fehlverhaltensbekämpfung erreicht wird (vgl. Kapitel 1.3).

Um Fehlverhalten im Gesundheitswesen festzustellen ist Spezialwissen bei der Recherche erforderlich. Mit dem weiterentwickelten „3-Stufen-Modell" ist gewährleistet, dass jegliches in der AOK Bayern vorhandene Fachwissen aus verschiedenen Bereichen und unterschiedlichsten Ebenen genutzt wird.

Das Konzept des „3-Stufen-Modells" stellt bayernweit eine flächendeckende sowie strukturierte Fallanalyse und Fallaufbereitung sicher, welche zugleich für die klar und fundiert formulierte Unterrichtung an die Staatsanwaltschaft von enormer Bedeutung ist.

1.3 Bearbeitung von versichertenbezogenem Fehlverhalten in der AOK Bayern

Die Bearbeitung versichertenbezogener Fehlverhaltensfälle in der AOK Bayern erfolgt nach dem Verursacherprinzip, d.h. das Fehlverhalten dort bearbeitet wird, wo es entsteht bzw. entstanden ist. Dies hat zur Folge, dass in den Direktionen der AOK Bayern grds. alle Auffälligkeiten nach § 197a SGB V bearbeitet werden, die im Zusammenhang mit Versicherten der AOK Bayern stehen (Ausnahme: Rezeptfälschungen). Die Umsetzung dieser Bearbeitungsweise sah die Benennung von sogenannten „direktionalen Beauftragten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen" sowie Sachbearbeitenden durch die jeweilige Direktion vor. In den vergangenen Jahren waren in der AOK Bayern dadurch regelmäßig mehr als 100 Mitarbeitende mit der Thematik versichertenbezogener Fehlverhaltensfälle befasst.

Im Rahmen ihrer Grundsatzarbeit prüft die StBvFG regelmäßig, ob Optimierungsmöglichkeiten in einzelnen Bereichen der Fehlverhaltensbekämpfung vorhanden sind. Insbesondere für den Bereich der direktionalen Fehlverhaltensbearbeitung konnten

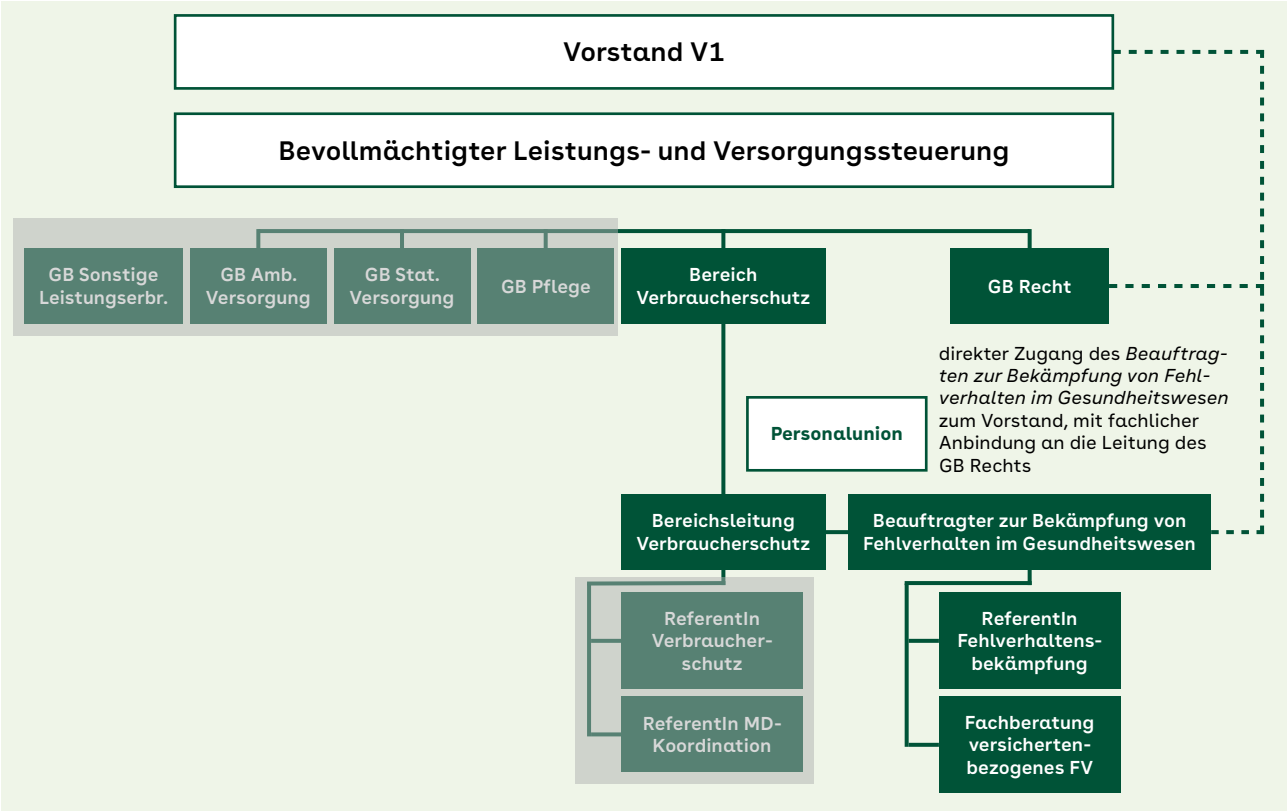


Abb. 5: Organigramm StBvFG – Strukturen versichertenbezogenes Fehlverhalten

hierbei im Rahmen eines objektiven 360°-Blicks Handlungsbedarfe identifiziert werden, welche zu einer Neuaufstellung der Fallbearbeitung versichertenbezogener Sachverhalte führten und in der Implementierung einer neuen Fachberatung mündeten.

So wurde ein zukunftsorientiertes Modell erarbeitet, in dem sowohl die Qualität, als auch die Quantität im Sinne einer Effizienz- und Produktivitätssteigerung potenzial-ausschöpfend verbessert werden sollen, um die Bearbeitung der versichertenbezogenen Fehlverhaltensfälle mit direkter Zuordnung zur StBvFG gebündelt und unter einheitlichen Standards durchführen zu können. Das Kerngeschäft der neuen Strukturen bildet auch weiterhin die Analyse, Ausarbeitung und Durchführung von Prüfroutinen zur Detektion relevanter Sachverhalte. Die Neuaufstellung soll jedoch auch einen Synergieeffekt schaffen und bewirken, dass sich die Fehlverhaltensbekämpfung zukünftig auch im versichertenbezogenen Bereich nicht nur auf die Aufdeckung bereits erfolgten Fehlverhaltens erstreckt, sondern auch präventiv wirkt.

Die Umsetzung des neu erarbeiteten Konzeptes inklusive der Implementierung der damit einhergehenden Strukturen, Schnittstellen und Zuständigkeiten soll im ersten Halbjahr 2024 erfolgen, sodass erste aussagekräftige Ergebnisse zur Arbeit der neuen Fachberatung im Laufe des kommenden Berichtszeitraums 2024/2025 vorliegen werden.

1.4 Arbeitsprozess

Für die Feststellung und effektive Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist eine Recherche mit fundiertem Fachwissen sowie eine einheitliche Vorgehensweise erforderlich.

Gehen in den Fachbereichen, Direktionen oder bei der StBvFG selbst Hinweise, Fälle und Sachverhalte ein, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten, so wird diesen nachgegangen.

Hierzu wird von dem betroffenen Fachbereich eine umfangreiche Überprüfung eingeleitet. Dabei werden je nach Fallart unter anderem interne Rücksprachen

mit anderen Fachbereichen gehalten, Versichertenbefragungen durchgeführt, Datenauswertungen erstellt und in geeigneten Fällen zum Betroffenen Kontakt aufgenommen. Diese aufwendige Fallaufbereitung dient dazu, die Auffälligkeiten zu verifizieren, um Betroffene im Idealfall hinsichtlich der Vorwürfe zu entlasten. Andererseits kann sich hierbei auch eine strafrechtliche Relevanz mit der Folge einer Unterrichtung der Staatsanwaltschaft ergeben. Um alle Facetten des Rechts ausreichend berücksichtigt zu wissen, werden die einzelnen Gesichtspunkte und Argumente im Rahmen einer Falldurchsprache zwischen dem/den Fachbereich/en und der StBvFG intensiv ausgetauscht und gemeinsam das weitere Vorgehen festgelegt. Hierzu findet stets ein enger Austausch zwischen der jeweiligen Fachberatung Fehlverhaltensbekämpfung und der StBvFG statt.

Die Arbeitsprozesse sind nachfolgend vereinfacht dargestellt:

Bestätigt sich der Anfangsverdacht einer strafbaren Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenkasse, wird die zuständige Staatsanwaltschaft unverzüglich nach § 197a Abs. 4 SGB V unterrichtet. Hierzu wird durch die zuständige Fachberatung Fehlverhaltensbekämpfung und die StBvFG eine detaillierte Sachverhaltsschilderung erstellt. Diese nennt die (sozialversicherungs-)rechtlichen Grundlagen sowie das aus Sicht des Hinweisgebenden und/oder der AOK Bayern vermutete Fehlverhalten. Für die Koordination und die weitere strafrechtliche Bearbeitung des Falles bis zum Verfahrensausgang sind die Referentinnen und Referenten der StBvFG zuständig.

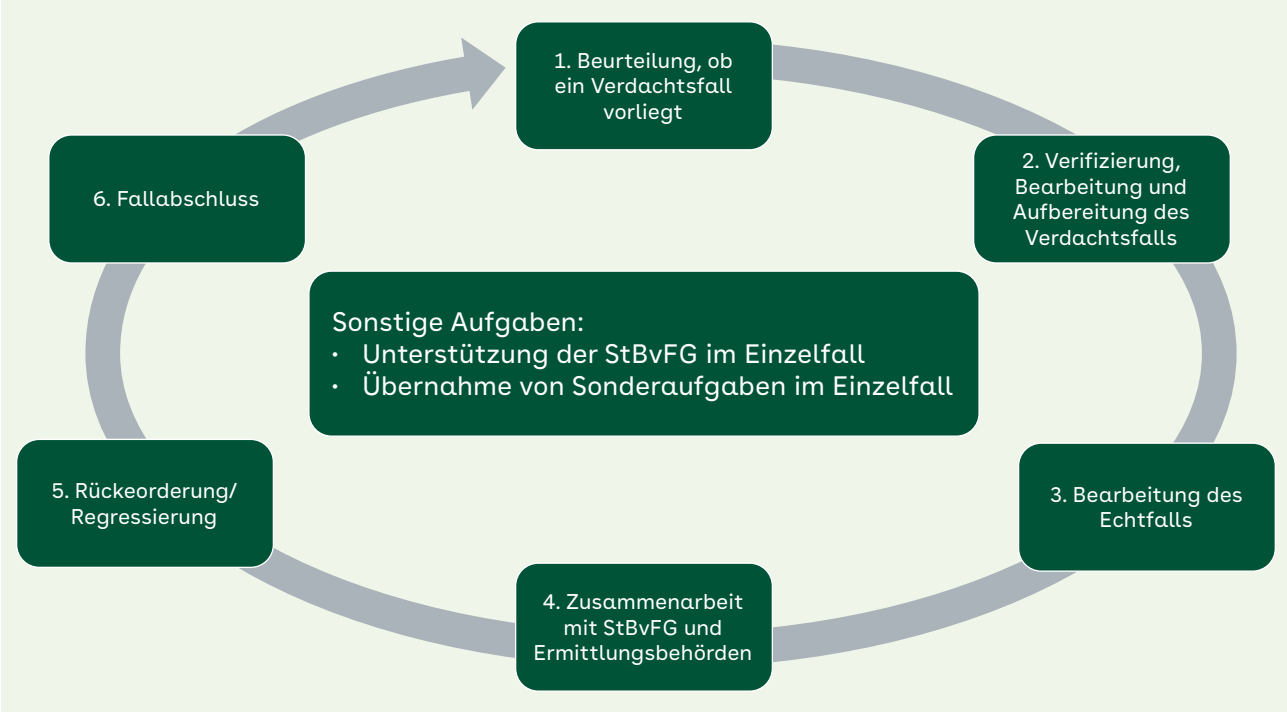


Abb. 6: Aufgaben der Fachberatungen, direktionalen Beauftragten und Ansprechpersonen

1.5 Entwicklung und Fazit aus 20 Jahren Fehlverhaltensbekämpfung

Mit der Einführung des § 197a SGB V im Jahr 2004 wurde in der AOK Bayern ein Projekt aufgesetzt, um eine bayernweit einheitliche Struktur und Vorgehensweise bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sicherzustellen. In einem quartalsweisen Rhythmus wurde mit Hilfe einer Prozessanalyse die Aufarbeitung des Status quo, vorrangig im Leistungsmanagement und in der Pflegekasse vorgenommen. Ziel war es, im Rahmen einer einheitlichen Prozess- und Umsetzungsplanung die weitere inhaltliche Gestaltung zur Arbeitsaufnahme der Fehlverhaltensbekämpfung voranzutreiben und die technischen Voraussetzungen für eine funktionierende und zweckmäßige Fallerfassungssoftware ConSol CM zu schaffen. Auch die Etablierung von Organisations- und Ansprechstrukturen (auch Telefon, Internet und Schriftverkehr unter Berücksichtigung des Persönlichkeitsschutzes) wurde prioritär verfolgt. Zudem galt es, auch die weiteren Facetten des Fehlverhaltens, quasi am Rande des expliziten Leistungsgeschehens, zu beleuchten. Das externe und interne Beziehungsgeflecht der AOK Bayern als Auftraggeberin, Dienstleisterin und Arbeitgeberin muss hierbei genauso im Detail untersucht werden, wie das Handlungsfeld der gesamtinhaltlichen Prävention.

Im Laufe der Zeit ergaben sich mehr und mehr Themenfelder, die in die Fehlverhaltensbekämpfung integriert, teilweise aber auch nach einer strukturierten Aufarbeitung in die Linienbearbeitung überführt werden mussten. Mit dem steigenden Fallvolumen und der zunehmenden Komplexität der Fälle musste zudem die personelle Besetzung in der Fehlverhaltensbekämpfung – sowohl in der StBvFG als auch in den Fachberatungen Fehlverhaltensbekämpfung – mehrfach angepasst werden. Zum aktuellen Zeitpunkt stehen in der StBvFG zehn Referentinnen und Referenten mit unterschiedlichen Zeitansätzen (Vollzeit und Teilzeit) für Rückfragen und zur Beratung der jeweiligen Fachberatungen, für die Unterstützung bei rechtlichen Fragen im Rahmen der Geltendmachung von sozial- und/oder zivilrechtlichen Rückforderungen sowie für die Beurteilung strafrechtlich relevanter Fälle zur Verfügung. Auch die Bewertung von Grundsatzfragen und die Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung gehört zu deren Aufgabengebiet: Einige der erreichten rechtlichen Klarstellungen und Ergänzungen (siehe Kapitel 1) fußen auf Vorschlägen aus den Erfahrungen der StBvFG.

Nicht unerwähnt bleiben darf hierbei die Weiterentwicklung im Bereich der Ermittlungsbehörden: Ursprünglich gab es 22 bayerische Staatsanwaltschaften, die jeweils nur wenige Fälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorgelegt bekamen. Durch intensive Zusammenarbeit wurde die Bearbeitung dieser Fälle optimiert, indem zunächst drei bayerische Schwerpunktstaatsanwaltschaften eingerichtet wurden. Zwischenzeitlich wurden diese in eine Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg überführt. Dabei ist auch sehr erfreulich, dass auch die zuarbeitenden Strukturen bei den Ermittlungsbehörden zunehmend eine weitere Spezialisierung erfahren. So wurde in Bayern die „Zentrale Ansprechstelle der Bayerischen Polizei zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (ZAPFiG)" als Kontaktstelle implementiert. Eine weitere Schwerpunktsetzung bei den bayerischen Ermittlungsbehörden, hier der Justiz, in der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist in Bayern zum 1. Oktober 2022 in Kraft getreten, die auch den Bereich des Abrechnungsbetruges umfasst. Das Landgericht Nürnberg-Fürth übernimmt nun für ganz Bayern die erstinstanzliche Zuständigkeit für Vermögens- und Korruptionssachen im Gesundheitswesen – wenn sie in den Zuständigkeitsbereich der Landgerichte fallen.

Die zunehmende Professionalisierung, die praktischen Erfahrungen sowie die Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung in der Gesetzgebung erforderte auch Anpassungen in den Ansprechstrukturen. Bereits während des Gesetzgebungsverfahrens zum sog. Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) erfolgte eine Marktanalyse, ob und welche geeigneten technischen Lösungen für die spätere Umsetzung – insbesondere im Hinblick auf die Sicherstellung der Anonymität der Hinweisgebenden – verfügbar und für die AOK Bayern einsetzbar wären. Hier ergab sich schnell ein Zusammenschluss mit den Bereichen Compliance und Unternehmenssicherheit, die verpflichtend entsprechende Ansprechstrukturen schaffen mussten. Letztlich blieb die Fehlverhaltensbekämpfung im Hinweisgeberschutzgesetz zwar außen vor, entsprechende Ansprechstrukturen wurden jedoch zwischenzeitlich mit einer Software der Firma Vispato geschaffen und werden – auch ohne gesetzliche Verpflichtung – angeboten und auch genutzt.

Eine besondere Entwicklung erfuhr in 20 Jahren Fehlverhaltensbekämpfung die Zusammenarbeit der Kranken- und Pflegekassen untereinander sowie mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen. Grundsätzlich geprägt von Wettbewerb unter den Kassen wurde im Lauf der Zeit erkannt, dass die Fehlverhaltensbekämpfung nur gemeinsam funktionieren kann. Diese Erkenntnis führt heute dazu, dass ein sehr enger und regelmäßiger Austausch der Kassen gelebt und damit die Fehlverhaltensbekämpfung erfolgreich vorangebracht werden kann. Dies gilt sowohl innerhalb einzelner Kassen, aber auch bis hin zur Bundes- und Spitzenverbandsebene im Hinblick auf z. B. die Weiterentwicklung des § 197a SGB V.

Die besondere Organisationsstruktur innerhalb der AOK Bayern als Koordinationsmodell mit einer StBvFG und Fachberatungen Fehlverhaltensbekämpfung je Fachbereich hat in besonderem Maße zum heutigen Erfolg der Fehlverhaltensbekämpfung in der AOK Bayern beigetragen. Das Modell ermöglichte von Anfang an die Einbindung der Kompetenzen und des spezifischen Fachwissens aus den jeweiligen Geschäftsbereichen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Die in 20 Jahren Fehlverhaltensbekämpfung gewonnenen Erfahrungen konnten unter anderem in regelmäßigen (fachbereichsübergreifenden) Workshops und Erfahrungsaustauschen dargestellt werden. Dies wurde ergänzt durch themenbezogene Fortbildungen zu einzelnen Rechtsgebieten, was folglich ebenfalls zu einer deutlichen Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung in der AOK Bayern beigetragen hat. Oder kurz: „Lessons learned!"

Dennoch liegen noch viele Herausforderungen vor uns, die es in der gleichen qualitativ hochwertigen und zielstrebigen Art und Weise aufzuarbeiten und weiter zu entwickeln gilt. Der Ideenreichtum beim Fehlverhalten kennt (nahezu) keine Grenzen …

1200
1100
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12

2 Kennzahlen der Fehlverhaltensbekämpfung bei der AOK Bayern

Die gemeldeten Fehlverhaltensfälle werden bei der AOK Bayern in der Fallführungssoftware ConSol CM dokumentiert, bearbeitet und entsprechend den Fallkonstellationen und -mustern in verschiedenen Kennzahlen zusammengefasst. Nach einem Überblick über die wichtigsten Kennzahlen unserer Fallbearbeitung wird nachfolgend über die Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der AOK Bayern für die Jahre 2022 und 2023 detailliert berichtet. In einzelnen Kennzahlen sind auch in diesem Berichtszeitraum weiterhin Auswirkungen der pandemischen Lage aufgrund von „Corona" zu erkennen.

Überblick über die Kennzahlen aus der Fallbearbeitung:

- 2.471 Neufälle
- 1.509 Bestandsfälle
- 2.951 abgeschlossene Fälle

2.1 Eingegangene Hinweise

Der Ausdruck „eingegangene Hinweise" bezeichnet alle Fälle, die der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der AOK Bayern in ihrer Gesamtheit gemeldet wurden. Dabei unterscheidet die StBvFG zwischen extern und intern eingegangenen Hinweisen.

Externe Hinweise
Als „externe Hinweise" werden Hinweise bezeichnet, die der StBvFG durch Versicherte, Leistungserbringende, Arbeitgebende oder Dritte zugetragen werden. Bei Hinweisen von „Dritten" handelt es sich um Meldungen der AOK-Gemeinschaft, der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (ARGE Bayern BvFG), des GKV-Spitzenverbandes oder anderer Sozialleistungsträger, des Medizinischen Dienstes (MD) sowie um Hinweise der Strafverfolgungsbehörden, aus Medienberichten oder von anonymen Hinweisgebenden.

Externe Hinweisgebende können Verdachtsmomente telefonisch, schriftlich, per E-Mail, über ein Meldeformular im Internet oder ein (anonymes) Hinweisgebersystem an die StBvFG abgeben. Weitere Informationen hierzu sowie die Kontaktdaten und das Meldeformular sind auf der Webseite der AOK Bayern (https://bayern.aok.de → Medizin & Versorgung → Ihre Rechte als Patient → Fehlverhalten im Gesundheitswesen) zu finden. Dort ist zusätzlich ein Link auf das im Berichtszeitraum eingebundene anonyme Hinweisgebersystem Vispato (https://fehlverhalten.aokbayern-hinweisgebersystem.de/) integriert.

Im Berichtszeitraum 2022/2023 gingen bei der AOK Bayern insgesamt 1.841 externe Hinweise ein, was im Vergleich zum Berichtszeitraum 2020/2021 eine Steigerung um 638 externe Hinweise bedeutet. Mit einem Zuwachs von 53,03 % ist die im letzten Berichtszeitraum aufgrund der pandemischen Lage gesunkene Anzahl von Hinweisen mehr als ausgeglichen worden. Neben dem Wegfall der teils deutlichen Einschränkungen während der verschiedenen Corona-Phasen im letzten Berichtszeitraum ist ein Grund dafür in der Wiederaufnahme der Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes als fester Bestandteil der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI zu sehen. Auch die erhöhte Wahrnehmung der Fehlverhaltensbekämpfung in der Öffentlichkeit, z. B. durch die Berichterstattung in den Medien könnte eine Begründung für die Steigerung liefern.

Die Anzahl der anonym bei der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der AOK Bayern eingegangenen Hinweise war mit 205 Hinweisen nahezu identisch mit dem Wert im Berichtszeitraum 2020/2021 (195 Hinweise).

Interne Hinweise
Interne Hinweise resultieren aus festgestellten Auffälligkeiten oder Unregelmäßigkeiten bei stichprobenartigen oder routinemäßigen Abrechnungsprüfungen in der jeweiligen Fachabteilung.

Im Berichtszeitraum 2022/2023 erhielt die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle von den verschiedenen Fachabteilungen der AOK Bayern insgesamt 1.644 interne Hinweise. Erstmals seit Einführung des § 197a SGB V übersteigt bei der AOK Bayern damit die Anzahl der externen Hinweise die der internen Hinweise, was jedoch – wie oben dargestellt – insbesondere der Wiederaufnahme verschiedener Prüfungen geschuldet ist. Im Vergleich zum Berichtszeitraum 2020/2021 (1.568 interne Hinweise) ist die Anzahl der internen Hinweise leicht gestiegen.

Fazit:
Im vorliegenden Berichtszeitraum 2022/2023 sind bei der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle insgesamt **3.485 Hinweise** und damit etwa ein Fünftel mehr als noch im Berichtszeitraum 2020/2021 eingegangen. Wie bereits beschrieben dürfte die Ursache hierfür in hohem Maße in der Aufhebung der während der pandemischen Lage aufgrund des Coronavirus einhergehenden Einschränkungen zu finden sein. 3.485 Hinweise bedeuten durchschnittlich mehr als neun neue Fälle mit Verdacht auf Abrechnungsbetrug, Korruption, Bestechung oder Bestechlichkeit, die pro Kalendertag bei der StBvFG eingehen.

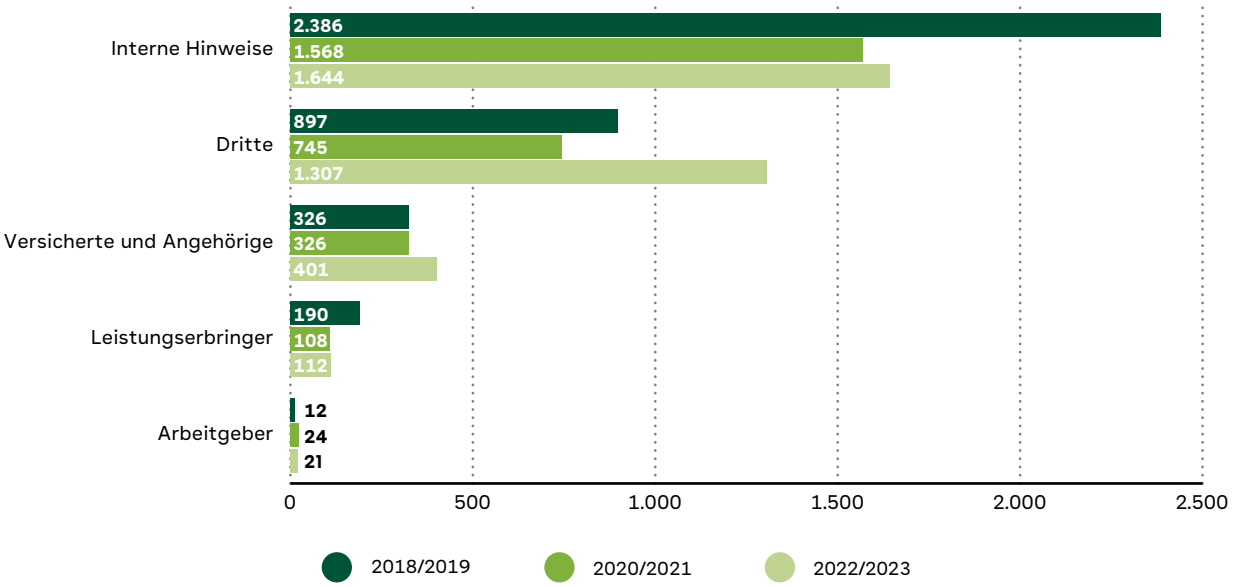


Abb. 7: Eingegangene Hinweise

2.2 Verfolgte Fälle im Berichtszeitraum

Die Abbildung zeigt die Verteilung der im Berichtszeitraum insgesamt verfolgten Fälle je Fachbereich. Diese können in Bestandsfälle und Neufälle differenziert werden. Bei Bestandsfällen handelt es sich um Fälle, deren Neuanlage in den vorherigen Berichtszeiträumen erfolgte und deren Bearbeitung in den Jahren 2022/2023 noch nicht abgeschlossen war. Neufälle sind im aktuellen Berichtszeitraum neu aufgegriffen worden.

