

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

**Bericht des Vorstandes
über die Arbeit der
Stelle zur Bekämpfung
von Fehlverhalten im
Gesundheitswesen nach
§ 197a SGB V, § 47a SGB XI**

Berichtszeitraum: 01.01.2022 – 31.12.2023

KKH

Kaufmännische Krankenkasse



**Herzlich
willkommen**

**Wir sind
für Sie da!**

Inhalt

| | | | | | |
|----------|--|-----------|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 4 | 4.5 | Weiteres Fehlverhalten | 29 |
| 1.1 | Wesentliche gesetzliche Änderungen | 4 | 4.6 | Datenbasierte Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten | 30 |
| 1.1.1 | Das Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) | 4 | 4.6.1 | Erkennung von Fehlverhalten im Leistungsbereich Heilmittel basierend auf KI-Modellierungen | 30 |
| 1.1.2 | Teilweiser Verzicht auf das Präqualifizierungserfordernis bei öffentlichen Apotheken | 5 | 4.6.1.1 | Die Idee | 30 |
| 1.1.3 | Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung des Medizinischen Dienstes | 5 | 4.6.1.2 | Datenanalyseverfahren zur proaktiven Bekämpfung von Fehlverhalten | 31 |
| 1.1.4 | Tagesstationäre Behandlung | 7 | 4.6.1.3 | Weitere datenschutzrechtliche Aspekte | 33 |
| 1.2 | Organisatorische/Personelle Veränderungen | 10 | 4.6.1.4 | Einsatz von bitDetect | 34 |
| 1.2.1 | Organisatorische Veränderungen | 10 | 4.6.1.5 | Fazit und Ausblick | 35 |
| 1.2.2 | Personelle Veränderungen | 10 | 4.6.2 | Kooperation mit dem Fraunhofer Institut ITWM zur Arzneimitteldetektion mittels KI-Methoden | 35 |
| 1.3 | Kenntnisnahme durch die Aufsichtsbehörde/den GKV-SV | 10 | 5 | Zusammenarbeit mit anderen Institutionen | 36 |
| 1.4 | Veröffentlichung des Berichtes | 10 | 6 | Referententätigkeit | 38 |
| 2 | Das BKMS®-System | 11 | 6.1 | Extern | 38 |
| 3 | Fachtagung „Betrug im Gesundheitswesen“ | 12 | 6.2 | Intern | 38 |
| 4 | Tätigkeiten der Stelle im Berichtszeitraum | 13 | 7 | Medien-Aktivitäten | 39 |
| 4.1 | Kennzahlen für den GKV-SV | 13 | 8 | Privatinvestoren in der Gesundheitswirtschaft | 43 |
| 4.2 | Darstellung der bearbeiteten Fälle | 13 | | | |
| 4.2.1 | Fallzahlen/-status | 13 | | | |
| 4.2.2 | Anfangsverdachte | 15 | | | |
| 4.2.3 | Verteilung nach Bundesländern | 16 | | | |
| 4.2.4 | Leistungsbereiche | 17 | | | |
| 4.2.5 | Hinweisgeber | 18 | | | |
| 4.2.7 | Forderungen | 20 | | | |
| 4.2.8 | Zahlungseingänge | 20 | | | |
| 4.2.9 | Unterrichtung der Staatsanwaltschaften | 21 | | | |
| 4.3 | Betrugsmuster | 22 | | | |
| 4.4 | Konkrete Fallbeispiele | 23 | | | |
| 4.4.1 | Angebote zur Unterstützung im Alltag ohne Anerkennung | 23 | | | |
| 4.4.2 | Betrug bei versichertenbezogenen Pflegeleistungen | 24 | | | |
| 4.4.3 | Erschleichen von Verhinderungspflege | 25 | | | |
| 4.4.4 | Luftleistungen bei spezieller Krankenbeobachtung | 26 | | | |
| 4.4.5 | AU-Bescheinigungen per Internet | 26 | | | |
| 4.4.6 | Nicht persönliche Leistungserbringung durch Ärzt*innen | 28 | | | |

1 Einleitung

1.1 Wesentliche gesetzliche Änderungen

1.1.1 Das Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG)

Das Hinweisgeberschutzgesetz ist am 02.07.2023 in Kraft getreten und setzt die Richtlinie (EU) 2019/1937 in nationales Recht um. Hierdurch sollen insbesondere Hinweisgeber, sogenannte „Whistleblower“, vor Repressalien geschützt werden. Nach § 1 HinSchG erhalten nach diesem Gesetz natürliche Personen Schutz, die im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit oder im Vorfeld einer beruflichen Tätigkeit Informationen über Verstöße erlangt haben und diese an die nach diesem Gesetz vorgesehenen Meldestellen melden oder offenlegen.

Das Gesetz sieht für Unternehmen mit mehr als 50 Mitarbeitenden die Pflicht zur Einrichtung einer internen Meldestelle vor. Im Rahmen dessen sind geeignete Meldekanäle zu schaffen – etwa in Form eines Hinweisgebersystems, wie es von der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle bereits seit vielen Jahren vorgehalten wird (siehe dazu Punkt 2. Das BKMS®-System). Daneben zählt das Gesetz in den §§ 19 ff. HinSchG abschließend externe Meldestellen auf, an die sich hinweisgebende Personen des o. g. Personenkreises wenden können. Zu nennen sind dabei das Bundesamt für Justiz (BfJ), die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sowie das Bundeskartellamt (BKartA). Der hinweisgebenden Person steht dabei ein Wahlrecht zwischen interner und externer Meldestelle zu.