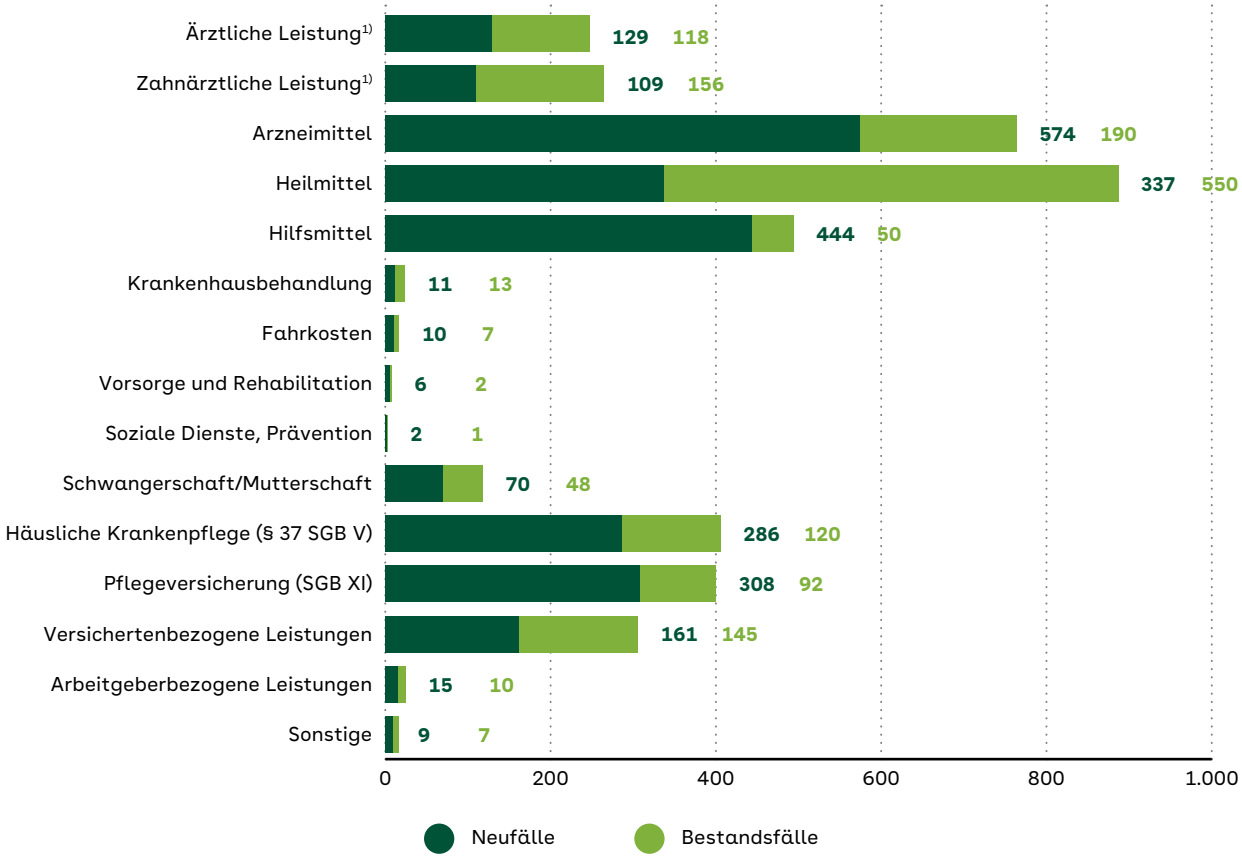


Abb. 8: Verfolgte Fälle

[1)] 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 AOK Bayern-Gesamtsicht erfasst für die Leistungsbereiche Ärztliche Leistung bzw. Zahnärztliche Leistung demgegenüber nur Fälle außerhalb der Verwendung der Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 1 SGB V), z.B. aus extrabudgetären Einzelleistungsvergütungen oder Selektivverträgen. Dies gilt ebenso für die Abbildungen 9 und 10.

Die nachfolgende Tabelle stellt die im Berichtszeitraum aufgetretenen Fallkonstellationen der Fehlverhaltensverdachtsfälle (Neufälle) unter Berücksichtigung der fachbereichsbezogenen Organisation und der damit verbundenen speziellen Bearbeitung der Einzelfälle vor.

Kategorien	Abrechnung anderer als der erbrachten Leistungen	Abrechnung höherwertiger Leistungen als erbracht (Aufwertung, Upcoding)	Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (Luftleistungen, Doppelabrechnung)	Abrechnung nicht mit vertragsgemäßer Qualifikation erbrachter Leistungen	Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen (unzulässige Delegation)	Abrechnung unwirtschaftlicher, medizinisch nicht indizierter Leistungen	Leistungsmissbrauch (§§ 15 Abs. 6 Satz 2, 38 oder 44 SGB V; § 39 SGB XI)	Sonstige	Urkundenfälschung, z. B. Verordnungs-, Rezept- oder Zertifikatsfälschung	Verstoß gegen das Verbot unzulässiger Zusammenarbeit (§§ 73 Abs. 7, 128 SGB V)	Gesamtergebnis
Arbeitgeber			1				2	11	1		**15**
Arznei- und Verbandmittel	3	1	508			1	8	21	27	5	**574 *)**
Ärztliche Leistung	5		78	2	11	4	2	18	7	2	**129**
Fahrkosten	2	1	2					4	1		**10**
Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	1	55	143	74		6		5	2		**286**
Heilmittel	16	4	204	61	1	5		35	9	2	**337**
Hilfsmittel	10		38	298	2	11		72 **)	3	10	**444**
Krankenhausbehandlung			2	3		1	1	3	1		**11**
Schwangerschaft / Mutterschaft		32	29		1	1		6	1		**70**
Soziale Dienste, Prävention								2			**2**
Vorsorge und Rehabilitation				1			1	3	1		**6**
Zahnärztliche Leistung	1	1	105		1	1					**109**
Mitarbeiter Kranken- und Pflegekassen											**0**
Pflegeversicherung (SGB XI)	13	17	234	4	3	2	7	19	9		**308**
Sonstige							2	5	2		**9**
Versicherte	1	1	11				116	15	17		**161**
Gesamtergebnis	**52**	**112**	**1.355**	**443**	**19**	**32**	**139**	**219**	**81**	**19**	**2.471**

Abb. 9: Pflichtverstöße der Neufälle

*) In 337 Fällen handelt es sich um Arzneimittel-Verordnungen während eines stationären Aufenthalts, bei deren Aufklärung die Fachberatungen aus dem Bereich Krankenhäuser mitwirken.

**) Hierunter finden sich bspw. Fälle, die im Zusammenhang mit Pauschalvergütungen auffällig waren, darüber hinaus Verdachtsfälle bei der Aufbereitung von Hilfsmitteln die zum Wiedereinsatz bestimmt waren sowie Fälle in denen im Zusammenhang mit der Auslieferung eines Hilfsmittels falsche Angaben gemacht wurden.

2.3 Abgeschlossene Fälle im Berichtszeitraum

Die nachfolgende Abbildung zeigt die im Berichtszeitraum 2022/2023 abgeschlossenen Fälle aus den jeweiligen Fachabteilungen.

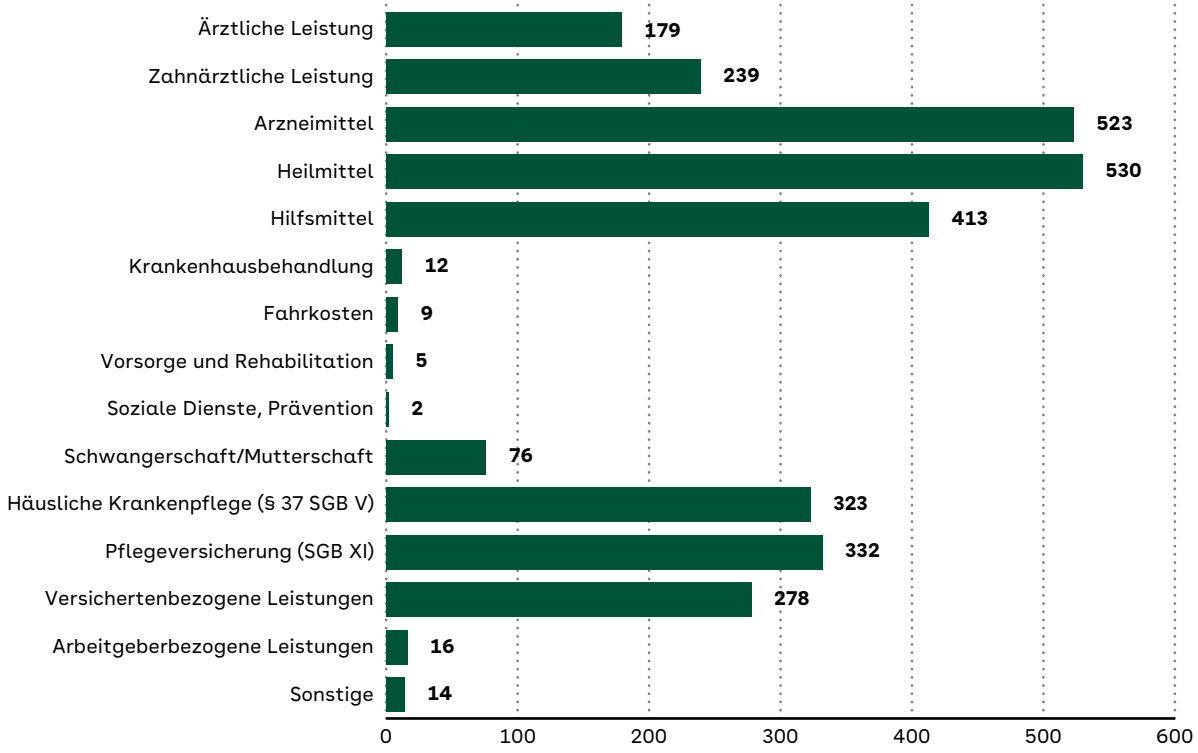


Abb. 10: Abgeschlossene Fälle

Erklärungen zu den Fachbezeichnungen

Entstandener Schaden
Nach der Gesetzesbegründung soll hier der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung beziffert werden, „der durch Prüfungen nicht vermieden werden konnte“ (BT-Drs. 18/6446, S. 24 f.). Die entstandenen Schadenssummen bezeichnen somit die im Rahmen der Ermittlungen konkret feststellbaren bzw. berechenbaren Forderungsbeträge inklusive des normativen Schadens.

Gesicherte Forderungen
Der Begriff 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“. Entsprechend der Definition des GKV-Spitzenverbandes bezeichnet dieser Begriff alle Beträge, die entweder bereits einbehalten wurden oder in irgendeiner Form abgesichert sind. Die Absicherung erfolgt dabei in der Regel durch ein vorhandenes Urteil, einen abgeschlossenen Vergleich oder ein Schuldanerkenntnis.

2.4 Entstandener Schaden und gesicherte Forderungen

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die entstandenen Schadenssummen und die gesicherten Forderungen aus Neufällen des aktuellen Berichtszeitraums sowie aus Bestandsfällen früherer Berichtszeiträume.

Aus den zugrundeliegenden Fehlverhaltensverdachtsfällen wurde im Berichtszeitraum eine **Schadenssumme von mehr als 30,6 Mio. EUR festgestellt**. Davon wurden **mehr als 13,4 Mio. EUR gesichert**.

Im entstandenen Schaden und den gesicherten Forderungen sind Vertragsstrafen – vorwiegend aus dem Fachbereich Heilmittel – enthalten. Von den geforderten Vertragsstrafen in Höhe von ca. 241.000 EUR konnten wir im vorliegenden Berichtszeitraum ca. 220.000 EUR sichern.

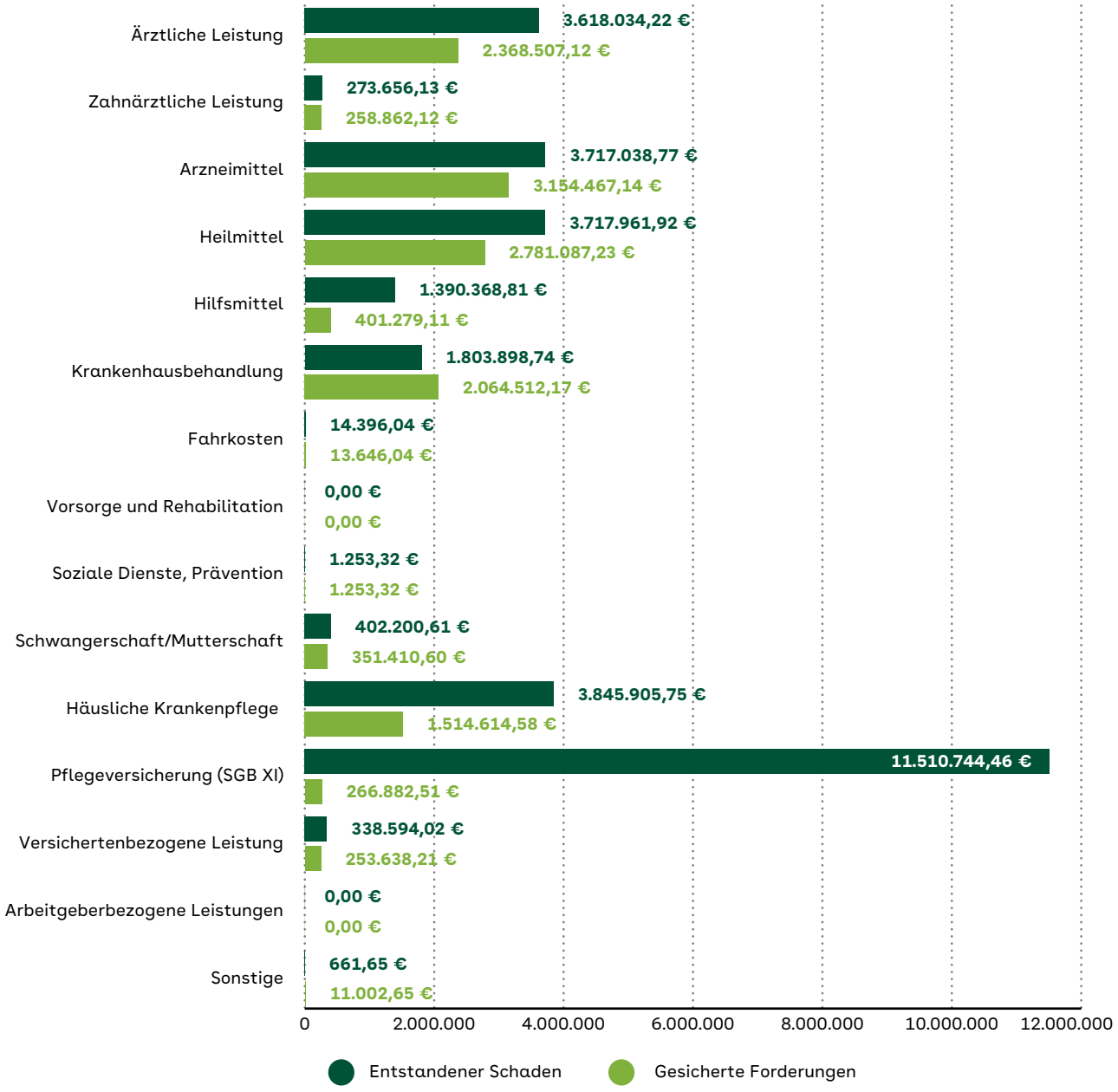


Abb. 11: Entstandene Schäden und gesicherte Forderungen

2.5 Entwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung

Die folgenden Abbildungen zeigen die Entwicklung der verfolgten Fälle sowie der entstandenen Schäden und gesicherten Forderungen seit dem Jahr 2014. Insgesamt wird erkennbar, dass bei einer in etwa gleichbleibenden Fallzahl ein leichter Anstieg der entstandenen Schäden sowie ebenfalls gestiegene gesicherte Forderungen zu verzeichnen sind.

Seit Einrichtung der StBvFG konnte bereits ein Betrag von mehr als 120 Mio. EUR gesichert werden.

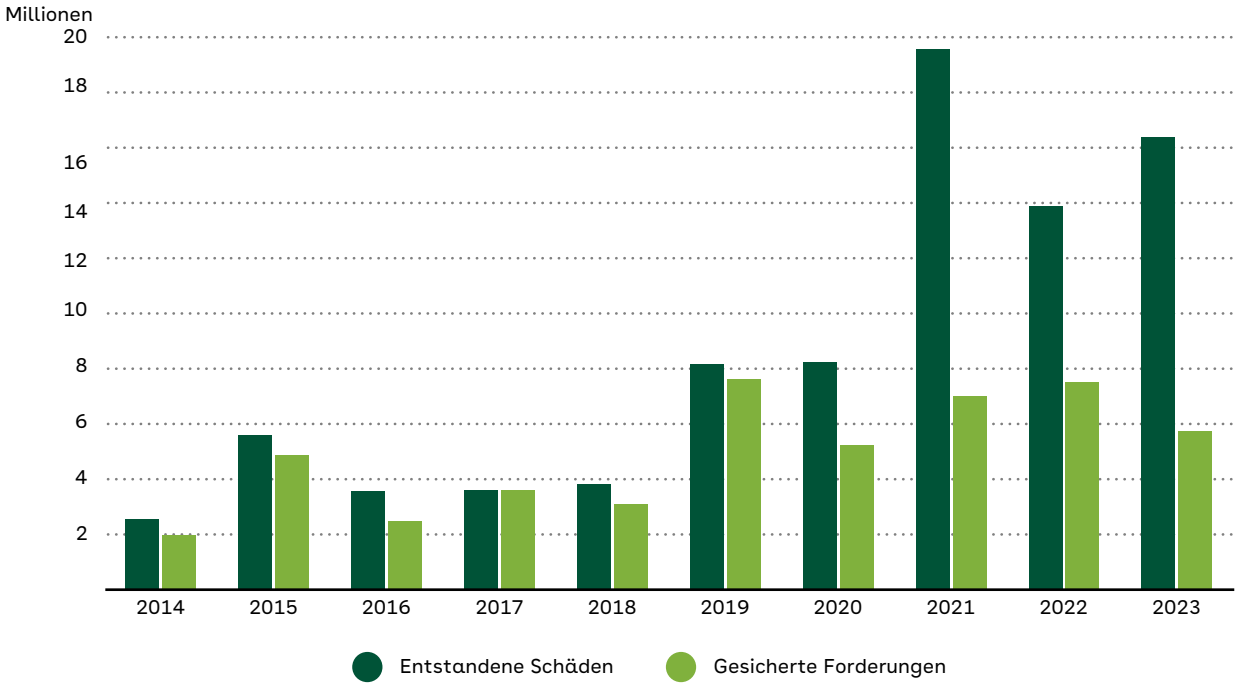


Abb. 12: Zeitlicher Verlauf der entstandenen Schäden und gesicherten Forderungen 2014 – 2023

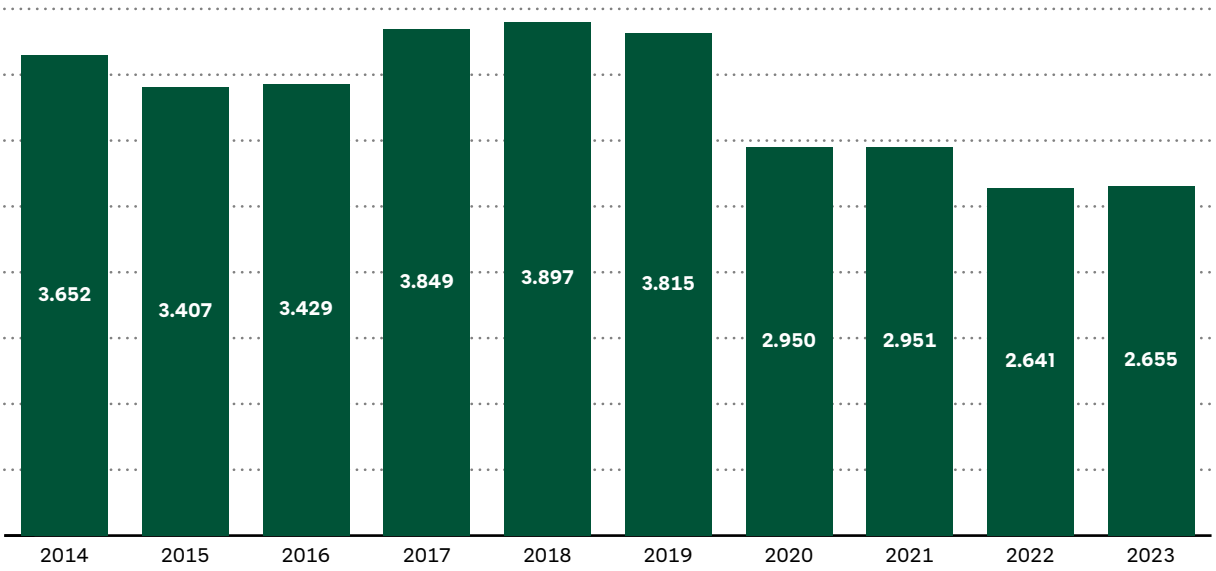


Abb. 13: Zeitlicher Verlauf der gesamten verfolgten Fälle in den Jahren 2014 – 2023

2.6 Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft

Im Berichtszeitraum 2022/2023 wurden in insgesamt **214** Fällen Unterrichtungen an die Staatsanwaltschaften erstellt, bei denen ein Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung angenommen wurde. Hier sind auch Fälle erfasst, in denen die AOK Bayern durch umfangreiche Unterstützungstätigkeiten bei der Aufklärung mitgewirkt hat.

Im Berichtszeitraum 2022/2023 wurden von den Staatsanwaltschaften insgesamt **335** Ermittlungsverfahren abgeschlossen, an denen eine Beteiligung der AOK Bayern gegeben war.

Es ergingen im Zeitraum 2022/2023 insgesamt **39 Urteile, 25 Strafbefehle und 316 Verfahrenseinstellungen** (Mehrfachnennungen möglich bei z. B. unterschiedlichen Beendigungsgründen bei mehreren Beschuldigten zu einem Aktenzeichen). Die Verfahrenseinstellungen bezogen sich auf folgende Rechtsgrundlagen: In sechs Fällen wurde von den Staatsanwaltschaften kein Verfahren eingeleitet (§ 152 StPO), da die (Vor-)Ermittlungen der zuständigen Staatsanwaltschaft keine hinreichenden tatsächlichen Anhaltspunkte für die weitere Verfolgung einer Tat ergeben haben.

Fallzahl	Rechtsgrundlage	Kurzerläuterung
151	§ 170 Abs. 2 StPO	Täter oder Täterin nicht ermittelbar/Tat nicht nachweisbar
69	§ 153a StPO	Verzicht auf Erhebung der öffentlichen Klage unter Beachtung weiterer umfangreicher Voraussetzungen
40	§ 153 StPO	Geringe Schuld/kein öffentliches Interesse
38	§ 154 StPO	Zu erwartende Strafe fällt neben einer Strafe für eine andere Tat nicht beträchtlich ins Gewicht
18	Sonstige Gründe	z. B. beschuldigte Person verstorben

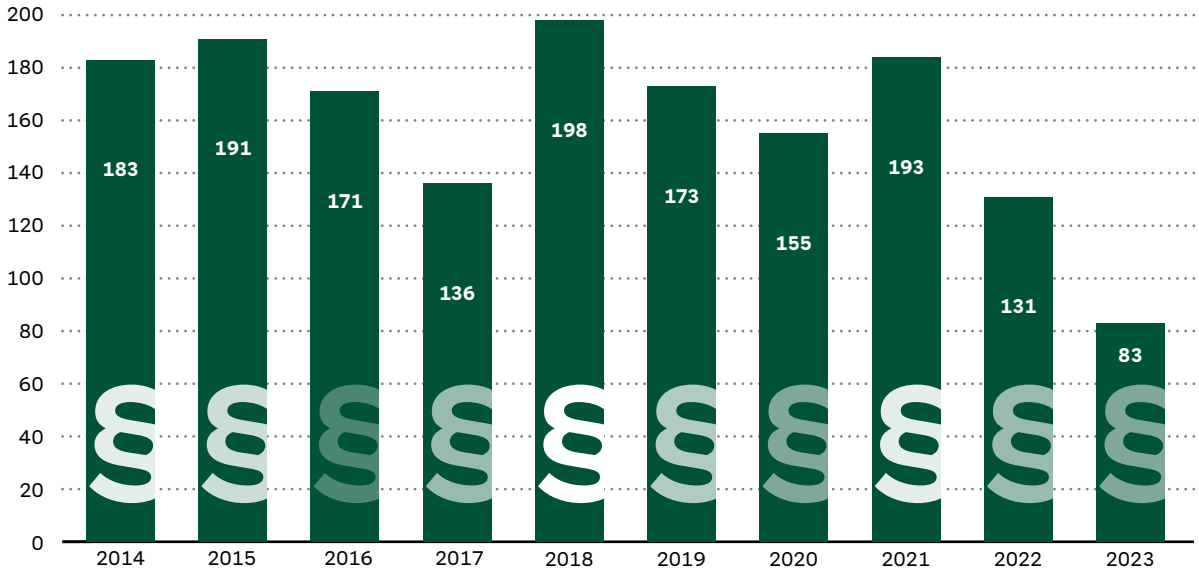


Abb. 14: Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft

Erklärungen zu den strafrechtlichen Grundlagen im Überblick

§ 152 Abs. 2 StPO
Es kann von der Verfolgung einer Tat abgesehen werden, wenn keine zureichenden tatsächlichen Anhaltspunkte vorliegen.

§ 153 StPO
Es kann von der Verfolgung bei Vergehen abgesehen werden, wenn die Schuld des Täters oder der Täterin als gering anzusehen wäre und kein öffentliches Interesse an der Verfolgung besteht. Öffentliches Interesse wird in der Regel dann bejaht, wenn der Rechtsfrieden über den Lebenskreis des oder der Verletzten hinaus gestört ist und die Strafverfolgung ein gegenwärtiges Anliegen der Allgemeinheit ist, z. B. wegen des Ausmaßes der Rechtsverletzung sowie der Rohheit oder Gefährlichkeit der Tat. Eine Einstellung nach dieser Vorschrift ist nur bei Vergehen und nur mit Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts möglich.

§ 153a StPO
Bei Vergehen kann vorläufig auf die Erhebung der öffentlichen Klage bei gleichzeitiger Erteilung von Weisungen und Auflagen dann abgesehen werden, wenn dadurch das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung beseitigt werden kann und die Schwere der Schuld nicht entgegensteht. Zusätzlich ist die Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts erforderlich. Mögliche Auflagen können insbesondere die Wiedergutmachung des Schadens, die Erbringung gemeinnütziger Leistungen oder auch die Zahlung eines Geldbetrags zugunsten der Staatskasse oder gemeinnütziger Einrichtungen sein. Erfüllt die beschuldigte Person die Auflagen und Weisungen, so kann die Tat nicht mehr als Vergehen verfolgt werden. Werden jedoch die Auflagen und Weisungen nicht erfüllt, so wird das Strafverfahren durchgeführt. In diesem Fall werden bereits erbrachte Leistungen nicht erstattet.

§ 154 StPO
Von der Verfolgung einer Tat kann u. a. abgesehen werden, wenn die hierfür zu erwartende Strafe neben einer Strafe, die gegen die beschuldigte Person wegen einer anderen Tat rechtskräftig verhängt worden oder zu erwarten ist, nicht beträchtlich ins Gewicht

fällt. Dies könnte z. B. eine Rezeptfälschung sein, die gegenüber einem bewaffneten Raubüberfall nicht beträchtlich ins Gewicht fallen dürfte.

§ 154a StPO
Es kann von der Verfolgung eines abtrennbaren Teiles einer Tat oder einzelner von mehreren Gesetzesverletzungen durch dieselbe Tat abgesehen werden, wenn die hierfür zu erwartende Strafe neben einer Strafe, die gegen die beschuldigte Person wegen der übrigen Teile dieser oder einer anderen Tat rechtskräftig verhängt worden oder zu erwarten ist, nicht beträchtlich ins Gewicht fällt. Das bedeutet, dass der Hausfriedensbruch beim Eindringen in eine Arztpraxis gegenüber dem gleichzeitigen Rezeptdiebstahl nicht beträchtlich ins Gewicht fallen könnte.

§ 170 Abs. 2 StPO
Die Ermittlungen bieten nicht genügend Anlass zur Erhebung der öffentlichen Klage. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn der Täter oder die Täterin nicht ermittelt werden konnte, kein hinreichender Tatverdacht besteht, Beweise nicht ausreichend sind, Verfahrenshindernisse bestehen oder das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung fehlt.

§ 205 StPO
Steht der Hauptverhandlung für längere Zeit die Abwesenheit des oder der Angeschuldigten oder ein anderes in seiner oder ihrer Person liegendes Hindernis entgegen, so kann das Gericht das Verfahren durch Beschluss vorläufig einstellen. Der oder die Vorsitzende sichert, soweit nötig, die Beweise.

2.7 Differenzierung der Kennzahlen

Die von der AOK Bayern erhobenen Kennzahlen bilden die neuen gesetzlichen Vorgaben gem. § 197a Abs. 5 S. 3 SGB V ab und werden unserer zuständigen Aufsichtsbehörde und dem GKV-Spitzenverband zugeleitet. Letzterer führt die von den Kranken- und Pflegekassen zugeleiteten Ergebnisse zusammen und erstellt daraus flächendeckende, kassenartenübergreifende Kennzahlen über das tatsächliche Ausmaß von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Die nachfolgenden Kennzahlen (nächste Doppelseite) zeigen die Anzahl der Hinweise bzw. der Fälle und der Schäden nach dem jeweils betroffenen Leistungsbereich. Die Anzahl der Leistungserbringenden bzw. der Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum die oben genannten Hinweise bzw. Fälle auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, sind auf den folgenden Seiten abgebildet.

Die beiden Tabellen folgen einer Systematik, die seit dem Berichtszeitraum 2018/2019 von allen gesetzlichen Krankenkassen zu verwenden ist und damit eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen möglich macht.

Kennzahlen über die Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Abs. 5 Satz 2, Abs. 6 Nr. 6 SGB V, 47a SGB XI. Teil 1: Summe der Hinweise, Fälle und Schäden nach jeweils betroffenen Leistungsbereichen

1. Hinweise		2. Verfolgte Fälle		3. Abgeschlossene Fälle		4. Schäden			5. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft*	
1.1. Anzahl der eingegangenen externen Hinweise*	1.2. Anzahl der eingegangenen internen Hinweise *	2.1. Anzahl der verfolgten Bestandsfälle	2.2. Anzahl der verfolgten Neufälle	3.1. Anzahl der abgeschlossenen Fälle insgesamt	3.2. Anzahl der nachgewiesenen Fälle	4.1. Entstandener Schaden in Euro	4.2. Gesicherte Forderungen in Euro	4.3. Verhinderter Schaden in Euro*		
										a) Krankenversicherung (SGB V):
134	49	118	129	179	53	3.618.034,22 €	2.368.507,12 €		36	aa) Ärztliche Leistung
37	84	156	109	239	20	273.656,13 €	258.862,12 €		2	bb) Zahnärztliche Leistung
63	541	190	574	523	150	3.717.038,77 €	3.154.467,14 €		25	cc) Arznei- und Verbandmittel
216	199	550	337	530	193	3.717.961,92 €	2.781.087,23 €		35	dd) Heilmittel
29	453	50	444	413	233	1.390.368,81 €	401.279,11 €		1	ee) Hilfsmittel
21	3	13	11	12	2	1.803.898,74 €	2.064.512,17 €		3	ff) Krankenhausbehandlung
12	2	7	10	9	2	14.396,04 €	13.646,04 €		1	gg) Fahrkosten
9	0	2	6	5	0	0,00 €	0,00 €		0	hh) Vorsorge und Rehabilitation
1	1	1	2	2	0	1.253,32 €	1.253,32 €		0	ii) Soziale Dienste, Prävention
13	58	48	70	76	35	402.200,61 €	351.410,60 €		1	jj) Schwangerschaft / Mutterschaft
354	115	120	286	323	188	3.845.905,75 €	1.514.614,58 €		17	kk) Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
716	87	92	308	332	158	11.510.744,46 €	266.882,51 €		15	**b) Pflegeversicherung (SGB XI)**
182	42	145	161	278	104	338.594,02 €	253.638,21 €		70	**c) Versichertenbezogene Leistungen**
21	3	10	15	16	1	0,00 €	0,00 €		0	**d) Arbeitgeberbezogene Leistungen**
33	7	7	9	14	3	661,65 €	11.002,65 €		8	**e) Sonstige**
1.841	**1.644**	**1.509**	**2.471**	**2.951**	**1.142**	**30.634.714,44 €**	**13.441.162,80 €**		**214**	**Summen der Hinweise, Fälle und Schäden**

* Anzahl der Leistungserbringenden, Versicherten, Arbeitgebenden und Mitarbeitenden der Kranken- und Pflegekassen, bei denen es im Berichtszeitraum bei der jeweils betroffenen Kasse Hinweise/Fälle von Pflichtverletzungen bzw. Leistungsmissbrauch gegeben hat.

Kennzahlen über die Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Abs. 5 Satz 2, Abs. 6 Nr. 6 SGB V, 47a SGB XI. Teil 2: Anzahl der hinter den Hinweisen und Fällen stehenden Leistungserbringenden bzw. Versicherten

6. Anzahl der Leistungserbringer		7. Anzahl der Leistungserbringer		8. Anzahl der Leistungserbringer		
6.1. bei denen es die o.g. externen Hinweise gab	6.2. bei denen es die o.g. internen Hinweise gab	7.1. bei denen die o.g. Bestandsfälle verfolgt wurden	7.2. bei denen die o.g. Neufälle verfolgt wurden	8.1. bei denen die o.g. Fälle abgeschlossenen wurden	8.2. bei denen die o.g. Fälle nachgewiesen wurden	
						a) Krankenversicherung (SGB V):
97	205	130	137	266	60	aa) Ärztliche Leistungserbringer
33	85	160	114	244	23	bb) Zahnärztliche Leistungserbringer
21	484	260	697	477	147	cc) Apotheken
201	181	551	339	531	193	dd) Heilmittelerbringer
17	489	234	503	524	271	ee) Hilfsmittelerbringer
6	2	13	11	12	2	ff) Krankenhaus
8	1	8	10	6	1	gg) Krankenbeförderungsunternehmen
6	0	2	7	5	0	hh) Leistungserbringer Vorsorge und Rehabilitation
1	4	1	2	1	0	ii) Leistungserbringer Soziale Dienste, Prävention
12	58	50	70	76	35	jj) Hebammen
309	109	122	286	313	172	kk) Leistungserbringer Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
618	62	98	312	288	128	**b) Leistungserbringer Pflegeversicherung (SGB XI)**
182	66	157	169	252	60	**c) Versicherte**
17	5	13	17	17	2	**d) Arbeitgeber**
1	0	2	0	3	0	**e) Mitarbeiter Kranken- und Pflegekassen**
11	7	5	9	14	0	**f) Sonstige**
1.540	**1.758**	**1.806**	**2.683**	**3.029**	**1.094**	**Summen der Anzahl der Leistungserbringer/Versicherten**

* Anzahl der Leistungserbringer, Versicherten, Arbeitgeber und Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen bei denen es im Berichtszeitraum bei der jeweils betroffenen Kasse Hinweise/Fälle von Pflichtverletzungen bzw. Leistungsmissbrauch gegeben hat.

3 Fallbeispiele

3.1 Gewinnmaximierung durch überhöhte Verordnungen

Im März 2018 erhielten mehrere Krankenkassen einen anonymen Hinweis. Laut Angaben der hinweisgebenden Person beging ein Wundversorgungsdienstleister Abrechnungsbetrug, indem eine systematische, nicht leitliniengerechte und gewerbsmäßige „Überbelieferung" erfolgte, deren Zweck die Erhöhung des Produktumsatzes und infolgedessen Gewinnmaximierung war. Im Mai 2018 erhielt die AOK Rheinland/Hamburg einen weiteren anonymen Hinweis durch eine ehemalige Mitarbeitende des Unternehmens, die nach eigenen Angaben jedoch nicht Verfasserin des ersten Hinweises war. Auch zwei weitere Hinweisgebende warfen dem Unternehmen vor, die Ärztinnen und Ärzte über den jeweiligen Versorgungsbedarf der bei ihnen in Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten zu täuschen und dafür zu sorgen, dass Produkte verordnet wurden, die sowohl in verordneter Qualität als auch Quantität nicht benötigt wurden. Die ehemalige Mitarbeitende gab außerdem an, dass nicht alle abgerechneten Produkte an die Versicherten geliefert worden seien. Es erfolge nur eine Auslieferung in kleinen Mengen, Überschüsse würden in Schütten gelagert, die die Namen der Versicherten trägen.

Die Krankenkassen haben folgend die im Hinweis enthaltenen Verdachtsmomente geprüft und konnten in einer Vielzahl Auffälligkeiten feststellen. Übereinstimmend konnten also folgende Verdachtsmomente identifiziert werden:

1. Der Dienstleister forderte Ärztinnen und Ärzte auf, Produkte zu verordnen, die der oder die Versicherte nicht/teilweise nicht mehr benötigt und setzte darauf, dass die Ärztinnen und Ärzte im Vertrauen auf die ordnungsgemäße Anforderung mehr Produkte verordnen als von den Patienten benötigt werden.

2. Nicht alle von den Ärztinnen und Ärzten verordnete und vom Dienstleister abgerechneten Produkte werden an die Versicherten ausgeliefert.

3. Der Dienstleister lagert Produkte ein. Diese werden – wie es eine Patienten-Einwilligungserklärung vorsieht – von den Unternehmen in einer „mit einem Deckel verschlossenen, personifizierten Box den Herstellervorgaben entsprechend" aufbewahrt.

Die AOK Rheinland/Hamburg unterrichtete im Februar 2019 die Staatsanwaltschaft Lübeck aufgrund eines Anfangsverdachts auf eine strafbare Handlung gem. § 197 Abs. 4 SGB V. Die AOK Bayern schloss sich im Dezember dem laufenden Strafverfahren bei der Staatsanwaltschaft Lübeck im Dezember 2019 an. Es erfolgten Durchsuchungsmaßnahmen im Jahr 2021.

Eine Kenntnis über eine konkrete Schadenssumme lag bei den Krankenkassen bis Ende 2022 nicht vor.

Im August 2022 erfolgte eine Übernahme des Unternehmens und einhergehend ein Wechsel der Geschäftsführung. Erst nach Wechsel der Geschäftsführung hat das neue Management durch Zufall erfahren, dass zuvor im Unternehmen staatsanwaltschaftliche Durchsuchungsmaßnahmen erfolgten. Sobald Kenntnis hierüber erlangt wurde und eigens Anhaltspunkte für abrechnungsrelevante Unregelmäßigkeiten identifiziert wurden, kontaktierte die neue Geschäftsführung einen Rechtsbeistand, der im Anschluss eine umfassende Sachverhaltsaufklärung vornahmen.

Im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung konnten massive Diskrepanzen zwischen Bestellmengen beim Großhändler und mit den Krankenkassen abgerechnete Mengen von Wundversorgungsprodukten festgestellt werden. Im Detail konnte eine Diskrepanz und damit ein für die gesamte GKV entstandener Schaden i. H. v. über 29 Mio. EUR (davon AOK Bayern: mehr als 2,3 Mio. EUR) festgestellt werden.

Hinweise auf eine mangelhafte oder fehlerhafte Versorgung der Patienten konnte nicht festgestellt werden. Ebenso konnten keine Anhaltspunkte gefunden werden, dass Ärztinnen und Ärzte an der Bestell- und Abrechnungspraxis beteiligt gewesen wären.

Die neue Geschäftsführung bzw. deren Rechtsbeistand wandte sich nach Kenntnis darüber umgehend an die AOK Bayern und informierte über den Sachverhalt. Hierbei wurde signalisiert, dass die neue

Geschäftsführung gewillt ist, den den Krankenkassen unter der alten Geschäftsführung entstandenen Schaden vollständig zu kompensieren.

Für die Bearbeitung des Sachverhaltes für die gesamte GKV-Gemeinschaft bildete sich eine Fallfederführungsgruppe bestehend aus der AOK Bayern, der AOK Rheinland/Hamburg, der AOK Niedersachsen und der AOK NordWest. Ausgehend von dieser Fallfederführungsgruppe wurde die AOK Bayern von allen betroffenen 61 Krankenkassen bevollmächtigt, federführend die Regulierungsgespräche und -verhandlungen mit dem Dienstleister und dessen Rechtsbeistand zu führen. Nach diversen Abstimmungsrunden konnte man sich schlussendlich auf eine finale Fassung einer Schadensregulierungsvereinbarung einigen, in welcher sich der Dienstleister der vollständigen Kompensation des Schadensbetrages verpflichtet hat.

Abschließend bleibt noch zu erwähnen, dass mit dieser Schadensregulierungsvereinbarung unter Federführung der AOK Bayern der höchste Einzelregress in der fast 20-jährigen Geschichte der Fehlverhaltensbekämpfung in der GKV erzielt wurde. Der Betrag von knapp 30 Mio. EUR macht auch mehr als die Hälfte der Regresssumme, welche die gesamte GKV-Gemeinschaft im letzten Berichtszeitraum 2020/2021 erzielte, aus. Das Strafverfahren gegen die alte Geschäftsführung ist bis dato immer noch anhängig.

3.2 Besonderer Einzelfall des Abrechnungsbetruges durch Arztpraxis

Im aktuellen Berichtszeitraum war die AOK Bayern mit einem besonders kostenintensiven Einzelfall des Abrechnungsbetruges durch eine bayerische Arztpraxis konfrontiert. Die im Fokus stehende Arztpraxis hatte dabei über mehrere Jahre hinweg unzulässig Ärztinnen, Ärzte und (Weiterbildungs-)Assistenten ohne eine seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) vorliegende gültige Genehmigung, insbesondere außerhalb der zuvor von der KVB genehmigten Zeiträume, beschäftigt. Die in diesem Zusammenhang erbrachten ärztlichen Leistungen wurden demnach ohne eine bestehende Abgabeberechtigung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung GKV abgerechnet.

Aus vorangegangen Ermittlungen des Hauptzollamtes München und der Staatsanwaltschaft München I wegen des Verdachtes auf Vorenthalten und Veruntreuen von Arbeitsentgelt resultierte gegenüber der Inhaberin der Arztpraxis das Ermittlungsverfahren wegen des Betruges zu dem zuvor dargelegten Sachverhalt. Das Ermittlungsverfahren war zuerst bei der Schwerpunktstaatsanwaltschaft Betrug im Gesundheitswesen München I anhängig und fortan seit September 2020 bei der ZKG in Nürnberg.

Aufgrund eines Auskunftsersuchens der Staatsanwaltschaft München I wurde die KVB ehemals zu dem anhängigen Ermittlungsverfahren in Kenntnis gesetzt. Daraufhin leitete die KVB ein umfangreiches Honorarprüfungsverfahren ein. Im weiteren Verlauf erlangte auch die AOK Bayern Kenntnis von dem anhängigen staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren und unterrichtete die zuständige Staatsanwaltschaft ergänzend zu dem Sachverhalt gemäß 197a Abs. 4 SGB V.

Durch einen auszugsweisen Unterschriftenabgleich der ärztlich Verordnenden identifizierte die KVB in ihrem Honorarprüfverfahren, u. a. anhand von Arzneimittelverordnungen der AOK Bayern, unberechtigt abgerechnete ärztliche Leistungen und rechnete die Gesamtrückforderungssumme mittels einer Quotenberechnung in Anlehnung an die Facharzt- bzw. Vergleichsarzt-Prüfgruppe entsprechend hoch. Über diesen Weg hat die KVB mit Bescheid vom Mai 2022 einen GKV-Gesamtregress gegenüber der Arztpraxis in Höhe von ca. 3,35 Mio. EUR für den Zeitraum der Jahre 2017 bis 2020 festgestellt. Der auf die AOK Bayern entfallende Anteil berechnete sich auf eine Höhe von knapp 1,1 Mio. EUR. Gegen den Bescheid der KVB wurde ehemals durch die Arztpraxis Widerspruch eingelegt; eine Entscheidung im Widerspruchsverfahren steht zum Zeitpunkt der Berichterstattung nach wie vor noch aus. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dem Widerspruch seitens der KVB nicht abgeholfen wird und sodann eine Klage vor dem Sozialgericht anhängig werden wird.

Parallel führte die AOK Bayern für den gleichen vierjährigen Zeitraum eine analoge vollumfängliche Rezeptprüfung durch. Im Ergebnis meldete die AOK Bayern bei der Prüfungsstelle Ärzte Bayern durch die Arztpraxis zu Unrecht ausgestellte Arzneimittelverordnungen in einer Gesamtsumme in Höhe von 981.500 EUR zur Schadensregulierung an. Seitens der Prüfungsstelle Ärzte Bayern wurde im November 2023 für das erste Antragsjahr 2017 ein Prüfbescheid in nahezu der vollständig beantragten Höhe stattgegeben und der entstandene Schaden auf eine Höhe von 258.000 EUR festgestellt. Gegen den Bescheid

der Prüfungsstelle Ärzte Bayern wurde jedoch durch die Arztpraxis ebenfalls Widerspruch eingelegt; eine Entscheidung im Widerspruchsverfahren liegt zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht vor.

In der Zwischenzeit wurde seitens der zuständigen Staatsanwaltschaft von der Erhebung einer öffentlichen Klage abgesehen und das Ermittlungsverfahren im Dezember 2022 gemäß § 153a Abs. 1 StPO eingestellt, insbesondere da der der GKV entstandene Schaden (noch) nicht endgültig festgestellt sei. Um das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung zu beseitigen, wurde der Arztpraxis als Auflage auferlegt, einen Geldbetrag in Höhe von 100.000 EUR an die KVB zur Wiedergutmachung des durch die Tat verursachten Schadens zu zahlen.

Aufgrund der laufenden Prüfungen wurden bei der KVB weitere Unregelmäßigkeiten der Arztpraxis hinsichtlich der Abrechnung nicht erbrachter ärztlicher Leistungen auffällig. Konkret wurden durch die Arztpraxis in einer auffallend hohen Anzahl ärztliche Leistungen für Patienten abgerechnet, die bereits verstorben waren oder sich zum Zeitpunkt der angegebenen Behandlung in stationärer Behandlung befanden. Zu diesem Sachverhalt unterrichtete die KVB im Mai 2023 die Generalstaatsanwaltschaft ZKG Nürnberg gemäß 81a Abs. 4 SGB V. Eine Unterrichtung seitens der AOK Bayern gemäß 197a Abs. 4 SGB V erfolgte im Dezember 2023. Das staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren ist zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch anhängig.

Weiterhin wurde durch die KVB im Oktober 2023 beim zuständigen Zulassungsausschuss der Entzug der ärztlichen Zulassung beantragt; zum Zeitpunkt der Berichterstattung wurde auch hier noch keine Entscheidung getroffen.

3.3 Schwerer Fall des Abrechnungsbetruges im Bereich der Verhinderungspflege

Verdacht auf organisierten Abrechnungsbetrug durch eine nach § 37 Abs. 3 SGB XI anerkannte Beratungsstelle im oberfränkischen Raum – unrechtmäßige Abrechnungen der Verhinderungspflege für mehr als 60 Versicherte der AOK Bayern

Bereits im vergangenen Berichtszeitraum war die StBvFG mit einem besonders umfangreichen Sachverhalt aus dem Leistungsbereich der Verhinderungspflege konfrontiert. Dieser Sachverhalt beschäftigte die StBvFG auch in den Jahren 2022 und 2023.

Hintergrund:
Aufgrund eines externen Hinweises auf einen möglichen systematischen Abrechnungsbetrug im Zusammenhang mit größtenteils rückwirkend eingereichten Unterlagen der Verhinderungspflege, wurden intensive Prüfungen für zunächst 17 Versicherte der AOK Bayern eingeleitet. Im Rahmen der durchgeführten internen Auswertungen und Prüfungen konnten diverse Auffälligkeiten für insgesamt 24 Versicherte der AOK Bayern festgestellt werden, die gem. § 197a Abs. 4 SGB V i. V. m. § 47a SGB XI an die zuständige Staatsanwaltschaft übermittelt wurden.

Eine unabhängige Pflegeberatung aus dem oberfränkischen Raum steht im Verdacht, pflegebedürftige Versicherte im Rahmen von Beratungsbesuchen gem. § 37 SGB XI zur Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Leistungen der Verhinderungspflege animiert zu haben, ohne dass dabei eine tatsächliche Leistungserbringung erfolgte. Dabei wurden den Versicherten vermutlich vorausgefüllte und für die Unterschrift aufbereitete Antrags- und Abrechnungsunterlagen vorgelegt. Anzumerken ist, dass

Exkurs:
Eine Anerkennung als neutrale Beratungsstelle zur Durchführung eines Beratungsbesuches im Sinne des § 37 SGB XI stellt keine Zertifikation zur Erbringung der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI dar, hierfür bedarf es einer speziellen Weiterbildung. Um sich als neutrale Beratungsstelle im Sinne des § 37 SGB XI anerkennen zu lassen, ist das Führen einer pflegefachlichen Berufsbezeichnung notwendig, nicht jedoch die Qualifikation zum/r Pflegeberater/in nach § 7a SGB XI. Nachdem der Begriff der Pflegeberatung nicht geschützt ist, kann sich – wie für den hier vorliegenden Sachverhalt – grundsätzlich jede Person als Pflegeberater/in bezeichnen, ohne dabei zwingend an die Pflegeberatungsrichtlinien zur Sicherstellung einer gewissen Beratungsqualität gebunden zu sein.

die im Verdacht stehende Person im Jahr 2017 ein einwöchiges Praktikum in der Pflegekasse der AOK Bayern absolviert hat und so vermutlich tiefe Kenntnisse hinsichtlich der Bearbeitung von Verhinderungspflegeanträgen gewinnen konnte.

Status Quo:
Im weiteren Verlauf erhärtete sich durch die innerhalb der AOK Bayern eingeleiteten Recherchen der Verdacht, dass die Beschuldigte die Versicherten auf die Verhinderungspflege als sog. „jährliches Urlaubsgeld" in Höhe von bis zu 2.418,00 EUR aufmerksam machte. Auffällig erschien neben der größtenteils rückwirkenden Antragstellung für meist vier Jahre unter Ausschöpfung des Höchstbetrages auch die Verwendung der stets gleichen externen Abrechnungsvordrucke. Zudem haben die Ermittlungen ergeben, dass regelmäßig Abrechnungen für Zeiträume erfolgten, in denen sich die Versicherten nachweislich in vollstationärer Behandlung befanden. Bei einer Gegenüberstellung der angeblich unabhängig voneinander eingereichten Abrechnungszeiträume konnte festgestellt werden, dass die Leistungen regelmäßig für mehrere unterschiedliche Versicherte an den selben Tagen sowie zur selben Uhrzeit erbracht worden sein sollen. Die Verhinderungspflege wurde dabei größtenteils für russischstämmige Pflegebedürftige beantragt.

Zum Zeitpunkt der Weitergabe des Sachverhaltes war für 24 Versicherte der AOK Bayern von einer finanziellen Schädigung in Höhe von ca. 60.000 EUR auszugehen. Im Laufe der auch weiterhin anhängigen strafrechtlichen Ermittlungen wurden, u. a. aufgrund unzähliger durchgeführter Vernehmungen, weitere beteiligte Versicherte an die AOK Bayern zurückgemeldet, sodass inzwischen mehr als 60 beteiligte Versicherte der AOK Bayern identifiziert wurden.

Durch die unrechtmäßige Abrechnung der Verhinderungspflege erfolgten seitens der AOK Bayern Auszahlungen in Höhe von ca. 360.000 EUR, wobei durch die AOK Bayern derzeit bereits knapp 28.000 EUR erfolgreich zurückgefordert werden konnten.

Die strafrechtlichen Ermittlungen, welche sich in mehr als 60 Verfahren gegen ca. 150 Beschuldigte richten, sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vollumfänglich abgeschlossen. Zum 31.12.2023 sind ca. 25 % der Verfahren weiterhin anhängig, während in sieben Verfahren Strafbefehle oder Urteile ausgesprochen wurden.

3.4 Vorwurf der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen und Urkundenfälschung durch eine Hebamme

Eine Versicherte der AOK Bayern äußerte den Verdacht, dass ihre betreuende Hebamme mehr Leistungen abrechne als sie tatsächlich erbringen würde.

Aufgrund dieser Meldung wurden alle durch die Hebamme abgerechneten Leistungen für diese Versicherte überprüft. Unter Mitwirkung der Versicherten wurde festgestellt, dass über 90 % der abgerechneten Leistungen nicht erbracht wurden.

Daraufhin wurde die gesamte Abrechnung der Hebamme überprüft. Ein Teil der Versicherten, für die die Hebamme besonders viele Leistungen abgerechnet hatte, wurden mündlich und schriftlich befragt. Im Rahmen der Befragungen stellte sich auch hier heraus, dass oft bis zu 90 % der abgerechneten Leistungen nicht erbracht wurden.

Aufgrund der Eindeutigkeit der Erkenntnisse wurde die Hebamme mit der entdeckten Falschabrechnung nicht konfrontiert. Die AOK Bayern setzte die Generalstaatsanwaltschaft von dem Abrechnungsbetrug in Kenntnis.

Im Rahmen der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit informierte die AOK Bayern die ARGE BvFG Bayern über die Auffälligkeiten und die Unterrichtung an die Staatsanwaltschaft.

Folgende Leistungen rechnete die Hebamme unzulässiger Weise ab, obwohl diese nicht erbracht wurden:

- **Abrechnung von Leistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden**
- **Abrechnung von Hausbesuchen**
- **Abrechnung von Vorsorgeuntersuchungen**
- **Abrechnung von Wegegeldern:** Die Abrechnung von sogenannten Wegegeldern ist immer dann möglich, wenn die Hebamme von ihrer Praxis zur Versicherten für Hausbesuche mehr als zwei Kilometer fahren muss. Die Abrechnung von Wegegeldern ist daher immer mit einer anderen persönlich erbrachten Leistung im Rahmen eines Hausbesuches zulässig. Hier rechnete die Hebamme unzu-

lässig Wegegelder ab, da sowohl der Hausbesuch als auch die Fahrt zur Versicherten nicht stattgefunden hatte.

Die Abrechnungen konnten durch folgendes Vorgehen erfolgen:

- **Einholung von Unterschriften im Voraus:** Die Hebamme ließ Versicherte vertragswidrig noch nicht erbrachte Leistungen im Voraus auf den Dokumentationsunterlagen unterschreiben.

- **Fälschung von Unterschriften:** Die Hebamme fälschte auf den Dokumentationsunterlagen die Unterschriften von Versicherten.

Die Staatsanwaltschaft ging den Verdachtsmomenten nach, leitete ein Strafverfahren ein und kam im Rahmen ihrer Ermittlungen zu dem Entschluss, eine Hausdurchsuchung durchzuführen. Im Ergebnis bestätigte sich das Vorgehen durch die Hebamme.

Parallel zum strafrechtlichen Ermittlungsverfahren wurde dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen empfohlen, die Prüfung über die Einleitung eines Vertragsmaßnahmeverfahrens durchzuführen.

Zum Ende dieses Berichtszeitraumes ist das strafrechtliche Verfahren noch nicht endgültig abgeschlossen. Die Hebamme hat aber mit einer Anklage durch die Staatsanwaltschaft zu rechnen.

Der für die AOK Bayern entstandene Schaden wird nach Abschluss des Strafverfahrens von der Hebamme zurückgefordert. Nachdem die Hebamme Kenntnis über das Ermittlungsverfahren erlangt hatte, wurden seitens der AOK Bayern keine Zahlungen mehr an die Hebamme vorgenommen. Darüber hinaus wurde bereits vorsorglich ein Verzicht auf die Einrede der Verjährung von der Hebamme eingeholt.

3.5 Urkundenfälschung: Busfahrer gibt sich als Physiotherapeut aus

Aufgefallen ist der Fall der ARGE Heilmittelzulassung Bayern bei einem Routineantrag auf Änderung des fachlichen Leiters für eine Physiotherapiepraxis.

Dem Antrag wurde unter anderem ein Arbeitsvertrag, eine Bestätigung über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut, eine Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Masseur und der des medizinischen Bademeisters sowie weitere Zeugnisse vorgelegt. Alle Berufsurkunden und Zeugnisse wurden von unterschiedlichen Stellen ausgestellt.

Eine Bestätigung über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut ist nicht ausreichend, hier wird eine Berufsurkunde benötigt. Diese wurde entsprechend angefordert, allerdings nie eingereicht. Daher ging die ARGE Heilmittelzulassung Bayern der Sache auf den Grund und leitete weitere Nachforschungen ein.

Es stellte sich heraus, dass der besagte Physiotherapeut, für den die Änderung der fachlichen Leitung beantragt wurde, bereits vom 01.01.2020 bis zum 30.09.2020 eine Zulassung für eine Massagepraxis in Bad Füssing hatte. Ebenso war er vom 02.06.2020 bis 14.03.2021 Inhaber einer Physiotherapiepraxis in Bad Füssing, bei der er auch die fachliche Leitung inne hatte. Alle zugehörigen Zulassungsunterlagen wurden aufgrund der fehlenden Berufsurkunde für den Antrag der Physiotherapiepraxis gesichtet. Dabei stellte sich heraus, dass Herr X. bisher immer nur als Masseur und medizinischer Bademeister tätig

war und nicht als Physiotherapeut. Daher erfüllte er nicht die Voraussetzung, eine fachliche Leitung in einer physiotherapeutischen Praxis zu übernehmen.

Die Echtheit der oben erwähnten Bestätigung über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut wurde angezweifelt und eine Anfrage bei der zuständigen Regierung in die Wege geleitet. Diese teilte mit, dass sie für Herrn X. weder eine Bestätigung, noch eine Urkunde für Physiotherapie jemals ausgestellt habe.

Die AOK Bayern überprüfte daraufhin weitere Unterlagen von Herrn X. und auch hier bestätigte sich erneut der Verdacht der Urkundenfälschung: Sowohl das Zertifikat für manuelle Lymphdrainage, als auch weitere Zeugnisse und eine Lehrgangsbestätigung für Sportphysiotherapie wurden gefälscht.

Daraufhin ließ die AOK Bayern auch beim Regierungspräsidium Darmstadt die Urkunde für Masseur und medizinischen Bademeister überprüfen. Auch hier wurde der Betrug auf Urkundenfälschung erneut bestätigt.

Herr X. hat aufgrund seiner Zulassung, die er nach heutiger Sicht unrechtmäßig erlangt hat, zwei Auszahlungen aus der Covid-19-Schutzverordnung erhalten. Für die Massagepraxis wurden 4.500 EUR ausbezahlt, für die Physiotherapie 1.500 EUR. Diese Zahlungen wurden aus dem Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenkassen geleistet.

Die ARGE Heilmittelzulassung Bayern unterrichtetet die Staatsanwaltschaft am 28.10.2021. Am 22.02.2022 schloss sich die AOK Bayern dem Verfahren an.