Zwar unterfällt die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle nicht direkt dem Anwendungsbereich des HinSchG. Sie ist weder ausschließlich für die Entgegennahme von Hinweisen der oben beschriebenen Art zuständig noch ist sie als externe Meldestelle im HinSchG aufgeführt. Dennoch besteht seitens der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle ein besonderes Interesse daran, dass Whistleblower den besonderen

Schutz des HinSchG erhalten, ohne dass sie auf die fachliche Expertise der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle verzichten müssen, sofern der Hinweis einen Bezug zu Fehlverhalten im Gesundheitswesen aufweist. In diesem Zusammenhang können daher insbesondere beim BfJ eingehende Hinweise für die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle von Relevanz sein. Interne sowie externe Meldestellen haben in solchen Fällen die Möglichkeit, die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle als zuständige Stelle im Sinne des HinSchG einzubinden unter gleichzeitiger Wahrung des Vertraulichkeitsgebots nach dem HinSchG. Umgekehrt verweist die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle die hinweisgebende Person an die externen Meldestellen, bevorzugt an das BfJ, wenn diese die besonderen Schutzvorschriften des HinSchG begehrt. Das BfJ kann dann wiederum bei Fehlverhaltensbezug die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle einschalten. Die beschriebene Vorgehensweise der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle bei Erhalt solcher Hinweise findet sich in der aktuellen Fassung der Näheren Bestimmungen nach § 197a Abs. 6 SGB V wieder (gültig seit dem 01.01.2024).

Dass die externe Meldestelle des BfJ jetzt schon rege in Anspruch genommen wird, belegen bereits die ersten Datenerhebungen hierzu:

Über 100 Whistleblower-Hinweise an externe Meldestelle des Bundes

Seit dem Inkrafttreten des sogenannten Whistleblower-Gesetzes am 2. Juli sind bei der neu geschaffenen externen Meldestelle des Bundes 113 Hinweise eingegangen – die meisten davon über ein Online-Formular. Dies teilte eine Sprecherin des Justizministeriums auf Anfrage mit.

Quelle: <https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/ueber-100-whistleblower-hinweise-an-externe-meldestelle-des-bundes> (zuletzt abgerufen am 28.02.2024).

1.1.2 Teilweiser Verzicht auf das Präqualifizierungserfordernis bei öffentlichen Apotheken

Im Bereich der Hilfsmittelversorgung wurde § 126 SGB V um den Absatz 1b durch das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) vom 19.07.2023 mit Wirkung vom 27.07.2023 ergänzt.

§ 126 Abs. 1b SGB V

Abweichend von Absatz 1a Satz 2 erster Halbsatz haben öffentliche Apotheken keinen Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 zu führen, soweit apothekenübliche Hilfsmittel an Versicherte abgegeben werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker eine Vereinbarung darüber abzuschließen, welche Hilfsmittel als apothekenübliche Hilfsmittel im Sinne des Satzes 1 einzustufen sind. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht bis zum 27. Januar 2024 zustande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 bis zum 27. April 2024 den Inhalt der Vereinbarung fest. Eine bestehende Vereinbarung gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort; ein Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden der ersten Vereinbarung fort.

Die Vorschrift stellt klar, dass abweichend von § 126 Abs. 1a Satz 2 Hs. 1 SGB V öffentliche Apotheken keinen Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu führen haben, soweit apothekenübliche Hilfsmittel, für die keine handwerkliche Zurichtung erforderlich ist und die insbesondere der Applikation von Arzneimitteln oder der

Unterstützung der Arzneimitteltherapie sowie der Inkontinenz- oder der Diabetiker- oder der Palliativversorgung dienen, an Versicherte abgegeben werden. Im Ergebnis bedeutet dies für öffentliche Apotheken, dass hinsichtlich apothekenüblicher Hilfsmittel das Präqualifizierungserfordernis entfällt.

Seitens des Gesetzgebers wird diese teilweise Erleichterung der Leistungserbringung von Hilfsmitteln damit begründet, dass die Ausbildungen von Apotheker*innen sowie pharmazeutisch-technischen Assistent*innen umfangreich und jeweils bundesrechtlich einheitlich geregelt sind und auch die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Medizinprodukten umfassen (BT-Drs. 20/7397, Seite 58 f.).

Nach § 126 Abs. 1b Satz 2 SGB V hat der GKV-Spitzenverband mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker*innen bis zum 27.01.2024 eine Vereinbarung darüber abzuschließen, welche Hilfsmittel als apothekenübliche Hilfsmittel im Sinne des Satzes 1 einzustufen sind. Eine solche Vereinbarung liegt nach Kenntnis der Fehlerhaltensbekämpfungsstelle noch nicht vor. Daher ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht abzusehen, wie anfällig die Regelung für Fehlerhaltensfälle ist. Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen ohne die dafür erforderliche Zulassung (hier die Präqualifizierung) gehört zu den regelmäßig wiederkehrenden Fehlerhaltenssachverhalten, weshalb der § 126 Abs. 1b Satz 2 SGB V für die Fehlerhaltensbekämpfungsstelle große Bedeutung hat.

1.1.3 Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung des Medizinischen Dienstes

§ 142a SGB XI wurde durch Art. 1 Nr. 49 Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 mit Wirkung vom 01.07.2023 eingefügt.

§ 142a SGB XI

(1) Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, [...].

(2) Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind.
[...]

(4) Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richt-

linien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des Zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor. Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(5) Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen.

Der Sinn und Zweck dieser Regelung ist vor dem Hintergrund einer überproportional ansteigenden Anzahl an Begutachtungsverfahren sowie damit einhergehend eines stark ansteigenden Personalaufwands in den Medizinischen Diensten zu sehen. Zudem ergibt sich aus einer Versichertenbefragung des Medizinischen Dienstes Bund für das Jahr 2021, dass 86,5 %

der Befragten zufrieden mit einer telefonischen Begutachtung waren (<https://md-bund.de/aktuell/aktuelle-meldungen/bundesweite-versichertenbefragung-zur-pflegebegutachtung-durch-den-medizinischen-dienst-ergebnisse-und-bericht-fuer-2021.html>; zuletzt abgerufen am 28.02.2024). Die telefonische Begutachtung erfolgte im Zusammenhang

mit der in § 147 SGB XI für einen befristeten Zeitraum vorgesehenen Möglichkeit einer telefonischen Begutachtung aufgrund des Infektionsgeschehens des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2.