Herr X. wurde vom Amtsgericht Landshut am 14.09.2023 wegen Urkundenfälschung gem. § 267 Abs. 3 StGB rechtskräftig verurteilt. Der Angeklagte wurde zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 3 Monaten verurteilt. Die Vollstreckung der Gesamtfreiheitsstrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt.

Die angeordnete Einziehung von Wertersatz in Höhe von über 16.000 EUR (Auszahlung aus der Covid-19 Schutzverordnung sowie die Abrechnungen seiner Praxen für die GKV in Höhe von über 10.000 EUR) war bisher erfolglos.

Aktuell werden die zu Unrecht erhaltene Auszahlungen zurückgefordert, bisher ohne Erfolg. Die Leistungsklage wird vorbereitet.

3.6 Fehlende Präqualifizierung bei einem Sanitätshaus

Im Rahmen einer Routineprüfung wurde ein Sanitätshaus mit mehreren mutmaßlichen Verstößen auffällig:

- es bestand zwar ein Vertrag mit der AOK Bayern, jedoch war die ebenfalls erforderliche Präqualifizierung am 06.02.2022 abgelaufen,
- eine Änderung in der fachlichen Leitung war nicht mitgeteilt worden,
- Änderungen bei Versorgungsbereichen waren nicht gemeldet worden und
- ein neues Präqualifizierungszertifikat war erst ab dem 17.05.2022 erteilt worden.

Hierdurch ergab sich eine Präqualifizierungslücke vom 07.02.2022 bis zum 16.05.2022, in welcher dennoch Leistungen abgerechnet wurden. Zusammen mit den weiteren mutmaßlichen Verstößen wurde ein möglicher Schaden in Höhe von knapp über 90.000 EUR errechnet.

Der Leistungserbringende wurde mit diesen Feststellungen konfrontiert und zu einer Stellungnahme aufgefordert. In dieser erläuterte ein vom Leistungserbringenden mandatierter Rechtsanwalt den Sachverhalt aus Sicht des Leistungserbringenden und es konnten verschiedene Vorwürfe ausgeräumt werden. Zudem konnte glaubhaft dargelegt werden, dass der Leistungserbringende ohne Bereicherungsabsicht gehandelt hatte; teilweise konnten entsprechende Nachweise nachgereicht werden. Der Vorwurf der Präqualifizierungslücke konnte jedoch nachträglich nicht mehr geheilt werden. Hier ist die AOK Bayern jedoch einer Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes gefolgt, wonach die Krankenkassen die Versorgungsberechtigung für Leistungserbringende mit bestehenden Verträgen bis 31.03.2022 nicht von einer zeitlich evtl. nicht rechtzeitig vorliegenden Folge-Präqualifizierung abhängig machen sollen.

Der letztendliche Schaden hat sich damit auf knapp 34.000 EUR reduziert, der auch unverzüglich durch den Leistungserbringenden beglichen wurde und damit wieder für die Versorgung unserer Versicherten eingesetzt werden konnte.

Exkurs:
Nach den gesetzlichen Bestimmungen dürfen Hilfsmittel an Versicherte der Krankenkassen nur durch Vertragspartner abgegeben werden. Vertragspartner können nur Leistungserbringende sein, die ihre Eignung im Rahmen eines Präqualifizierungsverfahrens nachgewiesen haben. Der Nachweis gegenüber den Krankenkassen erfolgt durch Vorlage eines Zertifikates über die erfolgreiche Präqualifizierung, das längstens fünf Jahre gültig ist. Gemäß § 126 Abs. 1a Satz 1 SGB V wird der Nachweis durch ein während der gesamten Vertragslaufzeit gültiges Zertifikat einer Präqualifizierungsstelle geführt. Nach Ablauf eines Zertifikats muss der Leistungserbringende rechtzeitig ein neues gültiges Zertifikat vorlegen.

Maßgebliche Änderungen in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei der Erteilung eines Zertifikates vorgelegen haben, sind unverzüglich der Präqualifizierungsstelle anzuzeigen. Darüber hinaus sind die Leistungserbringenden vertraglich verpflichtet, alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche die Präqualifizierung und/oder die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards betreffen, der AOK Bayern mitzuteilen.

Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht dann kein Vergütungsanspruch.

3.7 Vernachlässigung von Patienten in einer geriatrischen Fachklinik für Rehabilitation

Im Berichtszeitraum beschäftigte sich die StBvFG mit einem Geschäftsführer zweier geriatrischer Rehakliniken und einer mobilen geriatrischen Reha in Oberbayern.

Ein ehemaliger Mitarbeiter dieser Einrichtungen hat Anzeige bei der Gewerbeaufsicht eines bayerischen Landratsamtes gestellt. Diese Anzeige wurde an die Staatsanwaltschaft München II weitergeleitet. Ende Mai 2023 erlangte die AOK Bayern durch die Kriminalpolizei Kenntnis von dem Fall.

Der AOK Bayern wurde zugetragen, dass in einer der beiden Rehakliniken drastische Umstände vorliegen. Der vom Gesundheitsamt vorgegebene Personalschlüssel wurde nicht eingehalten. Dieser sah vor, dass in der Pflege zehn Fachkräfte und 20 Pflegehelfer zu stellen sind. Diese Vorgabe wurde jedoch nie erreicht: In der Rehaklinik waren viel zu wenig Pflegefachkräfte und Pflegehelfer tätig. Einige von ihnen hatten noch nicht einmal die erforderliche Ausbildung absolviert, da sie vorab im Baugewerbe oder in anderen Berufsgruppen tätig waren. Ein Zeuge sagte aus, dass sie an guten Tagen mit einer Pflegefachkraft und fünf Pflegehelfern gut aufgestellt waren. An den schlechteren Tagen waren hingegen zwei Pflegehelfer für über 60 Patienten zuständig.

Ende Juni fand in der Fachklinik für geriatrische Rehabilitation auf richterliche Anordnung hin eine Durchsuchung statt. Die in der Anzeige dargestellten gravierenden Pflegemängel konnten bestätigt werden. Die ungenügende bzw. unterlassene Pflege führte bei vielen Patientinnen und Patienten zu Körperverletzungen und teilweise sogar zum Tode. Dies veranlasste die AOK Bayern zu einem sofortigen Handeln: Es erfolgte die Einrichtung einer Task Force, um den Versorgungsvertrag mit der Klinik schnellstmöglich zu beenden und unsere Versicherten in andere Einrichtungen zu verlegen. Parallel entzog das Gesundheitsamt der Einrichtung die Konzession. Infolge dessen durfte die Klinik zwar keine neuen Patienten mehr aufnehmen, jedoch musste der Betrieb bis zur endgültigen Schließung – zum Wohle der dort noch verbliebenen Patienten – aufrechterhalten werden.

Die zugrundeliegenden Aussagen bei der Polizei ließen einen Vertragsverstoß gegen den Versorgungsvertrag vermuten. Auf dieser Grundlage und mit dem Entzug der Konzession wurde der Vertrag nach § 111 SGB V seitens der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände mit der Rehaklinik

innerhalb kürzester Zeit gekündigt. Dies war nur durch die enge Zusammenarbeit innerhalb der AOK Bayern, den Ermittlungsbehörden (Staatsanwaltschaft und Kriminalpolizei), der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände und dem Gesundheitsamt möglich.

Der AOK Bayern ist es gelungen, alle ihre Versicherten, die eine Verlegung wünschten, in anderen Einrichtungen unterzubringen, damit diese wieder eine vollumfängliche Behandlung und Pflege erhielten.

Der vorliegende Fall beschäftigt mehrere Staatsanwaltschaften. Dabei werden die Körperverletzungen mit Todesfolge gesondert vom Abrechnungsbetrug behandelt. Für den letzteren Straftatbestand, den Abrechnungsbetrug, ist die ZKG zuständig.

Die AOK Bayern forderte die staatsanwaltliche Akte zum Tatbestand der Körperverletzung an, um die Umstände in der Rehaklinik zu untersuchen. Denn in den uns vorgelegten Berichten zur Qualitätssicherung (QS-Reha) und in den Begehungen des MD wurde nie bemängelt, dass die Klinik über zu wenig Personal verfüge und somit den vom Gesundheitsamt vorgegebenen Personalschlüssel nicht erfülle.

Den Akten konnten wir unter anderem entnehmen, dass im Therapieplan der Physiotherapeuten der Klinik auch Einheiten für Ergotherapie eingetragen wurden, obwohl ihnen hierfür die Qualifikation fehlte. Die einzige Ergotherapeutin befand sich seit Mitte Oktober 2021 im Krankenstand. Mit den Patientinnen und Patienten wurde folglich keine Ergotherapie durchgeführt: Das Personal ging lediglich mit ihnen spazieren oder führte anderweitige Übungen mit ihnen aus.

Die Zulassung vom Gesundheitsamt sah jedoch ursprünglich vier Ergotherapeuten vor.

Zusätzlich zu den bestehenden stationären Rehakliniken wurde 2021 eine mobile geriatrische Rehabilitation aufgebaut. Die hierfür benötigten Personen wurden vom stationären Bereich abgezogen. Dadurch verkürzten sich die Therapiesitzungen der stationär behandelten Patienten zusehends. Um die Zulassungsvoraussetzungen zu erfüllen, seien auch Mitarbeitende gemeldet worden, welche zu dem Zeitpunkt dort nicht tätig bzw. gänzlich unbekannt gewesen sein sollen.

Sofern Überprüfungen seitens des Gesundheitsamtes anstanden, seien auf dem Papier Pflegekräfte ergänzt worden. Dies seien unter anderem die Ehefrau des Klinikbetreibers oder etwa Personal aus der Cafeteria gewesen. Diese Personen hatten für die Pflege nicht die erforderliche Qualifikation. Dies erklärte auch, warum die Begehungen und der Bericht QS-Reha durchweg positiv ausfielen. Bei einer Begehung des Gesundheitsamtes nach Verhängung eines Aufnahmestopps aufgrund von Corona seien drei Patienten gegen ihren Willen unter Aufsicht eines Therapeuten im Keller festgehalten worden, da sie nicht hätten aufgenommen werden dürfen.

Über den gesamten Zeitraum hinweg waren die Zulassungsvoraussetzungen nicht gegeben. Mithin bestand auch kein Vergütungsanspruch. Der Vertrag nach § 111 SGB V wird nur nach der Erteilung der Konzession des Gesundheitsamtes abgeschlossen, welcher auch den erforderlichen Personalschlüssel festlegt. Folglich ist der vollständige Betrag in Höhe von etwa 11 Mio. EUR als Schaden zu werten.

Die StBvFG wurde durch die Kassen der ARGE BVFG mit der federführenden Bearbeitung des Sachverhaltes beauftragt. Daher wird die StBvFG im kommenden Berichtszeitraum die Verfahren verfolgen, um die unrechtmäßig ausgezahlten Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu regressieren.

3.8 Großschadensfall Abrechnungsbetrug eines ambulanten Pflegedienstes – Verurteilung wegen Betrugs in rund 700 Fällen

Im zurückliegenden Berichtszeitraum beschäftigte die Fehlverhaltensbekämpfung der AOK Bayern ein ambulanter Pflegedienst aus dem unterfränkischen Raum. Hier bestand zunächst der Verdacht, dass der Inhaber des Pflegedienstes Leistungen zu Lasten der AOK Bayern abgerechnet hat, die tatsächlich nicht erbracht worden sind. Auffällig war zudem, dass der Inhaber mit weiteren Pflegediensten in und außerhalb Bayerns in Verbindung zu bringen war. Seitens der AOK Bayern erfolgte im Mai 2022 daher eine Unterrichtung an die Generalstaatsanwaltschaft in Nürnberg (ZKG) gemäß § 197a Abs. 4 SGB V i. V. m. § 47a SGB XI. Außerdem wurden die anderen Kranken- und Pflegekassen in Bayern, das Hauptzollamt, der zuständige Bezirk sowie weitere Landes-AOKs über die bisher getroffenen Feststellungen informiert.

Die AOK Bayern stand bereits seit Januar 2022 im engen Kontakt zu den Ermittlungsbehörden (Staatsanwaltschaft und Kriminalpolizei). Dem Ermittlungsverfahren lagen mehrere Sachverhalte auf Basis anonymer Hinweise sowie AOK-intern aufgedeckter Unstimmigkeiten zu Grunde, die zusammenfassend die Abrechnung nicht bzw. jedenfalls nicht im angegebenen Umfang erbrachter Leistungen vermuten ließen. Im Wesentlichen ließen sich die vorgebrachten Auffälligkeiten wie folgt zusammenfassen:

- Nachweis für Zeitüberschneidung bei gleichzeitiger Versorgung von teilweise bis zu vier Versicherten durch dieselbe Pflegekraft anhand der vorliegenden Handzeichen auf den Leistungsnachweisen
- Bescheinigung einer (arbeitsrechtlich ebenso bedenklichen) Leistungserbringung von mehr als 12 Std. am Stück bei gleichzeitiger Leistungserbringung für weitere Patientinnen und Patienten
- „Doppelfinanzierung" durch das parallele Einreichen zweier Leistungsnachweise als Nachweis über (angeblich) erbrachte pflegerische Leistungen sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege für denselben Zeitraum
- Zeitüberschneidungen der eingereichten Abrechnungen mit stationären Aufenthalten
- Implausibilitäten in Bezug auf die zurückzulegende Fahrtstrecke zwischen versorgten Versicherten
- Inrechnungstellung von pflegerischen Leistungen ohne vorliegenden Pflegegrad
- Vakanz der Stelle der (stellvertretenden) Pflegedienstleitung
- Fehlender Nachweis relevanter Unterlagen zur Prüfung der zwingend notwendigen Qualifikation
- Nicht-Einhaltung des vorgeschriebenen Mindestpersonals zur Sicherstellung der Versorgung

Ende September 2022 erfolgten aufgrund der strafrechtlichen Ermittlungen Durchsuchungsmaßnahmen der Staatsanwaltschaft. Die strafrechtlichen Ermittlungen erhärteten die bisher vorgebrachten Verdachtsmomente und brachten darüber hinaus zum Vorschein, dass die abgerechneten Leistungen fast ausschließlich von nicht angelernten Hilfskräften erbracht wurden. So wurde durch die Staats-

anwaltschaft mitgeteilt, dass der ambulante Pflegedienst offensichtlich entgegen der Angaben aus den Versorgungsverträgen keine (stellvertretende) Pflegedienstleitung vorgehalten hat und somit eine normative Schädigung anzunehmen sei, da damit über Zulassungsvoraussetzungen getäuscht wurde und eine grundsätzliche Abrechnungserlaubnis nicht gegeben war.

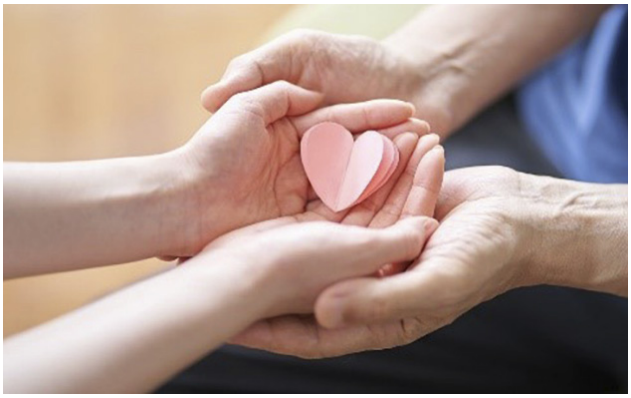
Zum Zeitpunkt der Durchsuchung war daher von einer Schadenssumme allein für die AOK Bayern in Höhe von 2,5 Mio. EUR auszugehen, welche im Rahmen der Durchsuchungsmaßnahmen in selbiger Höhe arretiert werden konnte. Außerdem wurden drei Beschuldigte in Untersuchungshaft genommen.

Im Laufe der weiteren Ermittlungen erhöhte sich der Schadensbetrag, welcher den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie dem Sozialhilfeträger entstanden ist, sodass die Anklageerhebung zum Landgericht Nürnberg-Fürth erfolgte. Die Anklage wurde zugelassen und im Juni 2023 die Hauptverhandlung eröffnet. Laut Anklage sollen die Angeklagten gemeinschaftlich wissentlich Leistungen in Höhe von ca. 4,7 Millionen EUR abgerechnet haben, obwohl eine zum Betreiben des Pflegedienstes gesetzlich und vertraglich vorgeschriebene und fachlich besonders qualifizierte „verantwortliche Pflegefachkraft" sowie deren Stellvertretung gefehlt haben sollen.

Im Laufe des Prozesses wurden insgesamt dreizehn Mitarbeitende der AOK Bayern, welche in ihrer Funktion teilweise auch für die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände tätig sind, zu einer Zeugenaussage geladen und elf dieser Mitarbeitenden durch das Landgericht tatsächlich auch vernommen. Nach unzähligen Verhandlungstagen wurde der Prozess mit der Urteilsverkündung des Landgerichts am 13.12.2023 abgeschlossen. Der Betreiber des ambulanten Pflegedienstes wurde zu einer Haftstrafe von 5 Jahren und 9 Monaten verurteilt. Darüber hinaus wurde der Sohn des Betreibers zu 1,5 Jahren auf Bewährung verurteilt und die Ehefrau freigesprochen.

Während des Strafverfahrens erfolgte zudem die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens für den ambulanten Pflegedienst. Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen haben unter der Federführung der AOK Bayern Forderungen in Höhe von mehr als 5,0 Mio. EUR zur Insolvenztabelle angemeldet. Im Rahmen der Gläubigerversammlung am zuständigen Amtsgericht wurde durch die Insolvenzverwaltung mitgeteilt, dass eine nicht unrealistische Chance auf Vollbefriedigung besteht.

Die AOK Bayern wurde durch die betroffenen Kranken- und Pflegekassen mit der federführenden Bearbeitung des Sachverhaltes zur Regulierung des entstandenen Schadens bevollmächtigt. Daher wird die StBvFG im kommenden Berichtszeitraum das anhängige Insolvenzverfahren eng verfolgen, um die unrechtmäßig ausgezahlten Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu regressieren. Abhängig vom Ausgang des Insolvenzverfahrens wird daher ebenso zu prüfen sein, inwieweit ggfs. dann weiterhin bestehende Forderungen auf sozial- bzw. zivilrechtlichem Wege geltend machen werden können.



3.9 Betrugsfälle osteuropäischer Pflegedienste in Augsburg und München

Seit dem Jahr 2016 steht der Bereich der Pflege vermehrt im Fokus der Öffentlichkeit, der Medien und der politischen Entscheidungsträger. Man spricht vom „größten Sozialbetrug der vergangenen Jahrzehnte".

Wie kam es dazu?
Der demographische Wandel der Gesellschaft und die mit ihm künftig immer älter werdende Bevölkerung eröffnen aufgrund des enorm hohen finanziellen Potenzials einen neuen Markt, der sich als äußerst attraktiv und lukrativ für mögliche Betrüger gestaltet.

Die komplexen, undurchsichtigen Abrechnungsstrukturen sowie die komplizierten, fast ausschließlich in Papierform vorliegenden, Dokumentations- und Abrechnungsunterlagen erschweren die Recherchearbeit der Krankenkassen erheblich. Auch die Arbeit der Ermittlungsbehörden nimmt dadurch ausgesprochen lange Zeiträume in Anspruch. Zusätzlich erschweren

die datenschutzrechtlichen Bestimmungen in Bayern den Kassen eine umfassende Prüfung, da eine Vielzahl von Unterlagen nicht an die Kostenträger übermittelt werden darf.

Zwischen den ambulanten Pflegediensten und den Versicherten wird oftmals schnell ein besonderes Vertrauensverhältnis aufgebaut. Aufgrund von Sprachbarrieren werden vielmals ausländische Versicherte von gleichsprachigen Pflegediensten versorgt.

„Pflegebetrug ist gekennzeichnet durch eine enorme Gewinnmaximierung bei relativ geringem Entdeckungsrisiko.“, so das Landeskriminalamt Nordrhein-Westalen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung dürfte sich dieses Phänomen zunehmend verstärken.

Aufgrund der hier aufgeführten Umständen ist es Betrügern also relativ leicht möglich, Jahr für Jahr Beträge in Millionenhöhe durch Abrechnungsbetrug in der Pflege auf Kosten der Solidargemeinschaft für sich einzufahren, nicht zuletzt auch aufgrund kollusiver Zusammenarbeit verschiedener Beteiligter wie Ärzte oder Versicherte.

Ein solcher Fallkomplex läuft seit dem Jahr 2019.

Abrechnungsbetrug bei zehn osteuropäischen Pflegeeinrichtungen in Augsburg und München im Verdacht der organisierten Kriminalität
Am 23.10.2019 fand die bislang größte polizeiliche Durchsuchungsmaßnahme im Umfeld der Betrugsbekämpfung des Gesundheitswesens in Bayern statt. Die Ermittlungen richteten sich gegen organisierte Kriminelle bei zehn osteuropäischen Pflegeeinrichtungen in Augsburg und München. Die Pflegeeinrichtungen rechneten gegenüber den Kranken- und Pflegekassen im großen Stil Leistungen ab, die tatsächlich nicht erbracht worden sind; nicht zuletzt auch, da die Leistungen medizinisch überhaupt nicht indiziert waren und durch Vorspiegelung falscher Tatsachen bzw. durch Gefälligkeitsgutachten von Ärztinnen und Ärzten erschlichen wurden. Versicherte wurden hierfür durch Kickback-Zahlungen entschädigt.

Im Zuge einer wochenlangen Vorbereitung wurde die Durchsuchungsaktion der Ermittlungsbehörden genauestens geplant: Telefonate wurden abgehört, Verdächtigte observiert und Firmenstrukturen der Pflegeeinrichtungen unter die Lupe genommen.

Am Durchsuchungstag haben die Ermittlungsbehörden dann über 200 Objekte durchsucht. An der Aktion waren über 600 Kriminalbeamte, 33 Staatsanwälte, Zollbeamte, Dolmetscher, zwei externe IT-Firmen und 40 Pflegebegutachtende des Medizinischen Dienstes (MD) Bayern beteiligt. Es wurden zu Beginn 68 Personen als Beschuldigte geführt, darunter drei Ärzte und 27 Patienten. Aufgrund Verdunklungs und Fluchtgefahr wurden 13 Haftbefehle erlassen. Die Staatsanwaltschaft hat im Zuge der Aktion bereits Vermögen in Höhe von rund 3,6 Mio. EUR abgeschöpft, Bargeld in Höhe von 8 Mio. EUR in zahlreichen Geldkoffern, Schließfächern etc. sichergestellt sowie Goldbarren und Luxusuhren im Wert von ca. 220.000 EUR beschlagnahmt.

Aufgrund der Komplexität der Fälle sowie der Notwendigkeit einer einheitlichen Vorgehensweise, insbesondere bei der Aufbereitung der Unterlagen für die Ermittlungsbehörden inkl. Bündelung von Ansprechstrukturen, hat die AOK Bayern die Federführung für die bayerischen Kranken- und Pflegekassen sowie die beteiligten Sozialhilfeträger übernommen. Für diese Tätigkeiten erhält die AOK Bayern entsprechend der Kooperationsvereinbarung eine finanzielle Aufwandsentschädigung.

Neben den hauptbeschuldigten Personen der zehn Pflegeeinrichtungen wurden auch über 150 Ermittlungsverfahren gegen Mitarbeitende der Pflegeeinrichtungen, Versicherte bzw. deren Angehörige oder Ärztinnen und Ärzte eingeleitet. Zum Status Quo sind von den zehn Fallkomplexen (Pflegeeinrichtungen) vier Fälle aus **strafrechtlicher Sicht** abgeschlossen. In drei Fällen wurden Urteile verhängt, ein Verfahren wurde eingestellt. Alle weiteren Ermittlungsverfahren gegen sechs Pflegeeinrichtungen sind strafrechtlich noch offen. Gegen drei der insgesamt zehn Pflegedienste wurden bereits **vertragsrechtliche Maßnahmen** (Kündigungen der Versorgungsverträge) ausgesprochen.

Sozialrechtlich ist von einer finanziellen Schädigung für die Kranken- und Pflegekassen sowie die Sozialhilfeträger von insgesamt mindestens 45 Mio. EUR auszugehen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass der tatsächliche Schaden noch höher ist, da sich dieser größtenteils auf die Ermittlungsergebnisse von Polizei und Staatsanwaltschaft bezieht und hierfür nur ein begrenzter Zeitraum herangezogen wurde.

Sozial- bzw. zivilrechtlich konnten bis dato zwei Fälle abschließend bearbeitet werden. Im Zuge von Schadensregulierungsgesprächen haben die Kranken- und Pflegekassen sowie die Sozialhilfeträger daraus über

5,5 Mio. EUR erhalten. Die AOK Bayern hat aufgrund der Fallfederführungen entsprechend der Kooperationsvereinbarung über 360.000 EUR vereinnahmt. In zwei Fällen laufen Insolvenzverfahren, was eine Schadensrückführung in Höhe der tatsächlichen Schädigung extrem erschwert.

Im Folgenden wird auf die o.g. drei Pflegeeinrichtungen (mit strafrechtlichen Urteilen) näher eingegangen:

Pflegedienst I, München
Urteil wegen banden- und gewerbsmäßigen Betrugs:

- 4 Jahre und 6 Monate Freiheitsstrafe für den Geschäftsführer
- 4 Jahre und 6 Monate Freiheitsstrafe für den Pflegedienstleiter
- 2 Jahre und 10 Monate Freiheitsstrafe für den Sohn des Pflegedienstleiters (als Pflegehelfer angestellt)
- Vorläufige Einstellung des Ermittlungsverfahrens gegen eine weitere Mitarbeiterin wegen schwerer Erkrankung (Verhandlungsunfähigkeit)

Begründung und Beteiligte:
Die Betrüger arbeiteten seit dem Jahr 2015 im Rahmen eines professionellen, arbeitsteiligen Systems, teilweise in kollusivem Zusammenwirken mit Ärzten, ihren Patienten und deren Angehörigen. Insgesamt waren hier 26 Versicherte, 7 Ärzte, 13 Mitarbeitende und 5 Angehörige von Patienten in die betrügerischen Prozesse integriert. Gemeinsam schädigten sie die Solidargemeinschaft durch die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen, unter anderem durch das Vorspielen von Pflegebedürftigkeit der Patienten bei Hausbesuchen des Medizinischen Dienstes, Kick-Back-Zahlungen und andere Kompensationsleitungen an Patienten bzw. ihren Angehörigen, Ausstellung von unzutreffenden HKP-Verordnungen durch die Ärzte und gefälschte Leistungsnachweise.

Finanzieller Schaden:
Den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern und den Sozialhilfeträgern entstand durch das betrügerische Handeln des Pflegedienstes nachweislich ein Schaden in Höhe von gut 2 Mio. EUR. Gegen den Pflegedienst läuft ein Insolvenzverfahren; mangels Masse ist hier jedoch mit keiner Schadensregulierung zu rechnen. Aus diesem Grund haben vier Kassen Klagen vor zwei Sozialgerichten gegen die verantwortlichen und verurteilten Personen des Pflegedienstes erhoben. Ein Sozialgericht hat bereits entschieden, dass die Klage begründet war und der Zahlungsanspruch zu Recht besteht. Im anderen Sozialgerichtsverfahren haben die beteiligten Kassen angeregt, kassenübergreifend ein Güterichterverfahren durchzuführen; dies soll nun zeitnah stattfinden.

Pflegedienst F, Augsburg
Urteil wegen banden- und gewerbsmäßigen Betrugs:

- 5 Jahre und 3 Monate Freiheitsstrafe für die faktische Geschäftsführerin
- 3 Jahre und 3 Monate Freiheitsstrafe für ihren Ehmann und Mitarbeiter des Pflegedienstes
- 1 Jahr und 10 Monate Freiheitsstrafe auf Bewährung für eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes
- 1 Jahr und 8 Monate Freiheitsstrafe auf Bewährung für die Pflegedienstleiterin
- 1 Jahr und 10 Monate Freiheitsstrafe auf Bewährung für den Generalbevollmächtigten des Pflegedienstes und Zahlung in Höhe von 10.000 EUR an die Staatskasse
- 1 Jahr und 4 Monate Freiheitsstrafe auf Bewährung für den Geschäftsführer (auf dem Papier)
- 1 Jahr und 5 Monate Freiheitsstrafe auf Bewährung für die Mutter des Geschäftsführers und Mitarbeiterin des Pflegedienstes

Begründung und Beteiligte:
Den Verantwortlichen des Pflegedienstes wurde im Rahmen der Hauptverhandlungen ebenfalls Betrug vorgeworfen, sowie die Manipulation von Leistungsnachweisen, das Vorspielen falscher Tatsachen und keine wirkliche Erbringung der versprochenen 24-Stunden-Pflege. Insgesamt sprach man auch hier von einem komplizierten, schwer durchschaubaren Betrugskonstrukt.

Finanzieller Schaden:
Den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern und den Sozialhilfeträgern entstand durch das betrügerische Handeln der Pflegeeinrichtung nachweislich ein normativer Schaden in Höhe von 38 Mio. EUR. Gegen den Pflegedienst läuft ein Insolvenzverfahren. Problematisch und weiterhin offen ist hierbei, inwieweit und in welcher Höhe das Privatvermögen der verurteilten Personen im Rahmen

des Insolvenzverfahrens mit einbezogen werden kann. Die AOK Bayern steht diesbezüglich im engen Kontakt mit den Insolvenzverwaltern.

Pflegedienst P, Augsburg
Urteil wegen Betrugs:

- 6 Jahre Freiheitsstrafe für den faktischen Geschäftsführer
- 1 Jahr und 9 Monate Freiheitsstrafe auf Bewährung für eine Mitarbeitende des Pflegedienstes
- Gegen zwei weitere Mitarbeitende des Pflegedienstes laufen die Ermittlungsverfahren noch

Tatvorwurf und Beteiligte:
Vorgeworfen wird den Verantwortlichen des Pflegedienstes die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialhilfeträgern, das Leisten von Kick-Back-Zahlungen an die Angehörigen und Versicherten, Anstellung von Angehörigen, die ausschließlich die eigenen Familienangehörigen pflegen bzw. versorgen sowie die Anstellung von Personen für ein fingiertes Beschäftigungsverhältnis, die Aufforderung von Mitarbeitenden Leistungsnachweise abzuzeichnen, obwohl diese Leistungen nicht erbracht wurden und die Bedrohung bzw. unter Druck Setzung von Mitarbeitenden.

Zu den Hauptbeschuldigten zählen die offizielle Geschäftsführerin, der faktische Geschäftsführer und seine ehemalige Lebensgefährtin (die ehemalige Geschäftsführerin) sowie ein weiterer Mitarbeitender, dessen Aufgabe es war, lückenlose Leistungsnachweise auf Grundlage der fingierten Dienst-/Tourenpläne zu erstellen. Neben den vier Hauptbeschuldigten und Angeklagten waren/sind 15 weitere Mitarbeitende, acht Patienten, zwei Angehörige und drei Ärzte beschuldigt, am Betrug beteiligt gewesen zu sein.

Finanzieller Schaden:
Den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern und den Sozialhilfeträgern entstand durch das betrügerische Handeln der Pflegeeinrichtung nachweislich ein Schaden in Höhe von über 9 Mio. EUR. Der Pflegedienst hat Insolvenz angemeldet. Im Rahmen der Durchsuchung im Oktober 2019 wurden bei einem Hauptbeschuldigten knapp 7 Mio. EUR in bar beschlagnahmt. Fraglich hierbei war, ob bzw. wie der Betrag dem Träger des Pflegedienstes zugeordnet werden konnte. Im Februar 2022 konnte nach vielen Gesprächen zwischen der AOK Bayern (als federführende Kasse für die GKV), den Insolvenzverwaltern und den Rechtsanwälten des Hauptbeschuldigten eine Einigung erzielt und ein außergerichtlicher Vergleich geschlossen werden. Die Kranken- und Pflegekassen sowie die Sozialhilfeträger haben aus dem Vergleich und unter Berücksichtigung anderer Gläubiger insgesamt 5,8 Mio. EUR erhalten.

Fazit
Die Pflegebetrugsfälle in Augsburg und München beschäftigen die AOK Bayern nun seit Mitte des Jahres 2019 enorm und stellen einen hohen Kraft- und Zeitaufwand dar. Bis dato sind erst vier von zehn Fällen **strafrechtlich** beendet; in allen anderen Verfahren laufen noch die Ermittlungen. Die Kassen stehen hierzu regelmäßig in engem Kontakt zu den Ermittlungsbehörden und liefern für deren Ermittlungen Unterlagen und Auswertungen. Weiterhin sind auch noch zahlreiche Ermittlungsverfahren gegen weitere Beteiligte (Versicherte, Angehörige, Mitarbeitende der Pflegeeinrichtungen, Ärzte) offen.

Im Sinne der Vermögensbetreuungspflicht sind die Kassen angehalten, den entstandenen **Schaden zurückzuführen** – schließlich geht es um Gelder, die zu Unrecht an die Pflegeeinrichtungen ausgezahlt wurden und die Solidargemeinschaft belasten. In zwei von zehn Fällen konnten bis dato Schadensregulierungen durchgeführt werden; alle anderen Fälle sind noch offen. Besonders erschwerend ist hierbei die Bezifferung des außerhalb des Ermittlungsverfahrens festgestellten und tatsächlich entstandenen Schadens der Kostenträger. Zudem ist fraglich, ob die Träger bzw. hauptbeschuldigten und verurteilten Personen über die finanziellen Mittel verfügen, die für eine Schadenswiedergutmachung über den sozial- oder zivilrechtlichen Weg notwendig sind.

Die Pflegebetrugsfälle in Augsburg und München werden die AOK Bayern also noch längere Zeit beschäftigen …

Im folgenden Zeitstrahl soll die Komplexität und vor allem die lange Bearbeitungsdauer beispielhaft an drei der strafrechtlich bereits abgeschlossenen Fälle dargelegt werden.

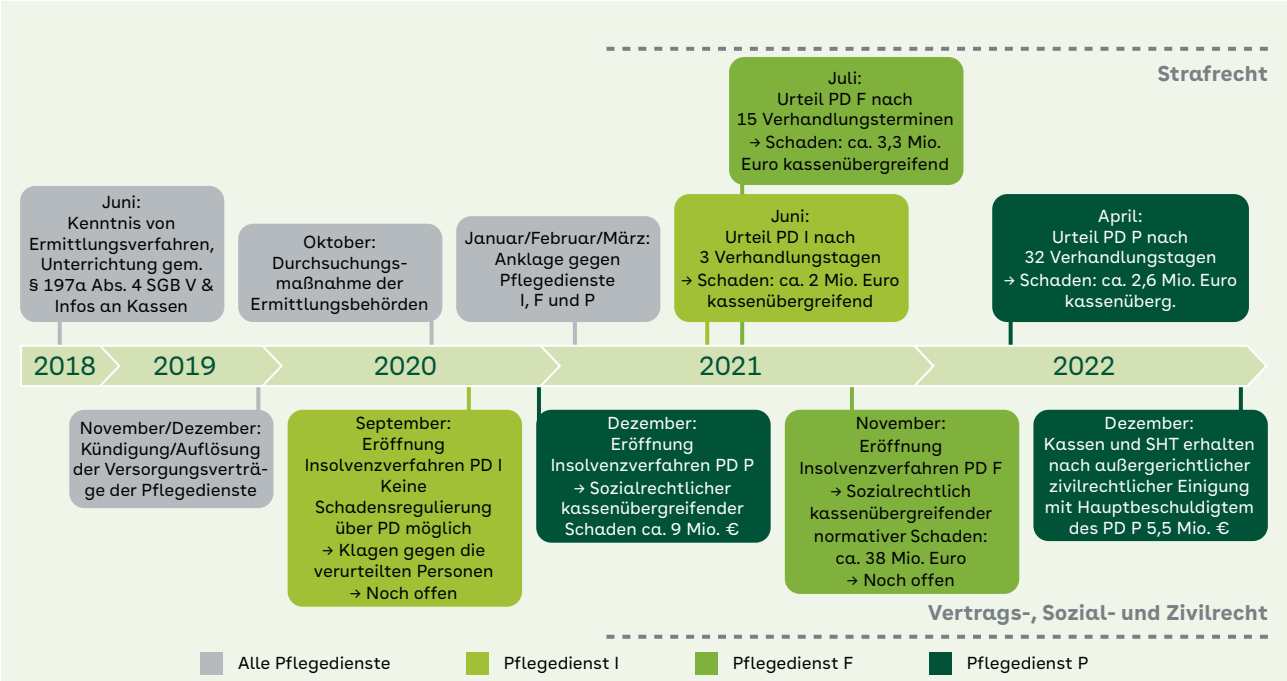


Abb. 15: Zeitlicher Verlauf der Pflegebetrugsfälle

Pflegebetrug im Überblick

Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege					
Jahr	**Neufälle**	**Verfolgte Bestands-fälle**	**Entstandener Schaden**	**Gesicherte Forderung**	**Anzahl Ermittlungs-verfahren**
2014	148	123	348.613,86 €	385.367,31 €	12
2015	238	177	321.646,33 €	492.298,98 €	7
2016	239	145	1.294.353,20 €	797.895,06 €	24
2017	489	170	849.601,67 €	571.760,38 €	32
2018	487	265	1.537.877,26 €	1.301.309,04 €	34
2019	361	261	2.952.048,84 €	3.002.803,11 €	26
2020	225	293	2.339.978,25 €	1.312.850,57 €	24
2021	217	234	6.762.092,66 €	1.862.945,99 €	16
2022	287	205	6.693.966,28 €	1.165.310,54 €	12
2023*)	295	198	8.623.608,44 €	622.416,68 €	28
Summe	**2.986**	**2.071**	**24.961.694,13 €**	**11.514.957,66 €**	**215**

3.10 Abrechnung nicht erbrachter Leistungen in einer Zahnarztpraxis

Die Zahnarztpraxis wurde auffällig, nachdem die Abrechnungszahlen jährlich anstiegen und auch die statistischen Abweichungen (im Vergleich zum Landesdurchschnitt aller Zahnärzte) stetig zunahmen. Durch die hohen Abrechnungswerte wurden Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit gestellt, mit dem Ergebnis, dass ein gewisses Maß an Unwirtschaftlichkeit festgestellt und regressiert wurde.

Die tiefergehende Prüfung durch die Krankenkassen zeigte, dass Patienten regelmäßig jedes Quartal in Behandlung waren und im jeweiligen Quartal zum Teil zahlreiche Behandlungstermine wahrgenommen haben. Zudem waren vielzählige Leistungsblöcke vorhanden, die so nicht nachvollziehbar erschienen. Weiter blieb ungeklärt, weshalb die Praxis regelmäßig die Abrechnungen um bis zu zwei, drei Quartale verschiebt und wie eine alleinig niedergelassene Zahnärztin eine derart große Anzahl an Behandlungsfällen im Quartal durchführen kann. Die Fallzahlen erreichten in Spitzenzeiten bis zu 3000 Patienten im Quartal – eine Zahl, die in der Realität nicht erreichbar ist. Selbst in den Corona geprägten Quartalen hatte diese Praxis unverändert hohe Abrechnungswerte. Vor diesem Hintergrund wurden Patienten der Zahnarztpraxis befragt, die zwar angaben, durchwegs zufrieden mit der Praxis gewesen zu sein, jedoch die Anzahl der abgerechneten Behandlungen nicht bestätigen konnten.

Aufgrund dieser Auffälligkeiten wurde seitens der Kassen beantragt, diese Praxis im Prüfteam der KZVB näher zu beleuchten. Hierfür wurden Karteikarten und Röntgendokumentationen angefordert und mit den Abrechnungszahlen verglichen. Die dabei festgestellten Auffälligkeiten wurden in einer umfangreichen Niederschrift dokumentiert.

Zum Klärungsgespräch mit der KZVB und den gesetzlichen Krankenkassen erschien jedoch lediglich der Ehemann und Praxismanager der Zahnärztin. Auch hierbei blieben zahlreiche Fragen offen.

Die KZVB und Kassen stellten daraufhin Strafanzeige. Die Ermittlungen in diesem Fall laufen, eine Durchsuchung der Wohn- und Praxisräume ist aktuell in Vorbereitung.

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

Weitere Schäden aufgrund des Verdachts der Abrechnung von Luftleistungen im Zusammenhang mit dem Ermittlungsverfahren sind zu erwarten.

3.11 Vorwurf der unrichtigen Ausstellung von Gesundheitszeugnissen

Im Berichtszeitraum wurden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für Versicherte der AOK Bayern, aber auch für Versicherte anderer Krankenkassen in ganz Deutschland von verschiedenen Privatärzten ausgestellt. Die Ärztinnen und Ärzte haben nach Angaben auf den Bescheinigungen ihren Praxissitz in verschiedenen Städten in Deutschland, für Bayern beispielsweise unter anderem in Nürnberg oder München. Tatsächlich befinden sich unter den angegebenen Adressen allerdings keine Arztpraxen. Die Ärztinnen und Ärzte bieten online über ihre Internetseiten an, für bestimmte Krankheitsbilder, ohne Patienten-Arzt-Kontakt, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für bis zu zehn Tage auszustellen. Das Vorgehen ist auf den Internetseiten genauestens beschrieben. Der Versicherte muss sich durch verschiedene Fragestellungen zum Gesundheitszustand durchklicken und erhält am Ende eine entsprechende Bescheinigung. Auf den Internetseiten wird explizit darauf hingewiesen, dass die Bescheinigungen ausschließlich zur Vorlage beim Arbeitgebenden dienen und nicht zur Einreichung bei der Krankenkasse, um beispielsweise Krankengeld zu erhalten. Für die Ausstellung der Bescheinigung zahlt der oder die Versicherte einen bestimmten Betrag an die „Ärzte“.

Die eingehende Prüfung und rechtliche Bewertung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV Spitzenverband) hat ergeben, dass die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, welche ausschließlich durch die Angaben über ein Online-Formular erfolgt, ausgeschlossen ist. Darüber hinaus ist im Rahmen

einer Videosprechstunde, welche über die Internetseite ebenfalls angeboten wird, die Voraussetzung gegeben, dass der Patient bzw. die Patientin dem Arzt bzw. der Ärztin persönlich bekannt sein muss. Die Anforderungen und Notwendigkeiten im Zusammenhang mit der sogenannten Tele-Medizin unterliegen einem ständigen Fortschritt und entsprechenden Anpassungen. Die Parameter hierfür gibt der GKV-Spitzenverband vor.

Die AOK Bayern kann im Rahmen der internen Prüfungen verhindern, dass es aufgrund der Einreichung derartiger AU-Bescheinigungen zu Auszahlungen kommt. Grundsätzlich kann es im Zusammenhang mit AU-Bescheinigungen zu Auszahlungen gegenüber den Versicherten kommen, beispielsweise bei der Beantragung von Krankengeld oder bei der Auszahlung von sogenannten Umlagen im Rahmen der Ausgleichskasse für Arbeitgebende.

Durch die AOK Bayern und weiteren Krankenkassen wurde eine Unterrichtung an die Staatsanwaltschaft gestellt. Alle deutschlandweit eingeleiteten Verfahren wurden bei der Staatsanwaltschaft Hamburg im Rahmen einer Sonderzuständigkeit gebündelt. Das Verfahren ist nach wie vor anhängig und im Berichtszeitraum noch nicht beendet. Es wird mit einem Abschluss Ende des Jahres 2024 gerechnet. Die Ermittlungen ziehen sich unter anderem aufgrund der Tatsache in die Länge, dass die Identität der ausstellenden Ärztinnen und Ärzte nicht in jedem Fall festgestellt werden kann und sich ein Teil der verantwortlichen Personen im Ausland aufhält.

Das Vorgehen dieser Ärztinnen und Ärzte geht nach wie vor weiter. Grundsätzlich kann nur Krankenkassen intern dafür gesorgt werden, dass diese AU Bescheinigungen zu keinem Schaden i. S. einer Auszahlung führen. Viele kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern weisen auf ihren Internetseiten auf das unrechtmäßige Ausstellen derartiger Gesundheitszeugnisse hin und verweisen auch auf mögliche straf- und arbeitsrechtliche Konsequenzen für Arbeitnehmende bei entsprechender Verwendung.

3.12 Verdacht auf Erschleichen von Betäubungs- und Arzneimitteln in Verbindung mit Ärztehopping

Im Rahmen von Routineprüfungen wurde bei einem Versicherten der AOK Bayern im Jahr 2018 eine erhebliche Überdosierung des Betäubungsmittels Fentanyl und des Arzneimittels Pregabalin festgestellt.

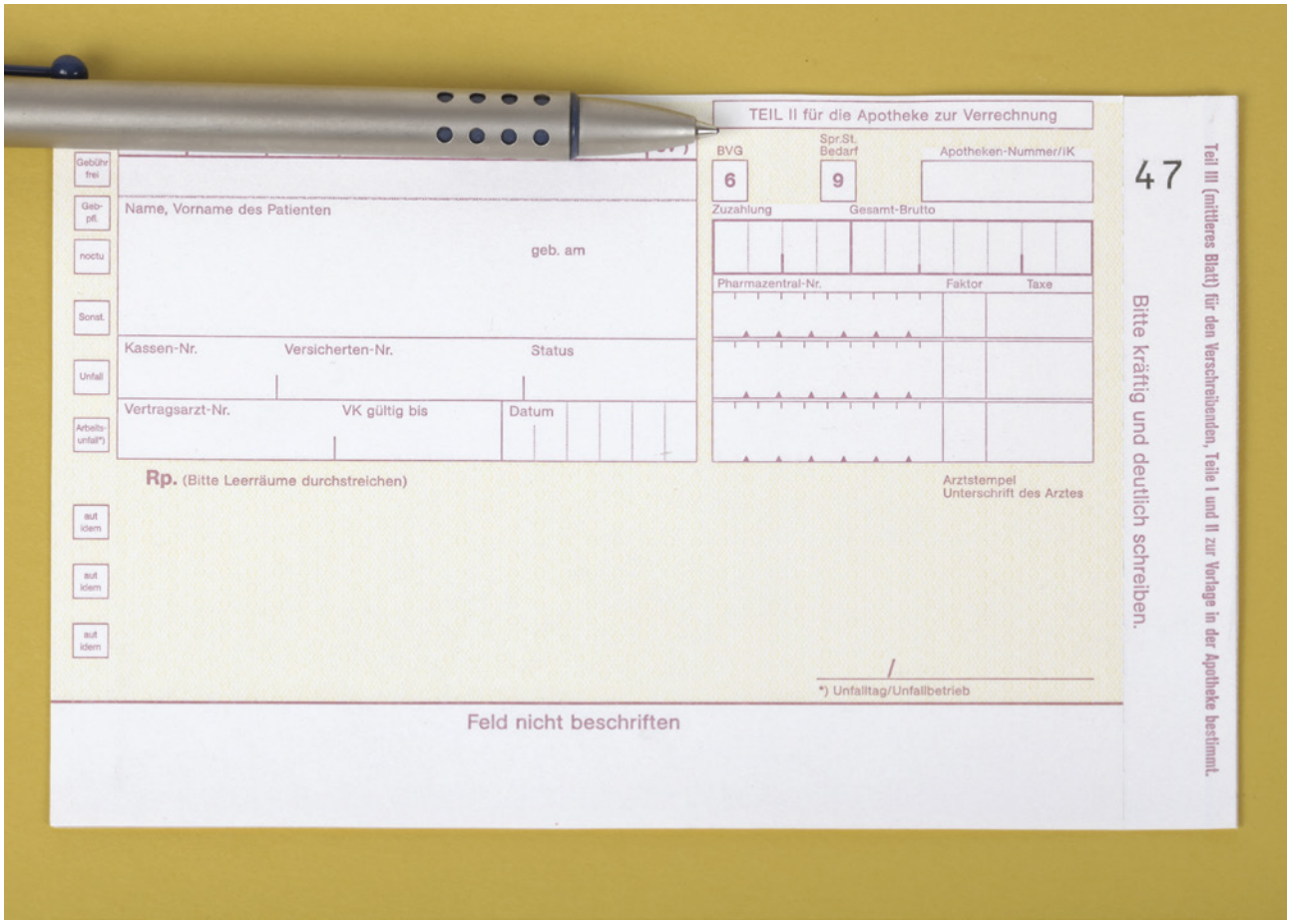
Nach Analyse der vorliegenden Abrechnungsdaten zeigte sich auf, dass für den Versicherten im Zeitraum 01.01.2018 bis 31.03.2019 111 Rezepte über insgesamt 1.580 Fentanyl-Pflaster von 27 verschiedenen Ärzten ausgestellt wurden. Der Netto-Gesamtwert der verordneten Betäubungsmittel betrug über 25.000 EUR.

Gemäß den Angaben der verordnenden Ärztinnen und Ärzte hätten die Fentanyl-Pflaster alle drei Tage bzw. 72 Stunden gewechselt werden sollen. Die verordneten 1.580 Fentanyl-Pflaster wären somit für ca. 4.740 Tage ausreichend gewesen. Bei dem Versicherten lag ein Verordnungszeitraum von 449 Tagen vor, weshalb von einer ca. zehnfachen Überdosierung ausgegangen wurde.

Im selben Zeitraum erfolgten insgesamt 55 Rezeptausstellungen von 18 verschiedenen Ärztinnen und Ärzten für den Wirkstoff Pregabalin. Das hier entstandene Verordnungsvolumen entspricht bei einer Einnahmezeit von 449 Tagen mindestens dem sechsfachen der Maximaldosierung eines Patienten bei einer durchgehend notwendigen Behandlung.

Es konnte bei einer derart hohen Dosierung der beiden Wirkstoffe und der zahlreich aufgesuchten Arztpraxen nicht ausgeschlossen werden, dass die verordneten Arzneimittel (un)entgeltlich an Dritte weitergegeben wurden.

Aufgrund des Verdachts der Erschleichung von Betäubungs- und Arzneimitteln und ggf. (un)entgeltlichen Weitergabe an Dritte in Verbindung mit Ärztehopping, hat die AOK Bayern am 25.07.2019 die Staatsanwaltschaft aufgrund des Anfangsverdachts einer strafbaren Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung gem. § 197a Abs. 4 SGB V unterrichtet.



Im Zeitraum Januar bis März 2022 fand die Hauptverhandlung gegen den Versicherten wegen unerlaubten Handels mit Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge, sowie wegen des Besitzes von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge mit gewerbsmäßigem Betrug und wegen unerlaubten Handeltreibens mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit gewerbsmäßigem Betrug und Urkundenfälschung statt.

Im Ergebnis wurde im Urteil festgehalten, dass sich der Angeklagte im Zeitraum 30.07.2018 bis 21.10.2019 insgesamt bei 41 Ärztinnen und Ärzten in 143 Fällen Fentanyl-Pflaster erschlichen hat, indem er ihnen gegenüber unrichtige bzw. unvollständige Angaben zu verschreibungsrelevanten Tatsachen machte. Insbesondere verschwieg der Angeklagte jeweils die Parallelverschreibungen, um an die jeweiligen Verschreibungen zu gelangen.

Die Erschleichung der Fentanyl-Pflaster erfolgte in der Absicht, diese gewinnbringend weiterzuverkaufen. Um an die Betäubungsmittelverordnungen zu gelangen, erstellte der Angeklagte auf seinem Laptop einen Medikamentenplan, der mit Arztunterschrift und -stempel versehen war. Mit diesem Dokument überzeugte er die verordnenden Ärztinnen und Ärzte von der medizinischen Notwendigkeit der Verschreibung von Fentanyl-Pflastern.

Insgesamt wurde der Beschuldigte zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 6 Monate verurteilt. Das Strafmaß wurde nicht zur Bewährung ausgesetzt. Weiter wurde durch das Gericht Einziehung von Wertersatz in Höhe von knapp 50.000 EUR zu Gunsten der AOK Bayern angesetzt. Das Urteil wurde im Oktober 2022 rechtskräftig.

4 Interne und externe Zusammenarbeit

4.1 Zusammenarbeit mit Dritten

Interne und externe Zusammenarbeit
Die StBvFG hat aufgrund ihrer vielfältigen Aufgabenbereiche sowohl interne als auch externe Verbindungen. Die nachstehende Grafik bietet einen Überblick über die bestehenden Kooperationen und Schnittstellen der StBvFG, die im weiteren Verlauf genauer erläutert werden.

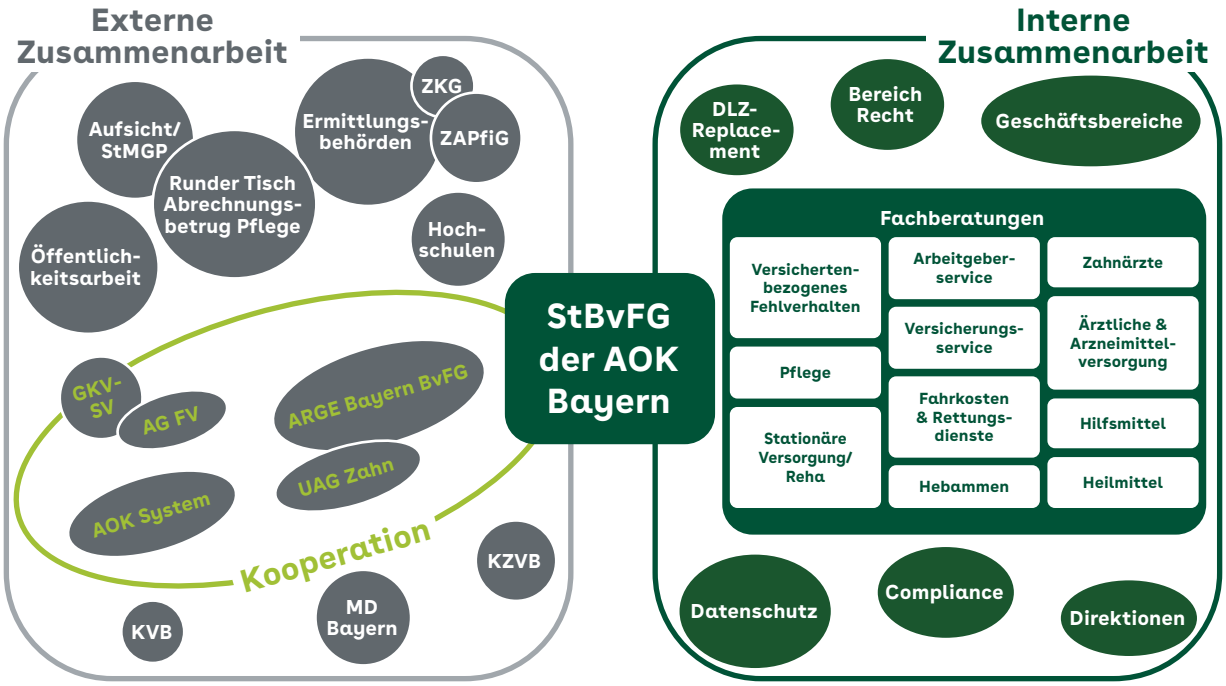


Abb. 16: Schnittstellen der StBvFG

Zusammenarbeit mit internen Unternehmenseinheiten
Eine effektive Kooperation innerhalb von Unternehmen trägt nicht nur zu einer positiven Arbeitsatmosphäre bei, sondern ist auch von entscheidender Bedeutung für den Erfolg bei der Verwirklichung der Unternehmensziele. Um dies auch in der AOK Bayern umzusetzen, pflegt die StBvFG eine intensive und kollegiale Zusammenarbeit mit anderen Unternehmenseinheiten. Aufgrund des Koordinationsmodells, dem sogenannten 3-Stufen-Modell, sowie der engen Zusammenarbeit mit den Fachberatungen, ist die StBvFG innerhalb der AOK Bayern nicht nur gut vernetzt, sondern erzielt auch außerordentlich erfolgreiche Ergebnisse in der Fehlverhaltensbekämpfung. Dieses Modell, welches einzigartig in der GKV ist, ist maßgeblich verantwortlich dafür, dass die AOK Bayern auch die führende Rolle in der Kassenlandschaft, was die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen betrifft, einnimmt. Ziel ist jedoch nicht nur die retrospektive Aufdeckung eines Fehlverhaltens, sondern auch dessen präventive Verhinderung: Durch gezielte Maßnahmen soll das Fehlverhalten bereits vor dessen Entstehung abgewendet werden. Neben dem wichtigen Aspekt der Vermögensbetreuung leistet die AOK Bayern dadurch einen nicht weniger wichtigen Beitrag

für unsere Leistungserbringenden, nämlich die zu schützen, die ihre Aufgaben korrekt und ehrlich ausführen.

Eine Besonderheit bildet die Schnittstelle zur Stabsstelle Compliance, die immer dann relevant ist, wenn beispielsweise Mitarbeitende der AOK Bayern beschuldigt oder verdächtigt werden, an einem Fehlverhalten beteiligt gewesen zu sein. In diesem Fall erfolgt aus Gründen des Sozialdatenschutzes die Bearbeitung der Fälle getrennt: Die Fehlverhaltensvorwürfe gegen Leistungserbringende, Versicherte oder Arbeitgebende werden allein von der StBvFG geprüft, während die Vorwürfe gegen die Mitarbeitenden gemeinsam mit der Stabsstelle Compliance, Schwerpunkt interne Untersuchungen, bearbeitet werden. Der erforderliche Austausch zwischen den beiden Stellen wird durch regelmäßige Jour fixe ermöglicht.