Mit § 142a SGB XI soll nun unter bestimmten Voraussetzungen eine telefonische Beratung grundsätzlich als Begutachtungsverfahren zulässig sein – entweder alternativ zum Hausbesuch oder ergänzend. Die Vorschrift sieht zudem vor, dass die „Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ anzupassen sind auf Grundlage einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 SGB V beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann.

Der Medizinische Dienst Westfalen-Lippe (in Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste) hat das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) damit beauftragt, die Eignung der telefonisch gestützten Begutachtung zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit wissenschaftlich zu untersuchen. Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit der Hochschule Osnabrück durchgeführt. Nachzulesen sind die Ergebnisse in der „Analyse des Einsatzes der telefonisch gestützten Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ vom 14.09.2023. Hierauf gestützt wurden die o. g. Pflegebegutachtungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes Bund angepasst und sind zum 18.11.2023 in Kraft getreten.

Der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle lagen bereits vor der epidemischen Lage von Corona regelmäßig Fälle von erfolgreich vorgetäuschter Pflegebedürftigkeit der Antragstellenden im Rahmen von häuslichen Pflegebegutachtungen

der Medizinischen Dienste vor. Erst recht sind solche Fälle von Fehlverhalten zwecks Erschleichens von Pflegeleistungen bei einer telefonischen Pflegebegutachtung möglich. In manchen Konstellationen, so etwa bei der Begutachtung bestimmter vom Antragstellenden vorgegebener psychischer Erkrankungen, ist zu besorgen, dass ein telefonisch durchgeführtes Interview anfälliger für Fehleinschätzungen des Medizinischen Dienstes sein könnte als ein solches im Rahmen eines Hausbesuches beim Antragstellenden. Dass diese Annahme nahe liegt, wird auch durch die Ergebnisse eines gemeinsamen Erfahrungsaustauschs der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen mit der Deutschen Rentenversicherung bei einer Veranstaltung des GKV-SV zur Thematik von vorgetäuschter Pflegebedürftigkeit zwecks Erschleichens der Erwerbsminderungsrente nach dem SGB VI bekräftigt.

Die Entwicklung in diesem Bereich ist daher sorgsam zu verfolgen und Sacherhalte, die auf ein Fehlverhalten hindeuten, sind genau zu überprüfen. Insbesondere könnten sich aus der gesetzlich verpflichtenden Evaluation des Medizinischen Dienstes Bund (bis zum 30.06.2024 dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen) nach § 142a Abs. 5 SGB V hinsichtlich der Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit für die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle aufschlussreiche und weiterführende Erkenntnisse ergeben.

1.1.4 Tagesstationäre Behandlung

§ 115e SGB V wurde mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) vom 20.12.2022 mit Wirkung vom 29.12.2022 neu ins SGB V aufgenommen. Mit dem Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland – und zur Änderung weiterer Gesetze vom 11.05.2023 wurde mit Wirkung vom 16.05.2023 in Abs. 2 der Satz 3 eingefügt.

§ 115e SGB V

(1) Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. [...].

(2) Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Fahrkosten nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Krankenfahrten, die nach § 60 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären. [...].

(3) Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt mit den auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes ab-

rechenbaren Entgelten für vollstationäre Krankenhausleistungen, die für alle Benutzerinnen und Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind. [...] Näheres oder Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 27. Juni 2023. [...].

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 28. Januar 2023 die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass die tägliche Behandlungsdauer dokumentiert wird. [...].

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juli 2023 und zum 30. Juli 2024 jeweils einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. [...].

Ziel des Gesetzgebers ist es, die Krankenhäuser kurzfristig zu entlasten, die Überlastungssituationen des Krankenhauspersonals zu verringern und das Personal von vermeidbaren Aufgaben zu entbinden, ohne Leistungen für Patient*innen einzuschränken. Zugleich sollen keine zusätzlichen Ausgaben im Gesundheitswesen, sondern Einsparungen entstehen (BT-Drs. 20/4708, Seite 97).

Die Vorschrift sieht vor, dass zugelassene Krankenhäuser in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung

der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen können. Die Behandlung muss einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patient*innen im Krankenhaus erfordern, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. Konsequenterweise wurde durch das KHPfIEG zugleich der Versichertenanspruch auf Krankenhausbehandlung um die Form der tagesstationären Behandlung in § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V ergänzt.

Der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/4708, Seite 98) ist zu entnehmen, dass unabhängig von einem voll- oder teilstationären Krankenhausaufenthalt durchgeführte kürzere ambulante Behandlungen nicht als Tagesbehandlung zu vergüten, sondern aufgrund der Systematik des § 39 SGB V als ambulante Behandlung abzurechnen sind. Der Vorrang der ambulanten Behandlung gilt in allen Fällen, in denen der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) Abrechnungsmöglichkeiten für die Behandlung von mehr als sechs Stunden vorsieht. Unter Berücksichtigung der Vorrangsystematik des § 39 SGB V sollen keine Leistungen, die bisher ambulant im Krankenhaus erbracht werden und nach dem EBM vergütet werden können bzw. durch auf regionaler oder lokaler Ebene vereinbarte Pauschalen, die regelmäßig deutlich unter dem Vergütungsniveau der Tagesbehandlung liegen dürften, als tagesstationäre Leistung abgerechnet werden. Vor diesem Hintergrund stellt der § 115e Abs. 1 Satz 3 SGB V klar, welche Leistungen nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht und abgerechnet werden dürfen.