Zusammenarbeit mit Externen
Die Zusammenarbeit der verschiedenen Kranken- und Pflegekassen mit weiteren externen Stellen spielt eine entscheidende Rolle im Kontext der Fehlverhaltensbekämpfung. Seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes am 1. Januar 2012 dürfen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a Abs. 3a SGB V personenbezogene Daten untereinander und an Einrichtungen nach §§ 81a SGB V übermitteln, sofern dies zur Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist. Diese Übermittlungsbefugnisse wurden im Jahr 2019 durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz erneut erweitert, wodurch auch eine Datenübermittlung außerhalb der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ermöglicht wurde (vgl. § 197a Abs. 3b SGB V).

Zusammenarbeit in der AOK-Gemeinschaft
Die AOK-Gemeinschaft unterhält eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Der Informationsaustausch erfolgt im Rahmen des Gremienmanagements des BV's als Fachteam „Fehlverhaltensbekämpfung".

Die Mitglieder des Fachteams beraten sich unter der Koordination des AOK-Bundesverbandes in regelmäßig stattfindenden Sitzungen darüber, wie vorhandene Regelungslücken geschlossen werden können, um die Rahmenbedingungen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu verbessern. In bundesweiten Fallkonferenzen werden zudem neue und bekannte Muster von Fehlverhalten erörtert und sowohl allgemeine als auch spezifische Einzelfälle diskutiert und bearbeitet.

Die Grundlage für diese intensive und erfolgreiche Zusammenarbeit wurde durch die im Jahr 2011 in Kraft getretene Kooperationsvereinbarung zur

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a Abs. 3 SGB V, § 47a SGB XI und auf Basis von § 88 SGB X geschaffen. Aufgrund organisatorischer und rechtlicher Veränderungen, die in der Zwischenzeit eingetreten sind, erkannte das Fachteam Fehlverhaltensbekämpfung die Notwendigkeit, die bestehende Kooperationsvereinbarung anzupassen und inhaltlich auf den aktuellen gesetzlichen Stand zu bringen. Die überarbeitete Kooperationsvereinbarung der AOK-Gemeinschaft wurde im März 2019 von den Vorständen beschlossen und trat am 1. April 2019 in Kraft.

Fehlverhaltensfälle von großer Dimension werden folglich kollaborativ für die gesamte AOK-Gemeinschaft bearbeitet. Die Fallbearbeitung erfolgt dabei in der Regel in Fallfederführungsgruppen: Für einzelne Fälle gibt es verschiedene Fallfederführer, die sich intensiv mit dem Fall auseinandersetzen und diesen für die AOK-Gemeinschaft aufbereiten. Durch die gemeinsame Bearbeitung werden Synergien geschaffen und die Fälle können zielgerichtet und effektiv für alle mit dem notwendigen Expertenwissen verfolgt werden.

Kassenartenübergreifende Zusammenarbeit
Die einzelne Kasse kann Fehlverhalten oft nicht erkennen oder den Umfang dessen allein nur schwer einschätzen. Um das Fehlverhalten folglich flächendeckend bekämpfen zu können, ist die kassenartenunabhängige Zusammenarbeit erforderlich.

Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen ist also beabsichtigt, dass die Kranken- und Pflegekassen sowie deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften, unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten in jedem Bundesland, kassenübergreifende Vereinbarungen zur Intensivierung der Zusammenarbeit abschließen.

In den Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI des GKV-Spitzenverbandes wird in Abschnitt „V. Kassen- und Organisationsübergreifende Zusammenarbeit“ Näheres zu den möglichen Inhalten der gemeinsamen Verträge ausgeführt.

Abb. 17: Kassenartenübergreifende Zusammenarbeit

Demnach können Inhalte der Verträge der Kassen beispielsweise die verbindliche Regelung zur Durchführung regelmäßiger Arbeitstreffen sein, nach Möglichkeit eine gemeinsame und einheitliche Aufarbeitung von Fehlverhaltensfällen, die gemeinsame, strukturierte Unterrichtung der Staatsanwaltschaft sowie eine Regelung zur kassenübergreifenden Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen. Möglich sind auch Regelungen zur Kostentragung bzw. Kostenverteilung zwischen den Kassen, falls Dritte oder Vertragspartner mit der Schadensregulierung beauftragt werden, sowie eine Vereinbarung über die Aufwandsentschädigungspauschale für die fallfederführende Kasse.

Kassenartenübergreifende Zusammenarbeit in Bayern

In Bayern wurde die „Arbeitsgemeinschaft Bayern Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen" (ARGE Bayern BvFG) zur Zusammenarbeit auf regionaler Ebene gegründet. Im Jahr 2018 wurde für diese eine Vereinbarung über die Intensivierung der Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V

Exkurs:

Unter der ganzheitlichen Fallfederführung ist innerhalb der ARGE Bayern BvFG nicht nur das Tätigwerden in eigener Sache mit anschließender Anmeldung etwaiger Ansprüche der weiteren geschädigten Krankenkassen zu verstehen, sondern sie umfasst insbesondere

- die umfassende Aufklärung bzw. Ermittlung und Aufbereitung des Sachverhalts, sowie, falls notwendig, die Beauftragung eines Gutachters,
- die Einzelfallbewertung durch den Fallfederführer unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit bzw. des Wirtschaftlichkeitsgebots in enger Abstimmung mit der ARGE BvFG,
- die Datenabfrage anhand einer Vorlage oder Mustertabelle mit Angabe einer zeitlichen Frist (die Fristen sind realistisch zu setzen und vorab sorgfältig zu prüfen),
- die Formulierung des Hinweises und unverzügliche Übermittlung an die Staatsanwaltschaft gem. § 197a Abs. 4 SGB V,
- die vollumfängliche Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden (inkl. Sachstandsanfragen und Akteneinsicht),
- bei besonderer Erfordernis vollumfängliche Kommunikation mit dem tatverdächtigen Leistungserbringenden,
- die Entscheidung über die Kommunikation mit der Öffentlichkeit (Presse, Medien) sowie mit den Aufsichtsbehörden,
- die umfassende Information der betroffenen Kassen über Sachstandsveränderungen und das Ergebnis,
- die Übernahme des Schadensregulierungsprozesses mit folgenden Schritten:
  A. Schadensfeststellung
  B. Rückforderung
  C. Verhandlung der Schadensregulierungsvereinbarung
  D. Verteilung der Gelder
  E. Ggf. Bewertung eines notwendigen sozialrechtlichen Klageverfahrens
- die Information über den Fallabschluss

bzw. § 47a SGB XI geschlossen. Die Vereinbarung gewährleistet den Mitgliedskassen eine abgesicherte Zusammenarbeit bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Dies beinhaltet den wechselseitigen Austausch von Informationen und Beratung hinsichtlich Fehlverhaltensmustern sowie bezüglich gesetzlicher und organisatorischer Veränderungen in den Fehlverhaltensstellen selbst. Die Kooperationsvereinbarung ermöglicht außerdem eine gemeinsame Fallbearbeitung im Rahmen des sogenannten „Fallfederführungsmodells".

Bei dem Fallfederführungsmodell werden die Fälle kassenartenübergreifend bearbeitet: eine Kasse übernimmt die Führung des Einzelverfahrens und macht die Rechte aller Kassen insgesamt geltend. Das Fallfederführungsmodell hilft nicht nur dabei, die regionale Zusammenarbeit der Kassen zu intensivieren, sondern trägt auch zu einer effektiveren Fehlverhaltensbekämpfung bei den Kassen bei.

Innerhalb der ARGE Bayern BvFG wurde im Rahmen einer Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung im Jahr 2020 festgelegt, dass die federführende Kasse pauschal zehn Prozent der erzielten Regresse als Aufwandsentschädigung erhält.

Die ARGE Bayern BvFG folgte der Empfehlung des GKV-SV und setzt die oben genannte Kooperationsvereinbarung bis heute um. Die Zusammenarbeit erfolgt auf dieser Grundlage in einer fairen, vertrauensvollen und erfolgreichen Weise und wird von allen Vertragspartnern gleichermaßen geschätzt.

Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst Bayern

Gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind die Kassen dazu verpflichtet, bei Auffälligkeiten in der Abrechnungsprüfung den Medizinischen Dienst zu konsultieren, der zum entsprechenden Sachverhalt eine gutachtliche Stellungnahme formuliert.

„(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,
1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, ***sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,***
(...)
eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen."

Zur Intensivierung der Zusammenarbeit und zur Regelung der gegenseitigen Prozesse erarbeitet die ARGE BvFG unter Federführung der AOK Bayern gerade eine Kooperationsvereinbarung mit dem Medizinischen Dienst Bayern. Diese Vereinbarung soll voraussichtlich zum 01.07.2024 in Kraft treten.

4.2 Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden

Nach § 197a Abs. 4 SGB V sollen die Krankenkassen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

Die Vorschrift führt dazu, dass zwischen den Fehlverhaltensstellen der Kranken- und Pflegekassen und den Ermittlungsbehörden ein regelmäßiger Austausch stattfindet. Dieser Austausch hat sich in den letzten Jahren stetig verbessert. Auch in den Jahren 2022 und 2023 wurde die Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden weiter ausgebaut.

Im September 2020 hat der Freistaat Bayern eine Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg (ZKG) eingerichtet. Die Stelle ist aktuell mit 14 Staatsanwältinnen und Staatsanwälten besetzt. Unterstützt werden sie von medizinischen Fachkräften und einem IT-Forensiker, wobei eine weitere Stellenbesetzung derzeit stattfindet. Die ZKG bearbeitet alle Fälle, bei denen Akteure medizinischer Heilberufe betroffen sind. Betrugsfälle von Versicherten oder Arbeitgebenden werden weiterhin von den 22 regional zuständigen Staatsanwaltschaften in Bayern bearbeitet.

Zusätzlich fand auf Seiten der Kriminalpolizei in Bayern eine Spezialisierung statt. Die polizeiliche Ermittlungsarbeit der Betrugsfälle aus dem Gesundheitswesen wird von Spezialermittlerinnen und Spezialermittlern bei den zehn Wirtschaftskommissariaten durchgeführt. Unterstützt werden sie ebenfalls teilweise von medizinischen Fachkräften, Abrechnungsspezialisten und IT-Experten. Auf Beschluss des bayerischen Innenministeriums wurde darüber hinaus eine **Z**entrale **A**nsprechstelle der Bayerischen **P**olizei zur Bekämpfung von **F**ehlverhalten **i**m **G**esundheitswesen (ZAPFiG) beim Polizeipräsidium Mittelfranken installiert, die übergeordnete Aufgaben und eine Koordinierungsfunktion aller Kriminalpolizeidienststellen – insbesondere als Bindeglied zu den Fehlverhaltensstellen – einnimmt, z. B. Netzwerke bilden, Aufbau von Wissensdatenbanken, Organisation von regelmäßigen Austauschen etc..

Eine weitere Spezialisierung bzw. Zuständigkeitskonzentration in Bayern – diesmal auf Seiten der Justiz – ist zum 01.10.2022 in Kraft getreten, die auch den Bereich des Abrechnungsbetruges umfasst. Das Landgericht Nürnberg-Fürth übernimmt nun für ganz Bayern – unabhängig vom Tatortprinzip – die erstinstanzliche Zuständigkeit für Vermögens- und Korruptionssachen im Gesundheitswesen, wenn sie in den Zuständigkeitsbereich der Landgerichte fallen.

Mit der (nochmaligen) Bündelung der Kompetenzen seitens der Kriminalpolizei, der Staatsanwaltschaft und seitens des Gerichts wurde die fachliche Spezialisierung innerhalb der Strafverfolgungsbehörden nochmals gestärkt. Die in Bayern geschaffenen Strukturen sind bundesweit einmalig und ermöglichen eine gezieltere und effektivere Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Kritisch anzumerken ist hierbei jedoch, dass nach unserem Empfinden die Personalausstattung insbesondere bei den Schwerpunkt-Polizeidienststellen nach wie vor dringend angepasst werden müsste. Aufgrund der fehlenden personellen Ressourcen ist eine fundierte Einarbeitung in die zum Teil sehr komplexen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen der Kranken- und Pflegeversicherung nur schwer möglich.

Die Fehlverhaltensstelle der AOK Bayern ist seit dem Aufbau der neuen Strukturen bei den Ermittlungsbehörden regelmäßig unterstützend bei der Qualifizierung tätig. Sowohl die Spezialermittelnden bei den Polizeidienststellen, als auch die Staatsanwältinnen und Staatsanwälte und die medizinischen Fachkräfte und IT-Forensiker sollen durch die Bündelung von Fachwissen über Abrechnungsbesonderheiten im Gesundheitswesen und die Weiterbildungen durch die AOK Bayern in die Lage versetzt werden, die Anzeigen der Kranken- und Pflegekassen schnell zu bearbeiten, Hintergründe und Zusammenhänge des Gesundheitswesens zu verstehen und die notwendigen Ermittlungen damit effizient durchzuführen.

So werden die Kriminalbeamten regelmäßig bei den Aus- und Fortbildungen im Fortbildungsinstitut der bayerischen Polizei in Ainring von Mitarbeitenden der Fehlverhaltensstelle geschult. Zusätzlich finden geschäftsbereichsbezogene und einzelfallbezogene Schulungen und Hospitationen mit der Zentralstelle der Generalstaatsanwaltschaft – sowohl mit den

Staatsanwältinnen und Staatsanwälten, als auch mit den medizinischen Fachkräften und IT-Forensikern – statt. Auch die Teilnahme von Vertretenden der ZKG an gemeinsamen Gesprächen mit der ARGE Bayern BvFG trägt zu einer konstruktiven Zusammenarbeit bei und führt zu gegenseitigen Lerneffekten aus den Rechtsgebieten des Strafrechts und Sozialrechts. Darüber hinaus ermöglicht sie ein wirkungsvolles Vorgehen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und beeinflusst entscheidend unsere präventive Arbeit.

Das Dunkelfeld von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen ist jedoch weiterhin präsent und in der Höhe nur schwer zu quantifizieren. Um den „schwarzen Schafen der Branche" weiter entgegenzutreten, hat die ZKG im Oktober 2021 ein neues Hinweisgebersystem eingerichtet (https://www.bkms-system.com/ZKG), über das die Möglichkeit der sicheren schriftlichen Kommunikation besteht, auch wenn der oder die Hinweisgebende anonym bleiben möchte.

5 Sonderthemen

5.1 Betrugspräventionsprojekt

Neue Wege in der Fehlverhaltensbearbeitung – Präventive Ansätze am Bespiel der Verhinderungspflege
Mit der Ergänzung des § 197a SGB V um den Absatz 3b wurden den Fehlverhaltensstellen erweiterte Datenübermittlungsbefugnisse zugesprochen. Diese Ergänzung bietet den Kranken- und Pflegekassen die Möglichkeit, relevante Sachverhalte im Sinne des § 197a SGB V nicht nur retrospektiv aufzudecken, sondern durch gezielte Maßnahmen Fehlverhalten bereits vor dessen Entstehung präventiv zu verhindern.

Im Projekt „*Betrugsprävention neu denken – Ein verhaltensökonomischer Ansatz am Beispiel der Verhinderungspflege*“ wurden, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, modifizierte Antrags- und Abrechnungsformulare in zufällig ausgewählten Direktionen für einen befristeten Zeitraum ausgegeben. Die Forschungshypothese lautete, dass Versicherte, die den neuen angepassten Antrags- und Abrechnungsbogen erhalten, im Durchschnitt ein geringeres Volumen abrechnen.

Erkenntnisse der Forschung zeigen: Menschen vermeiden es oft, als unehrlich wahrgenommen zu werden, und möchten auch sich selbst gegenüber „ehrlich“ erscheinen. Sie haben also psychologische Kosten, wenn sie sich unehrlich verhalten. Dieses Phänomen wurde bei der Gestaltung der neuen Formulare maßgeblich herangezogen. Dabei sollte insbesondere die Hürde für leichtfertige Betrugsversuche angehoben werden, indem die psychologischen „Lügenkosten“ erhöht und die Anreize für einen Betrug gesenkt werden.

Mit der Umsetzung dieses Projekts erfährt die bisherige Bearbeitung von Fehlverhaltensfällen einen neuen Impuls, indem nicht nur auf eingehende Hinweise reagiert wird, sondern auch präventive Tätigkeiten unternommen werden. Damit setzt die AOK Bayern den in § 197a Abs. 3b SGB V verankerten gesetzlichen Auftrag einer effektiven und zielgerichteten Fehlverhaltensbearbeitung um.

Projekthintergrund
Die AOK Bayern sieht sich täglich mit verschiedenen Sachverhalten eines möglichen Fehlverhaltens konfrontiert. Im Bereich der durch Versicherte begangenen Fehlverhaltensdelikte dominiert die Verhinderungspflege. Der Zugang zu Leistungen der Verhinderungspflege ist bewusst (gesetzlich) niedrigschwellig gehalten, weshalb dieser Leistungsbereich eine hohe Attraktivität für potenziellen Abrechnungsbetrug bietet. Gleichzeitig sind die Möglichkeiten der Pflegekasse zur Überprüfung der getätigten Angaben begrenzt.

Oftmals werden lediglich leicht überhöhte Rechnungen eingereicht. Als einzelne Rechnung fällt diese nicht gravierend ins Gewicht, in der Summe besteht gerade deshalb eine hohe Relevanz. Die meisten fehlerhaften Abrechnungen im Bereich der Verhinderungspflege werden von sogenannten Gelegenheitstätern oder Gelegenheitstäterinnen begangen. Hinter der Antragsstellung dieses Personenkreises steht der tatsächliche Bedarf für die Leistung. Erst beim Ausfüllen der Formulare entsteht eine Betrugsintention, wodurch sich die Versicherten mehr Leistungen verschaffen, als ihnen eigentlich zustehen. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem Bereich der Verhaltensökonomie zeigen, dass Versicherte in der Regel einen Informationsvorsprung gegenüber ihren Versicherern haben und somit versuchen können, diesen zu ihren Gunsten auszunutzen.

Konzeption und Umsetzung des Projekts in der AOK Bayern
In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Simeon Schudy, Lehrstuhl für Verhaltensökonomik und experimentelle Wirtschaftsforschung der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München[1], wurden die Antrags- und Abrechnungsformulare der Verhinderungspflege modifiziert und zwischen dem 01.03.2021 und 31.08.2021 im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie in vier zufällig ausgewählten Direktionen (Interventionsgruppe) eingesetzt.

1 Herr Prof. Dr. Schudy ist seit dem 01.10.2023 als Professor für Applied Economics and Data Science Institute of Economics an der Universität in Ulm tätig.

Ziel der modifizierten Formulare war es, die Hürde bzw. die psychologischen Kosten für Falschangaben zu erhöhen und ein damit verbundenes Fehlverhalten sowie die Anzahl unbegründeter Abrechnungsbeträge zu reduzieren. Die neuen Formulare wurden dabei so gestaltet, dass sie tatsächlich notwendige Leistungsanträge für die Verhinderungspflege nicht beeinträchtigen. Das Projekt untersuchte die Forschungshypothese, ob Versicherte, welche die neu angepassten Formulare erhalten, im Durchschnitt ein geringeres Abrechnungsvolumen zur Erstattung einreichen als die entsprechende Vergleichsgruppe.

Nach erfolgter Vorbereitung und interner Abstimmung wurden folgende Änderungen in den modifizierten Formularen vorgenommen:

Die Auswertung der erhobenen Daten sollte neben der Überprüfung der Hypothese auch dazu dienen, allgemeine Erkenntnisse für die tägliche Bearbeitung abzuleiten. So sollen die gewonnenen Erkenntnisse auch auf weitere Leistungsbereiche übertragen werden.

Ergebnisse der Datenauswertung

Um die Forschungshypothese zu überprüfen, konnten im Pilotzeitraum etwa 20.000 Datensätze generiert werden. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Anpassungen der Formulare als erfolgreich herausgestellt haben und die Forschungshypothese bestätigt werden konnte. Bei einem Vergleich der Veränderungen der ausbezahlten Beträge in der Interventions- und Kontrollgruppe

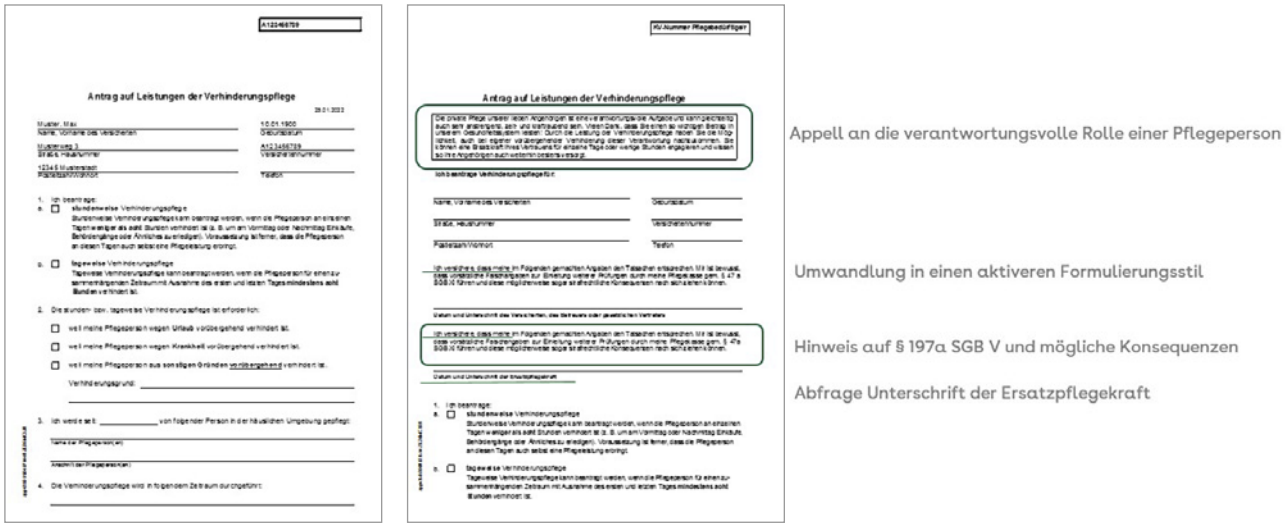


Abb. 18: Antragsformulare auf Verhinderungspflege (links der bisher verwendete Antragsvordruck; auf der rechten Seite die modifizierte Version)

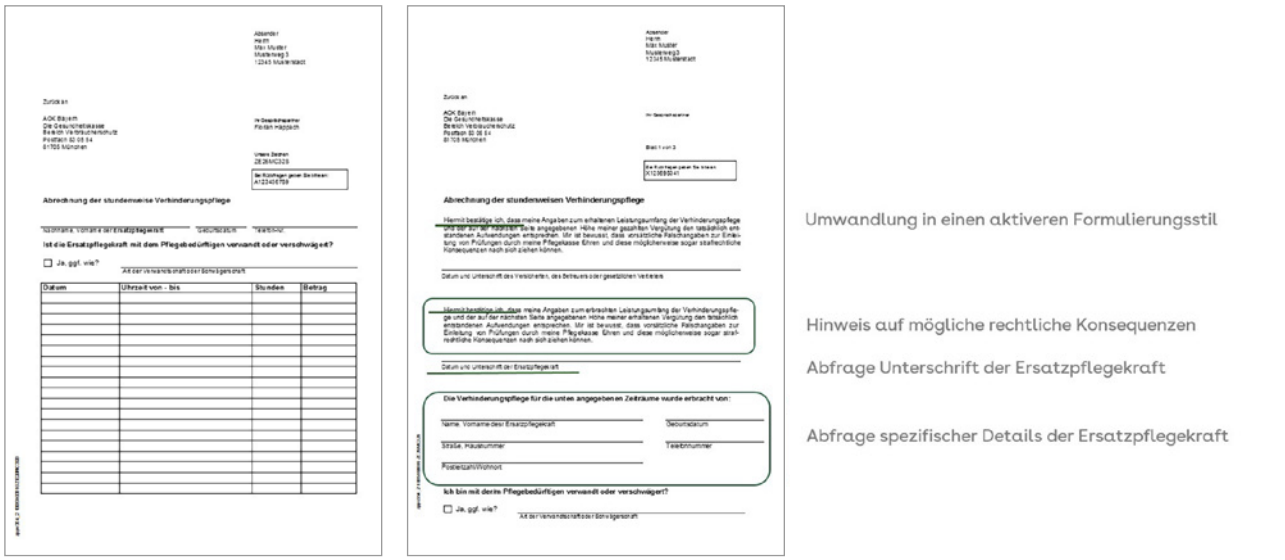


Abb. 19: Links der bisher verwendete Abrechnungsvordruck; auf der rechten Seite die modifizierte Version

fielen diese im Schnitt je abrechnender Person im Zeitraum der Projektdurchführung in der Interventionsgruppe um ca. 70,00 EUR geringer aus. Perspektivisch ist in den in der Studie inkludierten acht Direktionen der Kontroll- und Interventionsgruppe, die insgesamt mehr als 47.000 Antragsberechtigte umfassen, also von einem Einsparungspotential von deutlich mehr als drei Millionen Euro jährlich auszugehen, wenn die Formulare überall eine ähnliche Wirkung entfalten. Eine Ausweitung auf die gesamte AOK Bayern (aktuell ca. 200.000 Antragsberechtigte) bietet ein theoretisches maximales Einsparpotential von bis zu 14,3 Mio. EUR. Dies unter der Annahme, dass jede berechtigte Person tatsächlich Leistungen der Verhinderungspflege abrechnet.

Handlungsempfehlungen
Auf Grundlage dieses Ergebnisses und der damit einhergehenden Bestätigung der Forschungshypothese lassen sich für die AOK Bayern drei wesentliche Handlungsempfehlungen ableiten.

Erstens wird aufgrund des erzielten positiven Effekts vor dem Hintergrund des oben ausgeführten potentiellen Einsparvolumens empfohlen, zukünftig die modifizierten Formulare in allen Direktionen der AOK Bayern zum Einsatz zu bringen und diese als Standard in der AOK Bayern zu implementieren.

Zweitens verfolgt die AOK Bayern allgemein die Zielsetzung, den veränderten Ansprüchen der Kunden und Kundinnen in Hinblick auf digitale, von Öffnungszeiten unabhängige Self-Services sowie flexible und niedrigschwellige Kontaktkanäle immer mehr gerecht zu werden. Ein Ansatz ist es, die digitale Antragsstellung oder Abrechnung über die Homepage bzw. das Online-Portal (Online-Geschäftsstelle) durch sogenannte Online-Formulare zu ermöglichen. Die Möglichkeiten der fortschreitenden Digitalisierung sollten auch für den Leistungsbereich Verhinderungspflege vermehrt berücksichtigt und genutzt werden.

Drittens wird nach einer differenzierten Überprüfung empfohlen, die Projekterkenntnisse zusätzlich nicht nur hinsichtlich der Formulare der Verhinderungspflege zu nutzen, sondern auch deren Übertragbarkeit auf Formulare in den Leistungsbereichen Haushaltshilfe und Fahrkosten und weiteren Bereichen in den Blick zu nehmen.

5.2 Das internetbasierte Hinweisgebersystem Vispato

Um Fehlverhalten im Gesundheitswesen aufzudecken, ist die AOK Bayern neben der strukturierten Prüfung von bestimmten Sachverhalten insbesondere auch auf Hinweise von Dritten angewiesen.

Dafür steht der AOK Bayern seit Mai 2023 neben den herkömmlichen Übermittlungswegen für Vorgänge im Fehlverhalten im Gesundheitswesen zusätzlich das elektronische Hinweisgebersystem Vispato zur Verfügung. Durch dieses neue Meldesystem hat die AOK Bayern eine neue Möglichkeit, von Fehlverhaltensfällen zu erfahren, die nur durch Informationen von Dritten aufgezeigt werden können.

Sogenannte externe Hinweise von Whistleblowern stammen oft aus dem Umfeld der Täter und Täterinnen. Die Hinweisgebenden haben zufällig oder im Rahmen ihrer Tätigkeiten von Fehlverhalten und Manipulationen im Gesundheitswesen erfahren. Weitere externe Hinweise kommen von Versicherten oder sogar von den Tätern und Täterinnen selbst, die im Rahmen einer Selbstanzeige auf den Fall aufmerksam machen.

Anonyme Hinweise können durch die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen häufig nicht weiterverfolgt werden. Gründe hierfür sind fehlende Möglichkeiten bei der Verifizierung der Hinweise sowie die fehlende Option, bei nur allgemeinen Beschreibungen durch Rückfragen zusätzliche Informationen zu den einzelnen Hinweisen zu erfragen. Viele der Fälle lassen sich nur verfolgen, wenn dem Handeln ein Unrechtsvorwurf zugrunde liegt. Dieser ist jedoch allein durch interne Ermittlungen nicht immer zu erkennen und lässt sich nur über die Kommunikation mit externen Hinweisgebenden identifizieren.

Mit dem neuen System können die Hinweisgebenden zeitlich und örtlich uneingeschränkt unter der Internetadresse **aokbayern-hinweisgebersystem.de** ihre Hinweise samt Anlagen (Fotos, Dokumente, Abrechnungen etc.) an uns übersenden. Dabei entscheiden die Hinweisgebenden selbst, ob sie anonym bleiben möchten oder ob sie einen Hinweis namentlich melden.

In beiden Fällen ist über einen anonymen und – damit gesicherten – elektronischen Postkasten die

vertrauliche Kommunikation zwischen den Hinweisgebenden und der StBvFG möglich. Das System schafft eine Verbindung dieser scheinbaren Gegensätze „Anonymität und Dialog". Das bedeutet, dass wenn der Hinweisgebende anonym bleiben möchte, er dennoch über diesen „Postkasten" mit uns kommunizieren kann. Eine technische Rückverfolgung zu den Hinweisgebenden ist unmöglich, solange diese selbst keine Daten angeben, die Rückschlüsse auf die eigene Person zulassen.

Das elektronische Hinweisgebersystem ist nicht in die IT-Infrastruktur der AOK Bayern eingebunden und wird von einem externen Dienstleister unter Einhaltung aller einschlägiger Datenschutz- und Datensicherheitsbestimmungen (zertifizierte Verschlüsselungsverfahren zum Schutz von Inhalt und Kanal jedes Hinweises) in einem externen Rechenzentrum betrieben. Auf die gemeldeten Vorgänge hat ausschließlich die StBvFG Zugriff. Des Weiteren betreut die Firma Vispato das System nur technisch und hat keine Möglichkeit, die eingehenden Meldungen oder den anonymen Dialog einzusehen.

Das neue Hinweisgebersystem hat sich seit Einführung bei der AOK Bayern als erfolgreich bewährt und konnte zur Aufklärung vieler Fehlverhaltensfälle beitragen. Die Zahl der eingehenden Meldungen zeigt auch, dass das System nach und nach immer mehr von der Bevölkerung in Anspruch genommen wird. Das internetbasierte Hinweisgebersystem leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Prävention, um Betrug und Korruption im deutschen Gesundheitswesen erfolgreich zu bekämpfen.

5.3 Nähere Bestimmungen und Hinweisgeberschutzgesetz

5.3.1 Weiterentwicklung der Näheren Bestimmungen

Die Weiterentwicklung des § 197a SGB V, die Einführung des Hinweisgeberschutzgesetzes und ein Beschluss des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes machten auch eine Weiterentwicklung der seit dem Berichtszeitraum 2018/2019 geltenden „Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI" erforderlich.

Eine kassenartenübergreifende Unterarbeitsgruppe der Arbeitsgruppe Fehlverhalten (AG Feve) hat nach intensiven Beratungs- und Abstimmungsprozessen einen entsprechenden Entwurf vorgelegt. Nach der Kenntnisnahme durch den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes die weiterentwickelten Näheren Bestimmungen mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2024/2025 beschlossen, die damit zum 1. Januar 2024 in Kraft getreten sind.

In der Weiterentwicklung der Näheren Bestimmungen wurden insbesondere folgende Punkte einbezogen, die nachfolgend näher erläutert werden:

- Schlussfolgerungen einer neuen kriminologischen Studie zur Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen am Beispiel der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen
- Aktuelle Veröffentlichungen der zuständigen Aufsichtsbehörden zum Einsatz von Systemen der Künstlichen Intelligenz und des Maschinellen Lernens zur Aufdeckung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
- Rückmeldungen und Änderungsvorschläge aus allen Kassenarten vor dem Hintergrund praktischer Erfahrungen und Anforderungen
- Erkenntnisse aus aktueller Rechtsprechung
- Änderungen aufgrund des Inkrafttretens des neuen Hinweisgeberschutzgesetzes

Aufgaben und Organisation der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen

Eine erste Klarstellung erfolgte bei den Aufgaben der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen. So gehören hierzu

- die Verhinderung von Fehlverhalten (Fehlverhaltensprävention),
- das frühzeitige Aufdecken von Fehlverhalten und
- die (strafrechtliche) Verfolgung von Fehlverhalten.

Durch eine neue empirische Studie aus dem Jahr 2021 zur Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen am Beispiel der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen wird festgestellt, dass stärker aufgestellte Fehlverhaltensbekämpfungsstellen eine deutlich höhere Aufklärungs-, Strafverfolgungs- und Vermögensrückführungsquote erzielen. Die Effektivitätssteigerung sei dabei auf ein höheres Implementationsniveau in deren Organisationsstruktur zurückzuführen (z. B. Teamarbeit, Delegationsmöglichkeiten, regelmäßige

Weiterbildungen, Lessons Learned). Daher ist je nach Kassengröße zu entscheiden, ob diese Organisationsstruktur in der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle aufgebaut wird oder Teilaufgaben zur Steigerung der Effizienz auf Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen werden.

Neu aufgenommen wurde die Verpflichtung des jeweiligen Vorstandes dafür Sorge zu tragen, dass die mit den Aufgaben beauftragten Personen über die notwendige Fachkunde verfügen und regelmäßig speziell geschult werden.

Ausübung der Kontrollen
Auch der grundsätzlich zulässige Einsatz von Systemen der Künstlichen Intelligenz und des Maschinellen Lernens zur Aufdeckung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wurde in den Näheren Bestimmungen ergänzt. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen können ihre Datenbestände auch mit denen anderer Kranken- und Pflegekassen zusammenführen, um Sachverhalte und Fehlverhaltensmuster herauszuarbeiten, die auf Basis der eigenen Datenbestände anderenfalls nicht erkennbar wären. Bis zu einer gesetzlichen Klarstellung, die in § 197a Abs. 3c SGB V bereits angestoßen ist, sollte diese besondere Form der Verarbeitung der Sozialdaten aus Gründen der Rechtsicherheit stets nach § 80 SGB X der zuständigen Aufsichtsbehörde angezeigt werden.

Prüfung der Hinweise
Aufgrund der Erfahrungen aus der Praxis und vor dem Hintergrund aktueller Rechtsprechung hat in die Näheren Bestimmungen auch eine Klarstellung Einzug gefunden, dass für die Prüfung der Hinweise auf Fehlverhalten der Untersuchungsgrundsatz nach dem SGB X gilt: die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen haben somit grundsätzlich eigene Beweismittelerhebungen durchzuführen.

Ergänzend wird klargestellt, dass die besonderen Regelungen der §§ 197a SGB V, 47a SGB XI durch das neue Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) nicht berührt werden, da die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen weder interne noch externe Meldestellen nach dem HinSchG sind (vgl. Kap. 5.3.2). Hinweisgebende können zukünftig vielmehr wählen, ob sie ihre Meldung nach § 197a Abs. 2 SGB V oder nach den neuen Vorschriften des HinSchG vornehmen wollen. Sofern ein Hinweisgeber oder eine Hinweisgeberin bei Abgabe des Hinweises an eine Fehlverhaltensbekämpfungsstelle angibt, den spezifischen Schutz des HinSchG für sich in Anspruch nehmen zu wollen, sollte er oder sie bevorzugt an das Bundesamt für Justiz als externe Meldestelle des Bundes verwiesen werden. Das Bundesamt für Justiz kann diese Hinweisgebenden dann u. a. an „andere zuständige Stellen verweisen".

Unterrichtung der Staatsanwaltschaft
Die Auslegung des § 197a Abs. 4 SGB V als „Soll-Vorschrift" wurde dahingehend konkretisiert, dass im Regelfall eine Pflicht zur Unterrichtung der Staatsanwaltschaft besteht, von der nur unter Anwendung pflichtgemäßen Ermessens abgewichen werden kann. Bei der pflichtgemäßen Ermessensausübung ist daher im Rahmen der kassenartenübergreifenden Intensivierung der Zusammenarbeit auf die „Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung" abzustellen.

Frühzeitige Schadensregulierung außerhalb eines Strafverfahrens
Den Kranken- und Pflegekassen obliegt u. a. eine Vermögensbetreuungspflicht. In den Näheren Bestimmungen wurde somit herausgestellt, dass frühzeitig Maßnahmen zur Schadensregulierung außerhalb des Strafverfahrens ergriffen werden sollen, soweit dadurch nicht Ermittlungsmaßnahmen der Strafverfolgungsbehörden gefährdet werden.

Fehlverhaltensprävention und Öffentlichkeitsarbeit
Herausgehoben wurde zudem, dass die Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensprävention) eine zunehmend bedeutsame gesetzliche Aufgabe darstellt. Auch die Kranken- und Pflegekassen können nunmehr ihre Berichte über die Arbeit und Ergebnisse ihrer Fehlverhaltensbekämpfungsstellen veröffentlichen; die Entscheidung hierüber trifft jede Kranken- und Pflegekasse nach eigenem pflichtgemäßem Ermessen. Nach der gesetzlichen Regelung ist jedoch auch weiterhin nur der GKV-Spitzenverband verpflichtet, seinen Bericht im Internet zu veröffentlichen.

5.3.2 Das Hinweisgeberschutzgesetz

Das Gesetz für einen besseren Schutz hinweisgebender Personen, kurz Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG), ist am 02.07.2023 in Kraft getreten. Mit dem Gesetz setzte die Bundesregierung zum einen die Hinweisgeberschutz-Richtlinie der Europäischen Union ((EU) 2019 / 1937, (EU) 2020 / 1503) um, zum anderen die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR).

Mit dem HinSchG soll der Schutz von hinweisgebenden Personen, sog. „Whistleblowern", in seiner bisherigen lückenhaften und unzureichenden Form verbessert werden, da Hinweisgeberinnen und

Hinweisgeber einen wichtigen Beitrag zur Aufdeckung und Ahndung von Missständen leisten. Allerdings gab es in der Vergangenheit immer wieder Fälle, in denen sie infolge einer Meldung oder Offenlegung von Missständen benachteiligt wurden.

Mit diesem Problem waren die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zwar noch nicht direkt konfrontiert, es verhinderte jedoch potenziell eine größere Anzahl von Hinweisen zu Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Mit dem HinSchG soll das Ziel eines verbesserten Hinweisgeberschutzes mit den Interessen von Unternehmen und öffentlicher Verwaltung, die zum Ergreifen von Hinweisgeberschutzmaßnahmen verpflichtet werden, so in Einklang gebracht werden, dass bürokratische Belastungen handhabbar bleiben.

Die Hinweisgebenden und die möglichen Hinweise:

Der Schutz des HinSchG gilt für Beschäftigte, ehemalige Mitarbeitende, Stellenbewerbende, Praktikanten und Leihmitarbeitende. Darüber hinaus gilt es für Personen, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Informationen über Verstöße erlangen, wie Selbstständige, Freiberufler, sowie Lieferanten und deren Mitarbeitende. Auch Anteilseigener und Personen im Leitungsgremium können Hinweisgebende sein.

Inhalt eines Hinweises können sein:

- Verstöße gegen Strafvorschriften: Dies umfasst jede Strafnorm nach deutschem Recht.

- Verstöße, die mit einem Bußgeld bedroht sind (also Ordnungswidrigkeiten), wenn die verletzte Norm dem Schutz von Leben, Leib oder Gesundheit oder dem Schutz der Rechte von Beschäftigten oder ihrer Vertretungsorgane dient. Darunter fallen beispielsweise Vorschriften aus den Bereichen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, Verstöße gegen das Mindestlohngesetz oder Bußgeldvorschriften, die Verstöße gegen Aufklärungs- und Auskunftspflichten gegenüber Organen der Betriebsverfassung wie Betriebsräten sanktionieren.

- Darüber hinaus sind alle Verstöße gegen Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder umfasst, die zur Umsetzung bestimmter europäischer Regelungen getroffen wurden, sowie Verstöße gegen unmittelbar geltende EU-Rechtsakte in einer Vielzahl verschiedener Bereiche, etwa: Regelungen zur Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung, Vorgaben zur Produktsicherheit, Vorgaben zur Verkehrssicherheit, Vorgaben zur Beförderung gefährlicher Güter, Vorgaben zum Umwelt- und Strahlenschutz, Lebensmittel- und Futtermittelsicherheit, Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, Regelungen des Verbraucherschutzes, Regelungen des Datenschutzes und der Sicherheit in der Informationstechnik, Regelungen des Vergaberechts, Regelungen zur Rechnungslegung bei Kapitalgesellschaften, Regelungen im Bereich des Wettbewerbsrechts etc.

- Zuletzt wurde der sachliche Anwendungsbereich auf Äußerungen von Beamtinnen und Beamten ausgeweitet, die einen Verstoß gegen die Pflicht zur Verfassungstreue darstellen (wohl aufgrund der Geschehnisse um die "Reichsbürger-Razzia").

Umsetzung innerhalb und außerhalb von Betrieben

Um das HinSchG umzusetzen, müssen Unternehmen und Behörden ab einer bestimmten Mitarbeitendenanzahl eine interne Meldestelle einrichten, an die sich Hinweisgebende unter Einhaltung der Bestimmungen des HinSchG melden können. Daneben gibt es eine zentrale externe Meldestelle beim Bundesamt für Justiz (BfJ). Diese ergänzt die bereits bestehenden Meldestellen bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin) sowie beim Bundeskartellamt als weitere externe Meldestellen mit Sonderzuständigkeiten.

Bereits bestehende Stellen für Hinweisgebende werden durch § 4 HinSchG in den neu geschaffenen Rechtsrahmen des HinSchG integriert, indem den bereits bestehenden Regelungen der Vorrang vor dem HinSchG gegeben wird. Bei Regelungslücken in den spezifischen Vorgaben gelten jedoch wiederum die Bestimmungen des HinSchG. Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a SGB V und 47a SGB XI werden darin jedoch nicht genannt. Somit sind auch Hinweisgebende, die ihre Hinweise an uns übermitteln, nicht von den Schutzwirkungen des HinSchG geschützt, sondern können sich nur auf die allgemeinen Schutzvorschriften für z. B. Mitarbeitende berufen.

Auswirkungen auf die StBvFG

Im Rahmen der Verpflichtung zur Einrichtung von sowohl internen wie externen Stellen wurde innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen diskutiert, ob die Regelungen des HinSchG auch auf diese anzuwenden sind, also ob die

StBvFG als interne oder auch als externe Stelle nach dem HinSchG anzusehen sind.

Im Ergebnis gelten die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a SGB V und 47a SGB XI nach dem HinSchG weder als interne noch als externe Meldestelle. In dem Bericht über Arbeit und Ergebnisse der StBvFG 2018/19 hatte sich die AOK Bayern bereits ausführlich zur damals neuen Richtlinie geäußert, mit der Erwartung, dass ein zukünftiges Hinweisgeberschutzgesetz auch direkten Einfluss auf die Tätigkeit der StBvFG und ihre Hinweisgebenden haben würde.

Nach ausgiebigen Diskussionen im Austausch mit den Stellen der anderen Krankenkassen, lässt sich sagen, dass die Regelungen in ihrer aktuellen Form für den „Start" des neuen Hinweisgeberschutzes für die AOK Bayern ein akzeptabler Zustand sind, auch wenn weiterhin ein Nachbesserungsbedarf besteht (Verweis auf Forderung an den Gesetzgeber). Gerade die externe Stelle beim Bundesamt für Justiz ist angehalten, sich an mögliche zuständige oder verantwortliche Stellen zu wenden bzw. mit diesen zusammenzuarbeiten. Es ist davon ausuzgehen, dass hier zukünftig Kanäle geschaffen werden, um auch von dieser Seite Hinweise zu Fehlverhalten im Gesundheitswesen über diesen Weg zu erhalten.

5.4 Auswirkungen coronabedingter Sonderleistungen auf die Fehlverhaltensbekämpfung

Während der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie wurden durch die Gesetze zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite Sonderleistungen in den §§ 150, 150a SGB XI gesetzlich verankert, um durch finanzielle Ausgleichszahlungen eine Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten.

Der Corona-Pflegebonus war dabei eine einmalige steuer- und sozialabgabenbefreite Sonderleistung. Beschäftigte, die zwischen dem 01.11.2020 und dem 30.06.2022 für mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig und dort am 30.06.2022 nach wie vor beschäftigt waren, hatten nach § 150a SGB XI Anspruch auf die Zahlung dieses Bonus.

Darüber hinaus konnten auch ambulante und stationäre Pflegeinrichtungen eine finanzielle Unterstützung nach § 150 SGB XI erhalten. Hierauf soll in den nachfolgenden Absätzen nicht zuletzt aufgrund des inzwischen abgeschlossenen Strafverfahrens gegen den Bürgermeister der Gemeinde Seeg ausführlicher eingegangen werden.

Rechtlicher Rahmen zur Geltendmachung coronabedingter Mehraufwendungen bzw. Mindereinnahmen

Zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen konnten nach § 150 Absatz 2 SGB XI die ihnen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen unbürokratisch zur Erstattung einreichen. Der Erstattungsanspruch umfasste Mehraufwendungen und Mindereinnahmen in Bezug auf die Leistungserbringung nach dem SGB XI sowie der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, die von März 2020 bis einschließlich Juni 2022 entstanden sind. Ausgenommen waren Positionen, die anderweitig (z. B. über Kurzarbeitergeld, Entschädigung über das Infektionsschutzgesetz und Arbeitnehmerüberlassung) finanziert worden sind.

Das Verfahren sah vor, dass die Pflegeeinrichtungen in elektronischer Form ihre Mehraufwendungen und Mindereinnahmen angaben. Mit der Übermittlung erklärten die Pflegeinrichtungen die Richtigkeit ihrer Angaben und bestätigten, dass die geltend gemachten Mehraufwendungen bzw. Mindereinnahmen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 bedingt waren. Auf dieser Grundlage zahlten die Pflegekassen die entsprechenden Erstattungsbeträge aus.

Die Pflegeeinrichtungen konnten regelmäßig zum Monatsende ihren Anspruch geltend machen. Da sich die Berechnung der Mindereinnahmen jeweils auf den gesamten Monat bezog, konnten diese demnach erst im Folgemonat geltend gemacht werden. Die Pflegeeinrichtung konnte auch mehrere Monate in einem Antrag zusammenfassen.

Zu den erstattungsfähigen Mehraufwendungen gehörten:

- Personalmehrkosten (Mehrarbeit, Neueinstellung, Stellenaufstockung, Leiharbeitskräfte)
- erhöhte Sachmittelaufwendungen aufgrund von infektionshygienischen Schutzmaßnahmen (insbesondere Schutzkleidung, Desinfektionsmittel)

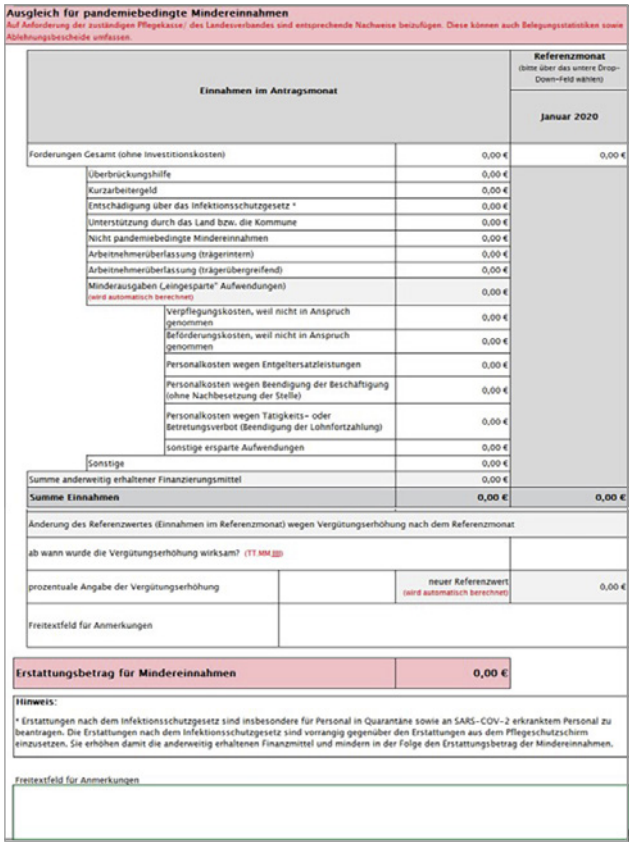
Mindereinnahmen wurden ausgeglichen für:

- Einnahmeausfälle bei ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten, sofern Einsätze nicht durchge-

führt werden konnten (z. B. Erkrankung der pflegebedürftigen Person, Nichtinanspruchnahme vereinbarter Pflegeleistungen, SARS-CoV-2-bedingtem Personalausfall)

- Einnahmeausfälle bei stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege (z. B. temporäre Schließungen, Aufnahmestopp zur Eindämmung der Infektionsgefahr)

Da die Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen nach § 4 Abs. 3 SGB XI dem Gebot der Wirtschaftlichkeit verpflichtet sind, waren im Rahmen des Erstattungsverfahrens nach § 150 Abs. 3 SGB XI nur Posten erstattungsfähig, deren Einsatz und Kosten wirksam und wirtschaftlich sind und die das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Die Auszahlung erfolgte vorläufig bis zum Abschluss eines Nachweisverfahrens.



Ausgleich für pandemiebedingte Mindereinnahmen

Auf Anforderung der zuständigen Pflegekasse/ des Landesverbandes sind entsprechende Nachweise beizufügen. Diese können auch Belegungsstatistiken sowie Ablehnungsbescheide umfassen.

Einnahmen im Antragsmonat		Referenzmonat (bitte über das untere Drop-Down-Feld wählen)
		Januar 2020
Forderungen Gesamt (ohne Investitionskosten)	0,00 €	0,00 €
Überbrückungshilfe	0,00 €	
Kurzarbeitergeld	0,00 €	
Entschädigung über das Infektionsschutzgesetz *	0,00 €	
Unterstützung durch das Land bzw. die Kommune	0,00 €	
Nicht pandemiebedingte Mindereinnahmen	0,00 €	
Arbeitnehmerüberlassung (trägerintern)	0,00 €	
Arbeitnehmerüberlassung (trägerübergreifend)	0,00 €	
Minderausgaben („eingesparte" Aufwendungen) (wird automatisch berechnet)	0,00 €	
Verpflegungskosten, weil nicht in Anspruch genommen	0,00 €	
Beförderungskosten, weil nicht in Anspruch genommen	0,00 €	
Personalkosten wegen Entgeltersatzleistungen	0,00 €	
Personalkosten wegen Beendigung der Beschäftigung (ohne Nachbesetzung der Stelle)	0,00 €	
Personalkosten wegen Tätigkeits- oder Betretungsverbot (Beendigung der Lohnfortzahlung)	0,00 €	
sonstige ersparte Aufwendungen	0,00 €	
Sonstige	0,00 €	
Summe anderweitig erhaltener Finanzierungsmittel	0,00 €	
Summe Einnahmen	**0,00 €**	**0,00 €**

Änderung des Referenzwertes (Einnahmen im Referenzmonat) wegen Vergütungserhöhung nach dem Referenzmonat

ab wann wurde die Vergütungserhöhung wirksam? (TT.MM.JJJJ)

prozentuale Angabe der Vergütungserhöhung | neuer Referenzwert (wird automatisch berechnet) | 0,00 €

Freitextfeld für Anmerkungen

Erstattungsbetrag für Mindereinnahmen	**0,00 €**

Hinweis:

* Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz sind insbesondere für Personal in Quarantäne sowie an SARS-COV-2 erkranktem Personal zu beantragen. Die Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz sind vorrangig gegenüber den Erstattungen aus dem Pflegeschutzschirm einzusetzen. Sie erhöhen damit die anderweitig erhaltenen Finanzmittel und mindern in der Folge den Erstattungsbetrag der Mindereinnahmen.

Freitextfeld für Anmerkungen

Abb. 20: Muster-Vordruck zur Geltendmachung pandemiebedingter Mindereinnahmen

Die Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes sehen vor, dass zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen auf Anfrage Nachweise ihrer coronabedingten Mehrausgaben und Mindereinnahmen vorzulegen haben. Im nachgelagerten Prüfverfahren lösen gegebenenfalls anderweitig erhaltene Finanzierungsmittel oder zu viel bezahlte Erstattungsbeträge Rückzahlungsverpflichtungen der Pflegeeinrichtungen an die Pflegekassen aus. Die Pflegekassen haben dabei mit mindestens jeder zehnten Einrichtung, die Gelder aus dem Kostenerstattungsverfahren erhalten hat, das nachgelagerte Nachweisverfahren durchzuführen.

Auf Verlangen der auszahlenden Pflegekasse oder eines Landesverbandes der Pflegekassen haben die Einrichtungen Nachweise über die geltend gemachten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen vorzulegen. Diese umfassen beispielsweise Nachweise über angeordnete und erbrachte Mehrarbeitsstunden und deren Vergütung, Nachweise über Neueinstellungen oder Stellenaufstockungen mit entsprechenden Gehaltsnachweisen, Verträge mit Zeitfirmen mit Angabe der Vergütung bzw. Abrechnungen oder Nachweise über Personalaufwendungen aufgrund von Arbeitnehmerüberlassung. In begründeten Einzelfällen können auch weitere Nachweise verlangt werden.

In Bayern wurde die Zuständigkeit für die Erstattung zwischen den Pflegekassen nach Regierungsbezirken folgendermaßen aufgeteilt:

Bundesland	Region/Kreis	Versorgungsform ambulant stationär teilstationär	zuständige Kassenart	Auszahlende Pflegekasse
Bayern	Mittelfranken	alle	vdek	TK
Bayern	Niederbayern	alle	AOK	AOK Bayern
Bayern	Oberbayern	alle	AOK	AOK Bayern
Bayern	Oberfranken	alle	BKK	Audi BKK
Bayern	Oberpflanz	alle	vdek	TK
Bayern	Schwaben	alle	BKK	BKK Mobil Oil
Bayern	Unterfranken	alle	vdek	TK

Die rückwirkende Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Erstattungsanträge gemäß des nachgelagerten Prüfverfahrens haben für einen Großteil der durch die AOK Bayern geprüften Pflegeeinrichtungen ergeben, dass Rückzahlungen zu leisten waren. Bis zum Stichtag 31.12.2022 wurden folgende Erstattungssummen ausgezahlt sowie durch das Prüfverfahren zurückgefordert:

Jahr	Rückforderung gesamt	Rückforderung Mehraufwendungen	Rückforderung Mindereinnahmen	Rückzahlungsbetrag
2020	3.191.932,18 €	1.942.126,89 €	1.249.795,29 €	2.461.833,72 €
2021	7.827.259,96 €	3.142.304,24 €	4.648.257,48 €	4.090.948,31 €
2022	2.491.842,96 €	1.328.275,92 €	1.163.567,04 €	1.299.411,44 €

Rolle der Fehlverhaltensstellen

Die durch die Pandemie beschleunigte Einführung eines unbürokratischen, schnellen und vereinfachten Antragsverfahrens, welches zunächst keine Nachweise vorsah, sorgte dafür, dass einzelne Sachverhalte des Corona-Rettungsschirms zur Prüfung und Bearbeitung auch an den Fehlverhaltensbereich weitergeleitet wurden.

Exemplarisch kann an dieser Stelle die Caritaseinrichtung in Seeg genannt werden. Hier wurde auch medial sehr ausführlich darüber berichtet, dass in der Allgäuer Gemeinde der Bürgermeister und der Einrichtungsleiter des Caritaszentrums wegen des

Verdachts des gewerbsmäßigen Betrugs in Millionenhöhe festgenommen wurden. Die beiden Beschuldigten sollen laut Vorwurf der Staatsanwaltschaft zwischen Mai 2020 und Juni 2022 wiederholt Scheinrechnungen gestellt und damit zu Unrecht Erstattungen für einen pandemiebedingten Mehraufwand in Höhe von mehr als 1,1 Mio. EUR erhalten haben.

Durch die Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg wurde Anklage beim zuständigen Landgericht Nürnberg-Fürth erhoben. Zur Verhandlung war auch eine Mitarbeitende der AOK Bayern als Zeugin geladen. Das Landgericht Nürnberg-Fürth hat in seiner Urteilsverkündung am 11.01.2024 den Bürgermeister zu 5 ½ Jahren und den ehemaligen Pflegedienstleiter zu 3 Jahren und 11 Monaten Haft verurteilt.

Anzumerken ist, dass es bedauerlicherweise unterschiedliche Auffassungen der Fehlverhaltensstellen der Kranken- bzw. Pflegekassen hinsichtlich der Bewertung und Fallbearbeitung bei derartigen Auffälligkeiten im Rahmen der nachgelagerten Prüfung gibt. Im hier dargestellten Fall sind nachweislich Gelder in Millionenhöhe aus dem Corona-Pflegerettungsschirm durch Betrug und Untreue missbräuchlich verwendet worden.