Nach dem Willen des Gesetzgebers obliegt die Entscheidung, in welchen medizinischen Fällen eine tagesstationäre Behandlung anstelle einer vollstationären Behandlung möglich ist, den behandelnden Ärzt*innen. Benötigen Patient*innen während der Übernachtung im häuslichen Umfeld zusätzliche Leistungen wie etwa Leistungen nach § 37 SGB V, ist eine medizinische Eignung hinsichtlich einer tagesstationären Behandlung nicht anzunehmen, was im Ergebnis § 115e Abs. 1 Satz 4 als Ausschlussstatbestand normiert.

Wie die vollstationäre Behandlung wird die tagesstationäre Behandlung nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) abgerechnet. Darüber hinaus trifft § 115e Abs. 2 SGB V Abrechnungsregelungen zu etwaigen Fahrkosten im Zusammenhang mit der tagesstationären Behandlung. Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) haben eine Vereinbarung zur Be-

rechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst bei tagesstationärer Behandlung nach § 115e Abs. 3 Satz 4 SGB V geschlossen (Stand 05.06.2023). Ebenso sind besagte Parteien hinsichtlich einer Vereinbarung über eine Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115e Abs. 4 SGB V (Stand 22.02.2023) übereingekommen.

Den GKV-SV, den PKV-Verband sowie die DKG trifft eine Evaluationspflicht, indem sie nach § 115e Abs. 5 SGB V dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30.07.2023 und zum 30.07.2024 jeweils einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patient*innen einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen haben.

Der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle sind seit Einführung des § 115e SGB V keine Abrechnungsauffälligkeiten bekannt, die ein Fehlverhalten im Sinne des § 197a SGB V darstellen. Allerdings liegt hier lediglich ein Betrachtungszeitraum von etwas mehr als einem Jahr zugrunde, weshalb abzuwarten ist, ob und welche Fehlverhaltensstrukturen aus der tagesstationären Behandlung erwachsen. Gerade mit Blick darauf, dass eine tagesstationäre Behandlung nur unter Beachtung mehrerer Voraussetzungen und Ausschlussstatbestände rechtlich zulässig ist, sind verschiedene Anknüpfungspunkte für ein Fehlverhalten möglich. Denkbar wäre etwa, dass die sechsstündige Mindestaufenthaltsdauer der Patient*innen unterschritten, jedoch als eingehalten dokumentiert wird. Auch könnten seitens der behandelnden Ärzt*innen bewusste Fehlentscheidungen zur medizinischen Geeignetheit einer tagesstationären Behandlung getroffen werden. Fehlverhalten kann auch im Rahmen der Fahrkosten erfolgen, etwa dann, wenn Versicherte durch Vorspiegelung falscher Tatsachen einen Pflegegrad 3 erschleichen und die Krankenkasse Fahrkosten zu Unrecht nach § 115e Abs. 2 Satz 1 Hs. 2 SGB V erstattet.

1.2 Organisatorische/ Personelle Veränderungen

1.2.1 Organisatorische Veränderungen

Die Stabsstelle Compliance wurde von der internen Revision abgekoppelt. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle ist Bestandteil der Stabsstelle Compliance geblieben, wobei die mit der Fehlverhaltensbekämpfung beauftragte Person (Chief Fraud Detection Officer) nicht zuletzt wegen ihrer fachlichen Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit weiterhin unmittelbar dem Vorstand berichtet. Eine inhaltliche Änderung oder Ausrichtung der Arbeit der Stelle ist damit nicht verbunden und war auch nicht beabsichtigt. Vielmehr wurde damit das geplante Zusammenlegen aller mit einem bestimmten Themenfeld Beauftragten in einem Bereich umgesetzt, wie beispielsweise die Beauftragten zur Fehlverhaltensbekämpfung, für Compliance, für den Datenschutz, für das Risiko- und Qualitätsmanagement, für die Informationssicherheit sowie für die Nachhaltigkeit. Die Beauftragten liefern im Rahmen der Corporate Governance strategische Informationen für die Leitungsaufgaben und Entscheidungen innerhalb der KKH.

1.2.2 Personelle Veränderungen

Wegen des Ausscheidens der aktuellen Beauftragten zur Fehlverhaltensbekämpfung Ende Mai 2024 konnte die Nachfolge frühzeitig geregelt und die Einarbeitung in dieses vielfältige Aufgabengebiet im Berichtszeitraum rechtzeitig begonnen werden. Da die nachfolgende beauftragte Person aus dem Team der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle kam, wurde diese Stelle nachbesetzt. Eine weitere Stelle wurde mit einer Volljuristin besetzt, die ihre neue Aufgabe bei der KKH 2024 aufnehmen wird.

1.3 Kenntnisnahme durch die Aufsichtsbehörde/ den GKV-SV

Der Bericht wird nach Maßgabe von § 197a Abs. 5 Satz 2 SGB V im ersten Halbjahr 2024 sowohl dem Bundesamt für soziale Sicherung als auch dem GKV-SV zugeleitet.