Dennoch ließ sich bei der kasseninternen Bearbeitung im zurückliegenden Berichtszeitraum eine sehr heterogene Bewertung einzelner Kassen hinsichtlich der Frage nach der Zuständigkeit der Fehlverhaltensstellen erkennen. Insbesondere einzelne Betriebskrankenkassen vertraten die Auffassung, dass eine Zuständigkeit der Fehlverhaltensstellen nicht gegeben sei, da es sich bei den Aufwendungen um Bundesmittel der Sozialen Pflegeversicherung handle und nicht um Finanzmittel der Pflegekassen.

Die AOK Bayern hingegen kann diese Auffassung nicht vertreten und sieht definitiv eine Zuständigkeit bei den Fehlverhaltensstellen, welche sich durch einen Bericht des Bundesrechnungshofes hinsichtlich der Zahlung von Corona-Subventionen in Form des Pflegebonus gem. § 150a SGB XI wie folgt begründen bzw. herleiten lässt:

Wie bei anderen Pflegekassen kam es auch bei der AOK Nordost zu Einnahmeausfällen, weil Pflegeeinrichtungen bzw. Arbeitgeber Insolvenz anmelden mussten oder ihre Geschäftstätigkeit einstellten. Um die Gefahr von solchen Einnahmeausfällen zu reduzieren, sollten Rückforderungsansprüche alsbald nach Ablauf der Nachweisfrist geltend gemacht werden.

In rechtlicher Hinsicht ist zu bedenken, dass die Rückzahlungen zu viel gezahlter Bundesmittel der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) zufließen, weil sie nicht an den Bundeshaushalt zurückzuführen sind. Insofern handelt es sich bei den Rückzahlungen um Einnahmen der SPV. Einnahmen sind rechtzeitig zu erheben (§ 76 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung [SGB IV]). Rechtzeitig bedeutet, dass die Einnahmen zum frühesten Termin – das heißt mit Fälligkeit – geltend zu machen sind. Es genügt nicht, lediglich darauf zu achten, dass Ausschluss- oder Verjährungsfristen nicht ablaufen.[4] Die SPV wird das Haushaltsjahr 2022 vermutlich mit einem Defizit von etwa 2,7 Mrd. Euro abschließen. Mit einer rechtzeitigen Erhebung von Einnahmen wird dem Defizit entgegengewirkt. Auch aus diesem Grund sollten Rückforderungsansprüche frühestmöglich geltend gemacht werden.

Abb. 21: Auszug aus dem Bericht des Bundesrechnungshofs im Rahmen einer Prüfung bei einer AOK.

Dass die bei zu Unrecht gezahlten Pflegeboni zu fordernden Rückzahlungsbeträge der Sozialen Pflegeversicherung zufließen, lässt – u.a. aus Sicht der AOK Bayern – nur die Schlussfolgerung zu, dass es sich hierbei auch um Finanzmittel der Sozialen Pflegeversicherung handelt. Bei rechts- oder zweckwidriger Nutzung der Finanzmittel der Sozialen Pflegeversicherung sind gem. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten zum Handeln verpflichtet. Somit ist nach Auffassung der AOK Bayern für den Bereich der Pflegeboni gem. § 150a SGB XI zwingend auch die Zuständigkeit der Fehlverhaltensstellen gegeben.

Sollten im Zuge des nachgelagerten Prüfverfahrens Unregelmäßigkeiten bzw. Auffälligkeiten hinsichtlich einer rechtswidrigen Nutzung bei der Verwendung der Coronahilfen bzw. des Pflegebonus im Sinne des § 47a SGB XI festgestellt werden, ist die jeweilige Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. § 197a SGB V in die Bearbeitung einzubinden, bzw. der Vorgang an diese Stelle abzugeben.

Die Stelle hat zu prüfen, ob hier ggf. eine Unterrichtung der Staatsanwaltschaft erforderlich ist (§ 197a Abs. 4 SGB V) und dafür Sorge zu tragen, dass die ggf. zu Unrecht ausgezahlten Finanzmittel wieder zurückgefordert werden. Entsprechend § 197a Abs. 5 und 6 SGB V sind die festgestellten Verstöße, inkl. des festgestellten Schadens und der gesicherten Forderungen, zu dokumentieren und im Bericht der jeweiligen Krankenkasse an die Aufsichtsbehörden und den GKV-SV zu übermitteln.

Nach Ansicht der AOK Bayern ist eine analoge Anwendung auch für die eingangs ausführlich erläuterten Erstattungen des Corona-Rettungsschirms anzunehmen. Die Auszahlung der staatlichen Corona-Überbrückungshilfen gem. § 150 SGB XI wurde ebenfalls den Pflegekassen übertragen. Die Pflegekassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 1 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 4 Abs. 1 SGB V). Zudem obliegt die sachliche Prüfung und Bewilligung der Anträge ausschließlich der jeweils zuständigen Pflegekasse.

Wer vorsätzlich Leistungen gem. § 150 SGB XI und/oder § 150a SGB XI zu Unrecht beantragt, macht sich gem. § 264 StGB des Subventionsbetruges schuldig. Schöpft die (bewilligende) Behörde Verdacht eines Subventionsbetruges, ist sie nach § 6 SubvG verpflichtet, die maßgeblichen Tatsachen der Staatsanwaltschaft mitzuteilen. Hier sind nach Auffassung der AOK Bayern aktiv auch die Fehlverhaltensstellen-Stellen gefordert.

Ergänzend ist, im Sinne einer bewilligenden Körperschaft des öffentlichen Rechts, der Straftatbestand der Strafvereitelung im Amt (§ 258a StGB) zu berücksichtigen, weshalb für die Pflegekassen als bewilligende Körperschaft des öffentlichen Rechts zusätzliche Sensibilität erforderlich ist. Die AOK Bayern wird daher im Sinne einer einheitlichen Fehlverhaltensbearbeitung und zur Schaffung einer möglichst umfassenden Rechtssicherheit auch weiterhin diese Diskussion führen und sich aktiv für eine Klärung auf Bundesebene einsetzen.

6 Resümee und Ausblick

6.1 Ergänzung des § 197a SGB V mit einem neuen Absatz 3c

Der Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungssetz (GVSG) vom 19.12.2023 enthält, neben der Streichung homöopathischer und anthroposophischer Kassenleistungen, der Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung, sowie dem Recht des Bundesrechnungshofs, die Haushaltsführung der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Bundes- und Landesebene und die Organisationen der Medizinischen Dienste und des Gemeinsamen Bundesausschusses prüfen zu dürfen, auch Ergänzungen zu den § 197a SGB V und § 47a SGB XI, den Grundlagen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kranken- und Pflegekasse und somit auch der AOK Bayern.

Darin enthalten ist die Klarstellung der Datenübermittlungsbefugnis für kleinere Krankenkassen an ihre Landesverbände (Ergänzungen zu § 197a Abs. 1 SBG V) und die Erweiterung der Datenübermittlungsbefugnisse an die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und die nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden (Ergänzungen zu §197a Abs. 3 Nr. 6 SGB V). Daneben erhalten nun alle in § 197a Abs. 3b SGB V genannten Stellen die Befugnis, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu übermitteln und umgekehrt, soweit die Daten zur Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich sind (Ergänzung § 197a Abs. 3b S. 3 SGB V).

Der bisherige § 197a Abs. 3b S. 3 SGB V sah lediglich für den Medizinischen Dienst die Möglichkeit vor, entsprechende Daten an die Stellen der Krankenkassen zu übermitteln. Dies wird nun allen in Abs. 3b genannten Stellen ermöglicht.

Auch wenn die Änderungen als sinnvoll betrachtet werden und eine konsequente Weiterentwicklung in der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure innerhalb des Gesundheitswesens darstellen, greifen diese aus Sicht der AOK Bayern zu kurz. Die in Abs. 3b genannten Stellen decken weiterhin nicht alle Zweige der Sozialversicherung ab: Weder die Deutsche Rentenversicherung, noch die Arbeitslosenversicherung oder die Gesetzliche Unfallversicherung sind genannt.

Dadurch können Erkenntnisse bzgl. eines Fehlverhaltens, die nicht aus dem Bereich der Kranken- oder Pflegeversicherung stammen, nur über Umwege an die betroffenen Stellen und Verantwortlichen weitergeleitet werden, da in jeglicher Richtung die Befugnisse hierfür fehlen. Daher sind alle betroffenen Zweige auf die Arbeit und Verständigung durch die Strafermittlungsbehörden angewiesen, da diesen derzeit als einziger Instanz die Möglichkeit besteht, einen Hinweis von strafrechtlich Verfolgten Taten an die Betroffenen zu übermitteln. Ein konkretes Beispiel stellt die Plausibilitätsprüfung der Rentenversicherungen dar, die Erkenntnisse zu möglichen Fehlverhalten von Versicherten beim Erlangen der Erwerbsminderungsrente erhalten können, diese jedoch nicht an möglicherweise ebenfalls betroffenen Stellen (Kranken- und Pflegeversicherung) übermitteln dürfen.

Daraus folgt die Forderung, entweder die bisher nicht genannten Akteure in den § 197a Abs. 3b SGB V mit aufzunehmen und diesen somit innerhalb des eigenen Rechtsrahmens eine entsprechende Möglichkeit zur Datenübermittlung zu bieten oder aber eine entsprechende Möglichkeit in den allgemeinen Verfahrensvorschriften des SGB zu schaffen.

6.2 Einrichtung einer Betrugspräventionsdatenbank

Rückblickend ist zweifelsohne zu konstatieren, dass in den vergangenen Jahren durch proaktive Forderungen der Fehlverhaltensstellen inzwischen stark verbesserte Rahmenbedingungen vorgefunden werden können. Dennoch fehlt es insbesondere hinsichtlich des Informationsaustauschs im Gesamtsystem weiterhin an Transparenz, die sowohl hinsichtlich der angemessenen Sanktionierung von Fehlverhalten als auch in Bezug auf den präventiven Charakter der Fehlverhaltensbekämpfung zwingend erforderlich ist. Gefordert wird daher seit Jahren die Implementierung länderübergreifender Datenbanken, die Aufschluss über bestimmte Fehlverhaltensmuster, Vorgehensweisen oder schlicht bereits sanktionierte Leistungserbringer oder Personen geben.

Der aktuelle Referentenentwurf des GVSG (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz) sieht eine Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes vor, ein Gutachten mit einem Konzept zum Aufbau und Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank in Auftrag zu geben. Die Einrichtung einer solchen Betrugspräventionsdatenbank entspricht gleichzeitig einer der Forderungen der Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten in Bayern (ARGE BvFG Bayern).

Aus Sicht der AOK Bayern wäre es sinnvoll, für die Entwicklung einer solchen Datenbank zunächst im Vorfeld die in diesem Zusammenhang bestehenden Schwierigkeiten in einem vom GKV-Spitzenverband zu beauftragenden Gutachten zu analysieren, zu beleuchten und praxisnahe Lösungen abzuleiten. In diesem Zusammenhang kommt es aus Sicht der AOK Bayern für eine Praktikabilität der Betrugspräventionsdatenbank insbesondere auf die Betrachtung datenschutzrechtlicher Rahmenbedingungen und Hindernisse an. Zum aktuellen Zeitpunkt ist jedenfalls davon auszugehen, dass eine gewinnbringende Arbeit mit der Betrugspräventionsdatenbank nur gelingen kann, wenn die Fehlverhaltensstellen Echtdaten bzw. personifizierte und keine anonymisierten Informationen ablesen und für die weitere Bearbeitung zu Grunde legen können.

Für die Entwicklung einer umsetzungsfähigen bundesweiten Betrugspräventions-Datenbank bedarf es der Konkretisierung bzw. Überarbeitung gesetzlicher Rahmenbedingungen, insbesondere für einen verbesserten Informationsaustausch. Dies hat auch der GKV-Spitzenverband bereits 2019 im Rahmen einer Stellungnahme zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) deutlich gemacht. Es muss gesetzlich klargestellt werden, dass zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ein Austausch von personenbezogenen Daten auch unter der Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten betrieben werden. Die AOK Bayern wird sich weiterhin proaktiv für eine Umsetzung dieser Forderung einsetzen und in engem

Austausch mit dem GKV-Spitzenverband sowie den Kranken- und Pflegekassen an einer gemeinsamen Verfolgung dieses Themas festhalten.

6.3 Der Einzug der künstlichen Intelligenz (KI) in der Fehlverhaltensbekämpfung

Die in diesem Bericht dargestellten Fallbeispiele zeigen eindrucksvoll die stetig zunehmende Komplexität in der Bearbeitung von Fehlverhaltenssachverhalten. Immer häufiger haben die Mitarbeitenden in den Fehlverhaltensstellen nicht nur einen Leistungserbringenden zu betrachten, sondern sehen sich durch sorgfältige Recherchen ganzen Netzwerken gegenüber. Um solche Netzwerke aufdecken und effizient abprüfen zu können, müssen große Mengen an Daten ausgewertet und im Regelfall manuell auf relevante Zusammenhänge hin durchsucht werden. Beziehungen sind zu identifizieren und detailliert zu analysieren, um Auffälligkeiten zu erhärten oder gar zu belegen – was einen enormen Zeitaufwand bedeuten kann.

Die bereits bei den Kranken- und Pflegekassen vorhandenen Datenmengen liefern ein enormes Potenzial für den Einsatz moderner Technologie. Diese geben Aufschluss über Schäden und liefern insbesondere Informationen zu latenten und konkretisierten Gefährdungspotenzialen in Form von relevanten Fallmustern oder Sachverhaltskonstellationen.

Mathematische Methoden und Ansätze künstlicher Intelligenz (KI) sind dazu geeignet, nicht nur die Kranken- und Pflegekassen, sondern auch die Ermittlungsbehörden in ihren Aufgaben zu unterstützen und so zu einer effizienteren Fehlverhaltensbekämpfung beizutragen. Künstliche Intelligenz ermöglicht es den Kranken- und Pflegekassen zudem, beispielsweise durch neuronale Netze und Modelle des maschinellen Lernens, proaktiv und bei Bedarf kassen(arten)übergreifend die Unmenge an vorhandenen Daten gezielt zu verarbeiten und „die richtigen" Fehlverhaltensfälle zu erkennen.

Neben einer erfolgreicheren Detektion bereits entstandener Fehlverhaltensfälle und deren konsequenter Verfolgung ermöglicht die KI auch die Umsetzung der inzwischen gesetzlich verankerten Pflicht, Fehlverhalten zu verhindern und vor dessen Entstehung zu ahnden bzw. zu verfolgen. Darüber hinaus weisen Studien bezogen auf eine annähernd vergleichbare Situation im Vereinigten Königreich und den USA darauf hin, dass mit der Implementierung von modernen, digitalisierten Expertensystemen die Regresserfolge um ein Vielfaches erhöht werden können. In den USA beispielsweise liegen diese um den Faktor 10 über den deutschen Ergebnissen.

Nicht nur die AOK Bayern spricht sich mit Nachdruck dafür aus, die Verwendung KI-basierter Anwendungen zukünftig gesetzlich zu verankern und den Fehlverhaltensstellen ausdrücklich auch einen proaktiven Datenaustausch im Sinne einer Fehlverhaltensprävention im Rahmen der bereits bestehenden erweiterten Datenübermittlungsbefugnisse zu ermöglichen. Auch das Bayerische Landesprüfungsamt für Sozialversicherung (LPrA), welches im 2. Halbjahr 2021 bei den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die der Rechtsaufsicht des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege unterliegen, eine „Sachstandserhebung zur Fehlverhaltensbekämpfung" durchgeführt hat, leitet dies in seinen Empfehlungen ab. Unter anderem betont das LPrA die Notwendigkeit einer präventiven Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten und hält in diesem Zusammenhang systematische Recherchen zur Erkennung möglicher Fehlverhaltensmuster mittels Nutzung spezieller Datenanalysetools für angezeigt.

6.4 Schaffung eines Auskunftsverweigerungsrechts zur Identität des Hinweisgebers

Bereits im Kapitel 5.3.2 wurde das neue Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) erläutert und auf die prinzipielle Unanwendbarkeit auf die Stellen zu Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und die daraus resultierenden Konsequenzen hingewiesen. Dies ändert jedoch nichts an der grundsätzlichen Forderung, auch Hinweisgebenden nach § 197a SGB V einen gesetzlich vorgesehenen Schutz zu bieten, etwa im Rahmen eines Auskunftsverweigerungsrechts über die Identität des Hinweisgebenden.

Zwar wurde mit der Einführung des Hinweisgebersystems Vispato eine Möglichkeit zur anonymen Kommunikation mit der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen innerhalb der AOK Bayern geschaffen, jedoch bleibt dies eine freiwillige Leistung gegenüber dem anonymen Meldenden und gewährt keinerlei gesetzlichen Schutz und Sicherheit.

Eine Erweiterung des HinSchG auf die Stellen nach § 197a SGB V wäre zwar durchaus denkbar und auch prinzipiell möglich, jedoch würde es nur einen Teil der Hinweisgebenden abdecken: Die von § 1 HinSchG umfassten Personen im persönlichen Anwendungsbereich des Gesetztes (Personen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit etc.). Versicherte, Angehörige und Bekannte von Versicherten wären bei einer Erweiterung nicht durch das HinSchG geschützt und wären weiterhin einer möglichen Gefahr von Repressalien ausgesetzt.

Auch der sachliche Anwendungsbereich nach § 2 HinSchG genügt nicht den Anforderungen des § 197a Abs. 1 SGB V, aus dem hervorgeht, dass die Stellen Hinweisen auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkassen nachzugehen haben. Durch die aktuellen Vorgaben wäre hier nur der strafrechtlich relevante Teil der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen abgedeckt.

Daraus ergibt sich die Forderung, einen grundsätzlichen gesetzlichen Schutz für Hinweisgebende zu schaffen, der weder an die Eigenschaft eines Arbeitnehmenden, noch an strafrechtlich oder bußgeldbewährte Vorschriften geknüpft ist. Dies kann sinnvollerweise nur über die Schaffung eines generellen Schutzes von Hinweisgebenden oder durch eine spezielle Vorschrift für die Stellen nach § 197a SGB V gewährleistet werden.

6.5 Buchung der Aufwendungen in der Fehlverhaltensbekämpfung

Mit der Einführung des § 197a SGB V zum 1. Januar 2004 wurde im Kontenrahmen der Krankenversicherung parallel eine Kontenart „736 – Aufwendungen für Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ im Bereich der Verwaltungskosten geschaffen. Dem Kontenrahmen war hierzu zu entnehmen: „*Hier sind die Aufwendungen für die von den Krankenkassen einzurichtenden Ermittlungs- und Prüfungsstellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V zu buchen.*“ Entsprechend den damaligen Erläuterungen zum Kontenrahmen sollten auf der Kontenart 736 die bei Aufgabenwahrnehmung durch die Krankenkassen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen anfallenden besonderen, direkt zurechenbaren Sachkosten und die vollen bzw. anteiligen Personalkosten gebucht werden.

In der zwischenzeitlich 20-jährigen Geschichte der Fehlverhaltensbekämpfung gab es mehrmals finanzielle Engpässe in der Krankenversicherung, die teilweise zu einer Deckelung der Verwaltungskosten führten. Durch die Ansiedlung der Kontenart 736 im Bereich der Verwaltungskosten gelten derartige Regelungen damit grundsätzlich auch für die Aufwendungen im Rahmen der Fehlverhaltensbekämpfung.

Bereits im Jahr 2011 wurde daher von der Arbeitsgruppe Fehlverhalten beim GVK-SV eine Initiative in die Arbeitsgruppe Rechnungswesen und Statistik eingebracht, wonach die Herausnahme der Verwaltungskosten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aus der [damaligen] Verwaltungskostendeckelung des § 4 Abs. 4 Satz 2 SGB V als sinnvoll erachtet wurde. Die Arbeitsgruppe Rechnungswesen und Statistik hat die Initiative unterstützt und mit dem Bundesministerium für Gesundheit erörtert, welche den Wunsch zur Kenntnis genommen hat.

Zuletzt erfuhr die Thematik im Jahr 2022 mit dem „Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)“ erneut Bedeutung. Auch hier stand eine Begrenzung der Verwaltungskosten für das Haushaltsjahr 2023 an, von der auch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen betroffen waren. Dem § 4 SGB V wurde ein neuer Abs. 5 hinzugefügt, wonach die sächlichen Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse nicht um mehr als 3,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr erhöhen durften. Die Begrenzung wurde ausdrücklich lediglich für folgende Themenfelder ausgesetzt:

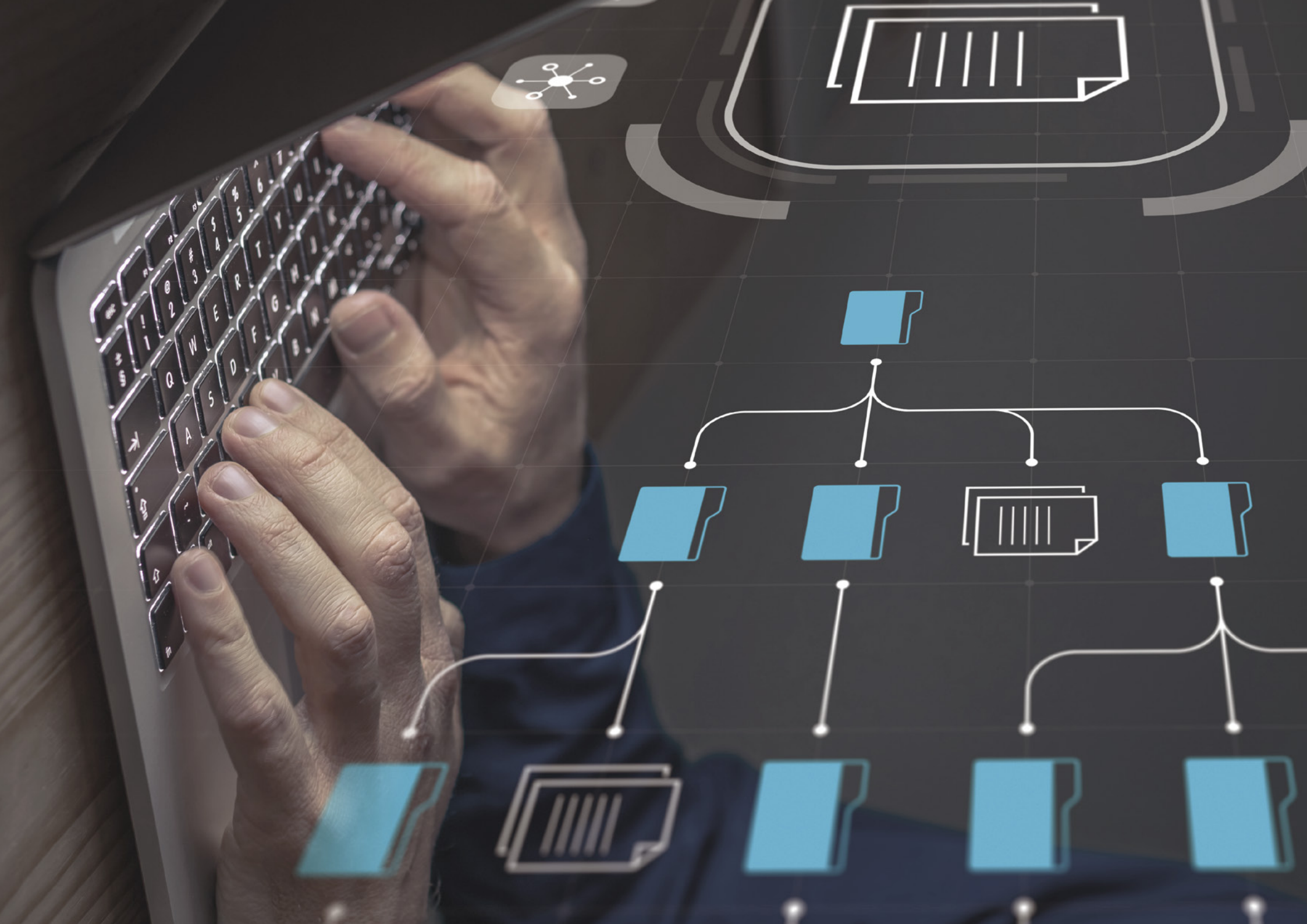
- Durchführung der Sozialversicherungswahlen einschließlich der Teilnahme am Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen und der Kostenumlage für dieses Modellprojekt nach § 194a Absatz 3

- Aufwendungen für Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e.

In seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2022 hatte der GKV-SV hierzu einen Änderungsvorschlag für Satz 2 unterbreitet: „*Erhöhungen der sächlichen Verwaltungsausgaben, die aus gesetzlichen Umsetzungspflichten resultieren, die im Jahr 2023 zu sächlichen Verwaltungsausgaben führen, bleiben dabei unberücksichtigt.*“ Diesem Änderungsvorschlag wurde letztlich nicht gefolgt.

Die aktuelle Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung zeigt eindrucksvoll, dass derartige Begrenzungen von Verwaltungskosten immer wieder zu erwarten sind. Eine Einschränkung der Fehlverhaltensbekämpfung aus finanziellen Gründen darf jedoch nicht erfolgen. Dies hätte auch eine Begrenzung der Ressourcen in der Fehlverhaltensbekämpfung zur Folge, wodurch Prüfungen ggf. nur noch eingeschränkt erfolgen könnten. Fehlverhalten würde wieder weiter in ein „Dunkelfeld" driften und verschiedene erfolgreiche Bemühungen der letzten Jahre zunichtemachen.

Damit die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auch in Zukunft erfolgreich betrieben und eine Sicherheit hinsichtlich der Bewertung der diesbezüglichen Aufwendungen erreicht werden kann, muss die Kontierung aus unserer Sicht im „verwaltungskostenneutralen Bereich" erfolgen. Dies wäre dadurch erreichbar, dass die derzeit im Bereich der Verwaltungskosten angesiedelte Kontenart 736 – Aufwendungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in den Bereich der Kontenklassen 4 bzw. 5 integriert wird. Eine Diskussion, ob bei Einführung einer Begrenzung der Verwaltungskosten auch die Fehlverhaltensbekämpfung betroffen ist, wäre damit nicht mehr erforderlich.



7 Geschäftsverteilung der StBvFG

Dominik Schirmer
Bereichsleiter Verbraucherschutz
Beauftragter zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
- Führung und Weiterentwicklung der StBvFG
- Positionierung und Vertretung der StBvFG auf Landes- sowie Bundesebene
- Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde, der Gerichtsbarkeit und den Ermittlungsbehörden

Veronika Gerstmeir - Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen - Koordination der Zusammenarbeit mit der ARGE und AOK-Gemeinschaft - Sonstige von der Bereichsleitung zugewiesene Aufgaben	**Markus Gindl** - Fachcontrolling - Personalfälle/Compliance (Schwerpunkt Interne Untersuchungen)/IC - Berichtswesen, IT-Anwendungen, Consol CM - Hinweisgeber (Hotline, Postfach, BKMS) - Koordination Tätigkeitsbericht - Anweisungspflege - Sonstige von der Bereichsleitung zugewiesene Aufgaben	**Antonia Nottensteiner** - Arzneimittel/Apotheken - Rezeptfälschungen - Arzneimittelmissbrauch - Kommunikation intern/extern (Newsletter, KIWi) - Sonstige von der Bereichsleitung zugewiesene Aufgaben
Monika Dürr - Heilmittel - Fahrkosten/Rettungsdienste - Sonstige von der Bereichsleitung zugewiesene Aufgaben	**Florian Happach** - Pflege/Häusliche Krankenpflege - Versichertenbezogenes Fehlverhalten - Zahnärzte - Hospitationen/Praktika - Sonstige von der Bereichsleitung zugewiesene Aufgaben	**Verena Kraus** - Hilfsmittel - Hebammen/Geburtshäuser - Sonstige von der Bereichsleitung zugewiesene Aufgaben
Anett Krüger - Arbeitgeberservice/Versicherungsservice - Qualitätssicherung und Grundsatzthemen - Rechtliche Bewertung und Beratung - Fort-/Weiterbildung und Wissensmanagement - Sonstige von der Bereichsleitung zugewiesene Aufgaben	**Joachim Fuchs** - Ambulante ärztliche Versorgung - Sonstige von der Bereichsleitung zugewiesene Aufgaben	**Frank Ledermann** - Pflege/Häusliche Krankenpflege - Sonstige von der Bereichsleitung zugewiesene Aufgaben

Stand: 1. Januar 2024

Impressum

Herausgeber
AOK Bayern
Die Gesundheitskasse.
Zentrale
Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
Carl-Wery-Str. 28
81739 München

Telefon: 089 62730-333
Telefax: 089 62730-650333
E-Mail: fehlverhalten@by.aok.de

Verantwortlich:
Dominik Schirmer, Bereichsleiter Verbraucherschutz, Beauftragter zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Grafiken und Bildnachweis:
AOK Bayern, AOK-Mediendienst

©AOK VII/2024

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Carl-Wery-Straße 28
81739 München
aok.de/bayern

SO 711 (VII/2024)