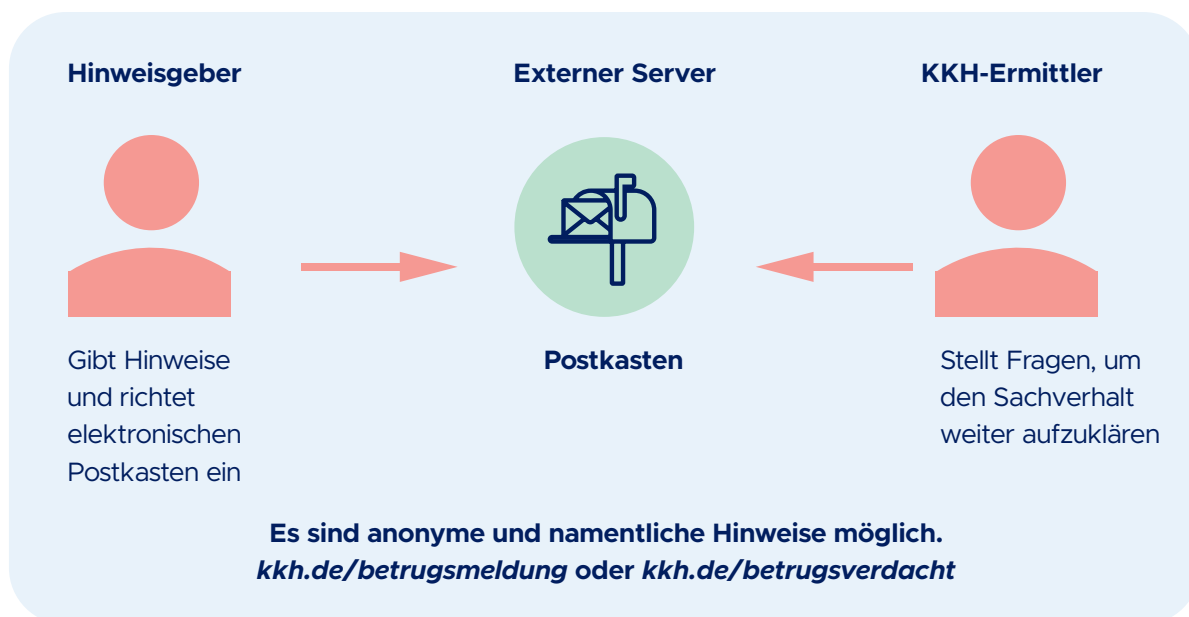
1.4 Veröffentlichung des Berichtes

Der Bericht wird erstmals auch im Internet auf der Website der KKH veröffentlicht werden.

2 Das BKMS®-System

Durch das elektronische Hinweisgeber-system (BKMS®-System) erhielt die KKH 2022/2023 insgesamt 91 Hinweismeldungen. In über der Hälfte (57) dieser Meldungen haben die Hinweisgebenden einen

elektronischen Postkasten eingerichtet. Dieser elektronische Postkasten ermöglicht der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle – auch bei anonymen Hinweisen – die Kommunikation mit den Hinweisgebenden.



Eine Übersicht der eingegangenen Hinweise, die eine Fallerfassung begründeten, ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle:

| Fehlverhalten im Gesundheitswesen | 2022 | 2023 |
|--|-----------|-----------|
| Gemeldete BKMS-Hinweise insgesamt | 36 | 55 |
| Aufgenommene Fälle | 15 | 20 |
| Arbeitgeberbezogene Leistungen | 1 | 0 |
| Arznei- und Verbandmittel | 1 | 0 |
| Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) | 3 | 9 |
| Heilmittel | 3 | 5 |
| Hilfsmittel | 2 | 0 |
| Pflegeversicherung (SGB XI) | 3 | 3 |
| Versichertenbezogene Leistungen | 2 | 3 |

3 Fachtagung „Betrug im Gesundheitswesen“

Die am 4./5. Mai 2022 als Hybridveranstaltung durchgeführte Fachtagung war ein voller Erfolg. Es konnten 50 Teilnehmende an der Tagung in Präsenz dabei sein. 198 Teilnehmende waren online zugeschaltet. Die Technik hat perfekt funktioniert, so dass viele positive Rückmeldungen auch von den Online-Teilnehmenden kamen. Die Tagung finanzierte sich wie bei allen vorangegangenen Terminen ausschließlich über die Teilnahmebeiträge.

Im zweiten Halbjahr 2023 liefen die Vorbereitungen für die nächste Fachtagung am 15./16. Mai 2024 an. Da der Konferenzbereich

in der KKH nicht zur Verfügung steht, konnte ein Vertrag über Räumlichkeiten mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ganz in der Nähe der KKH-Hauptverwaltung geschlossen werden. Die als reine Präsenzveranstaltung geplante Tagung wird in einem Hörsaal der MHH stattfinden. Diese erstmals auftretende Situation erforderte wiederum viele neue Planungsaspekte.

Informationen zur 10. Fachtagung können unter kkh.de/fachtagung aufgerufen werden. Das Programm der Tagung ergibt sich aus der folgenden Seite:

10. Fachtagung Betrug im Gesundheitswesen

15./16.05.2024
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
Hörsaal A, Gebäude J2
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Tagungsleitung:

Prof. Dr. Andreas Mosbacher
Richter am Bundesgerichtshof für Strafsachen
Dina Michels
Diplom-Juristin, MBA (Risk & Fraud Management)
Beauftragte zur Fehlverhaltensbekämpfung der KKH

Programm Mittwoch, 15.05.2024

13:00 Uhr Check-In (Registrierung, Kaffee, Tee, Gebäck)

14:00 Uhr Eröffnung/Begrüßung durch die Tagungsleitung

14:30 Uhr Impulsreferat
Anhörungsspflicht vor Unterrichtung der Staatsanwaltschaft?
Emil Penkov
Diplom-Jurist, Stellv. Beauftragter zur Fehlverhaltensbekämpfung der KKH

14:45 Uhr Die Pflicht zur Unterrichtung der Staatsanwaltschaft gem. § 197a Abs. 4 SGB V und ihr Spannungsverhältnis zu sozialrechtlichen Verfahren
Grit Stottok
Oberstaatsanwältin

Bianca Dittmer

Staatsanwältin als Gruppenleiterin

Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg

15:45 Uhr Pause (Getränke, Obst, Kuchen)

16:15 Uhr Schicksal des Vergütungsanspruchs des Leistungserbringers: Abgrenzung von schädlichen zu unschädlichen Normverstößen

Dr. Roland Flasbarth

Rechtsanwalt, Essen
Schmidt, von der Osten & Huber
Rechtsanwälte Steuerberater Partnerschaft mbB

17:15 Uhr 20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Ein Zwischenfazit aus der Perspektive des GKV-Spitzenverbandes

Dr. Stephan Meseke, LL.M.

Leiter des Stabsbereichs zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
GKV-Spitzenverband, Berlin

17:45 Uhr Ende des ersten Tages

18:30 Uhr Get-together in der Hauptverwaltung der KKH
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover
(Ende: 22:00 Uhr)

Donnerstag, 16.05.2024

09:15 Uhr Begrüßung durch die Tagungsleitung

09:30 Uhr Abrechnungsbetrug durch Vertragsärzte: Rechtsprobleme und Beweisführung anhand von Praxisbeispielen

Silke Kühlborn

Oberstaatsanwältin
Staatsanwaltschaft Leipzig

Antje Schindler

Kriminalhauptkommissarin
Kriminalpolizeiinspektion Leipzig

10:30 Uhr Pause (Getränke, Obst, Gebäck)

11:00 Uhr „Maßangefertigte flachgestrickte Kompressions-Strümpfe“ – Darstellung eines ungewöhnlichen Ermittlungsverfahrens

Thomas Bartsch

Oberstaatsanwalt
Staatsanwaltschaft Mainz

12:00 Uhr Ungeklärte Rechtsfragen im Zusammenhang mit Straftaten im Gesundheitswesen
Prof. Dr. Andreas Mosbacher
Richter am Bundesgerichtshof, 5. Strafsenat, Leipzig

13:00 Uhr Rede | Mahl | Zeit
Mittagessen, Getränke und Zeit zum Reden

14:30 Uhr Fehlverhalten insbesondere nichtärztlicher Leistungserbringer in der aktuellen sozialrechtlichen Rechtsprechung
Dr. Britta Wiegand
Präsidentin des Sozialgerichts Speyer

15:30 Uhr Abrechnungsanforderungen im nichtärztlichen Bereich – Update BSG
Prof. Dr. Bernd Schütze
Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, Kassel

16:30 Uhr Verabschiedung
Dr. Wolfgang Matz
Vorsitzender des Vorstandes der KKH

Ende der Veranstaltung

4 Tätigkeiten der Stelle im Berichtszeitraum

4.1 Kennzahlen für den GKV-SV

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen wurde der GKV-SV nach § 197a Abs. 6 SGB V verpflichtet, das Nähere über die Berichte nach § 197a Abs. 5 SGB V verbindlich zu regeln. Der Gesetzgeber hat diese Ausrichtung gewählt, um eine Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach vergleichbaren Maßstäben zu gewährleisten.

Nach § 197a Abs. 5 SGB V, § 47a SGB XI berichtet der Vorstand der Kranken- und Pflegekasse dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und die Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde und dem GKV-SV zuzuleiten.

Um eine bessere Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit der Berichtsinhalte zu gewährleisten, wurde vom GKV-SV eine Standardisierung und Vereinheitlichung des den Berichten zugrunde liegenden Datenmaterials beschlossen.

4.2 Darstellung der bearbeiteten Fälle

Die nach den Vorgaben des GKV-SV zusammengeführten Ergebnisse werden wie folgt erläutert und ergänzt.

4.2.1 Fallzahlen/-status

Die Prüfgruppe Abrechnungsmanipulation hat vom Beginn ihres Bestehens bis zum Ende des Berichtszeitraums insgesamt 15.027 Fälle aufgegriffen und 13.122 Fälle abgeschlossen.

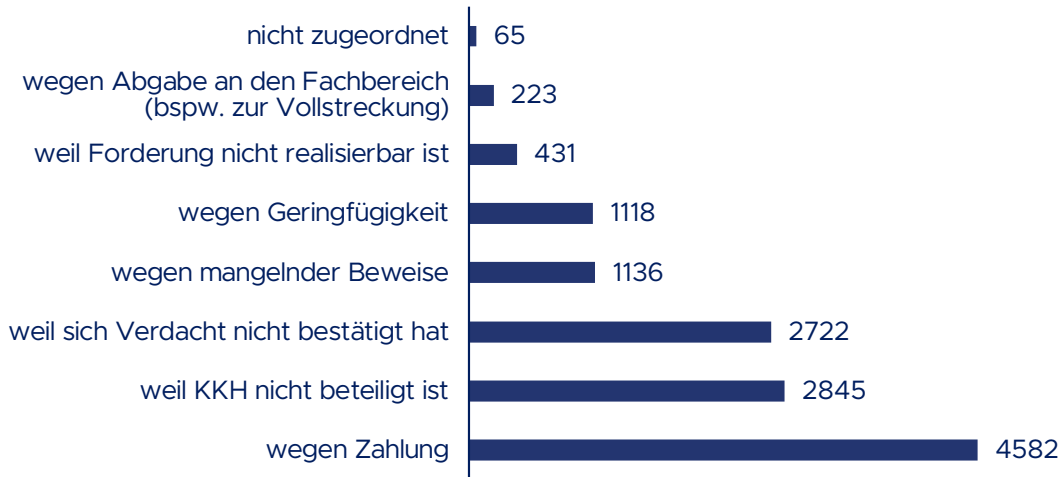
Zum 31.12.2023 befanden sich danach 1.905 Fälle in Bearbeitung.

| Jahr | Aufgegriffene Fälle und Hinweise seit Beginn | Abgeschlossene Fälle und Hinweise seit Beginn (bis 31.12.) | am 31.12. offene Fälle seit Beginn |
|------|--|--|------------------------------------|
| 2022 | 14.474 | 12.464 | 2.010 |
| 2023 | 15.027 | 13.122 | 1.905 |

Abgeschlossene Fälle werden je nach Erledigungsart mit einem entsprechenden Vermerk beendet. Der genaue Fallstatus aller bis zum

Ende des Berichtszeitraumes abgeschlossenen Fälle, ergibt sich aus dem folgenden Diagramm:

Bis zum 31.12.2023 abgeschlossene Fälle und Hinweise (13.122)

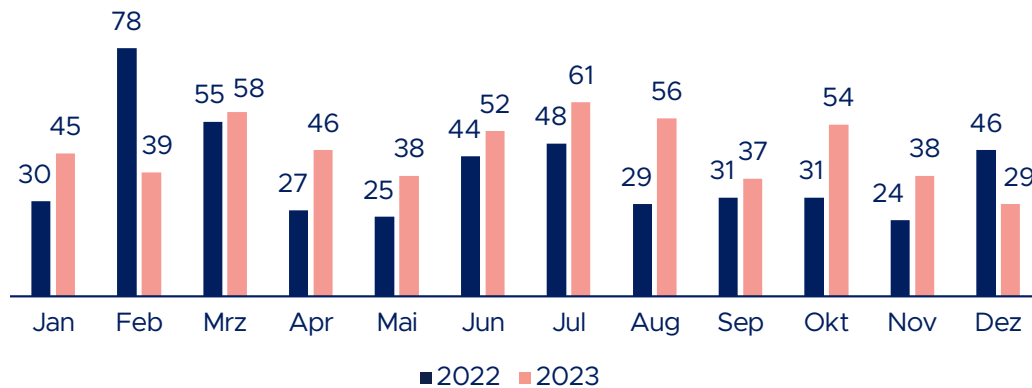


Die beiden folgenden Diagramme stellen die Verteilung der erfassten Hinweise und

abgeschlossenen Fälle im Jahresverlauf des Berichtszeitraums dar:

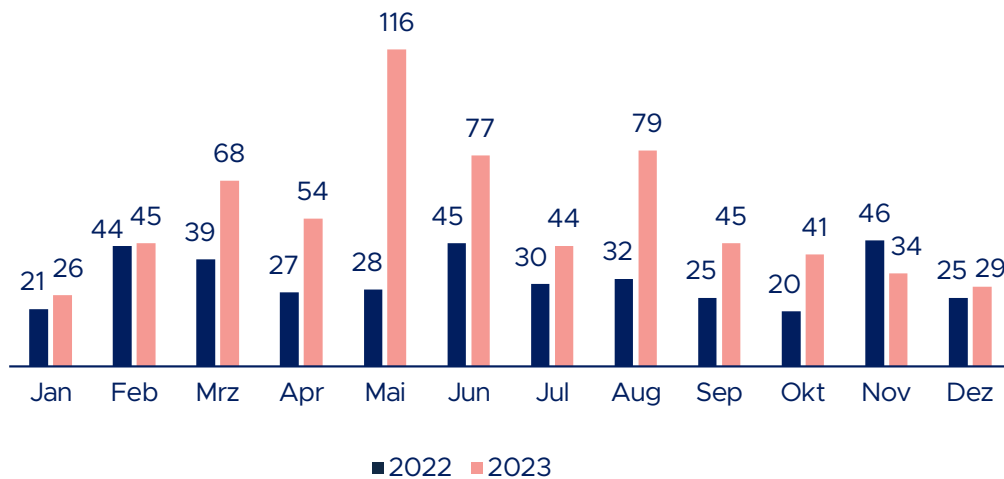
Hinweiserfassung (1.021):

Hinweise 2022 + 2023



Auf das Jahr **2022** entfallen hiervon **468 Hinweise** und auf das Jahr **2023** entfallen **553 Hinweise**.

Abgeschlossene Fälle (1040):



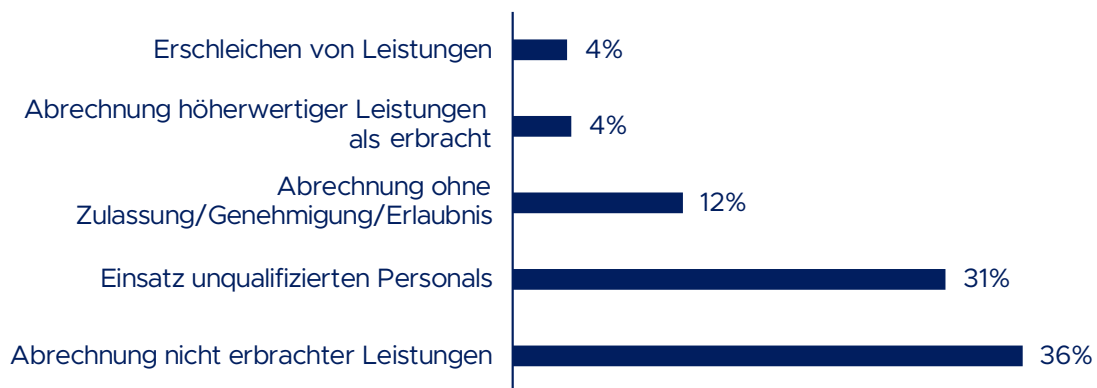
Im Jahr **2022** wurden **382 Fälle** abgeschlossen und im Jahr **2023** waren es **658 Fälle**.

4.2.2 Anfangsverdachte

Den meisten eingegangenen Hinweisen liegt ein glaubhafter Anfangsverdacht zugrunde.

Nachfolgend werden die häufigsten Anfangsverdachte aufgezeigt:

Top 5 Anfangsverdachte

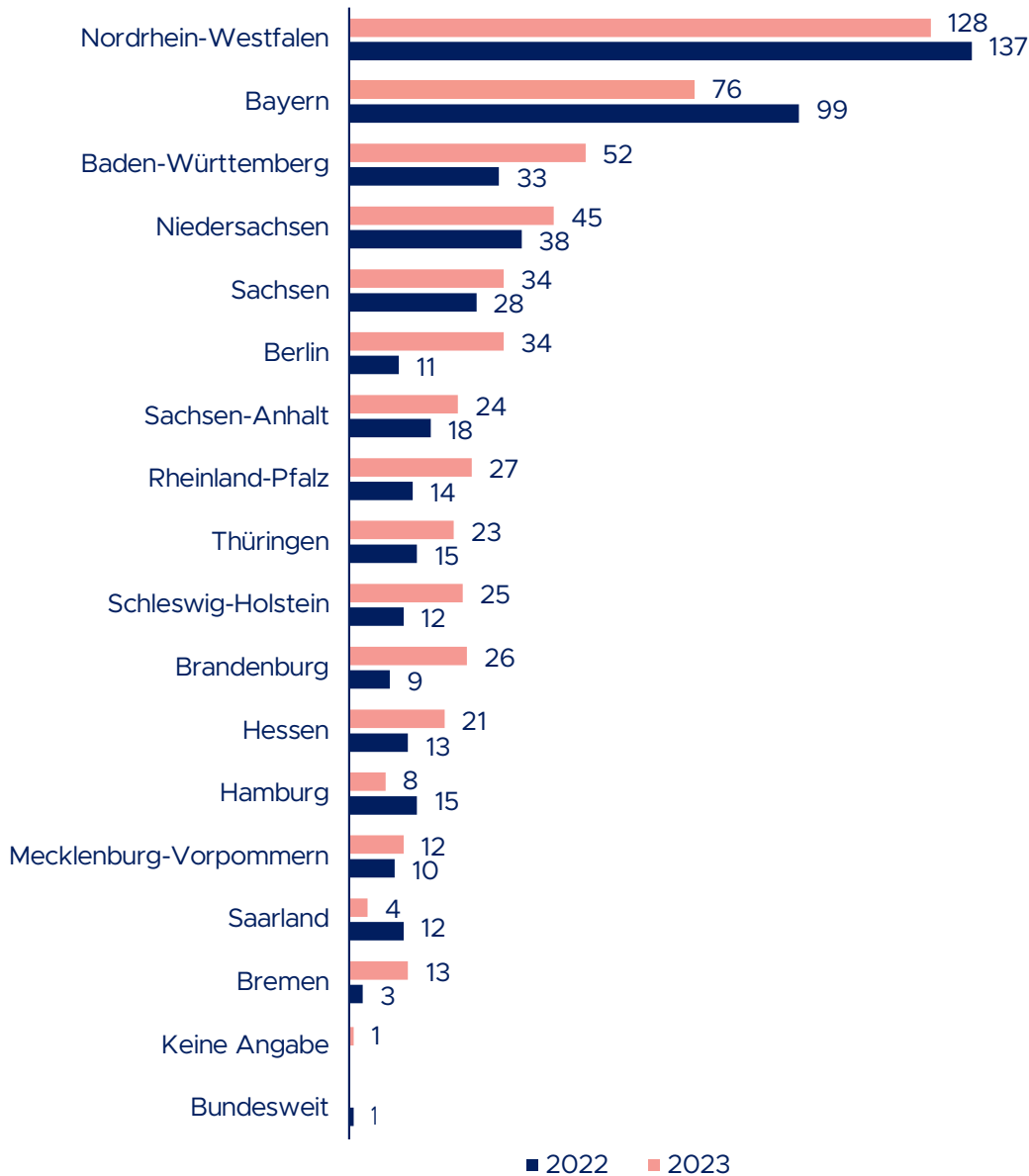


4.2.3 Verteilung nach Bundesländern

Der Eingang und die Bearbeitung der Hinweise erfolgt bundeslandbezogen. Die Aufteilung der

Hinweise je Bundesland kann dem folgenden Diagramm entnommen werden:

Fälle/Hinweise (1.021) nach Bundesländern



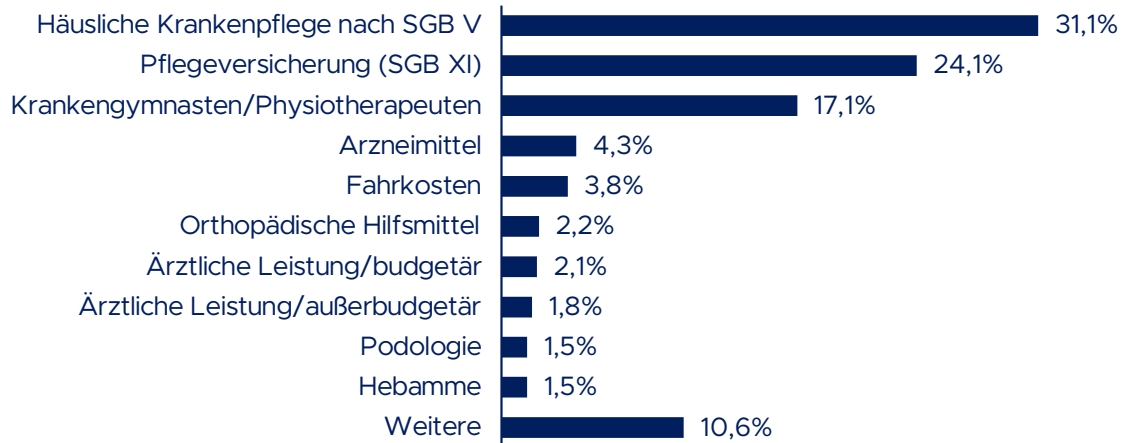
Die meisten Hinweise entfielen während des Berichtszeitraumes auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen (265), gefolgt von den

Bundesländern Bayern (175) und Baden-Württemberg (85).

4.2.4 Leistungsbereiche

Die Neufälle verteilten sich im Berichtszeitraum wie folgt auf die betroffenen Leistungsbereiche:

Top 10 Leistungsbereiche



Die restlichen Leistungsbereiche werden unter dem Begriff „Weitere“ zusammengefasst. Mit großem Abstand gab es im Berichtszeitraum 2022/2023 die meisten Hinweise zu den Leistungsbereichen der Häuslichen Krankenpflege (SGB V) und der Pflegeversicherung (SGB XI).

Diese hohe Anzahl von Hinweisen resultiert vorrangig aus Auffälligkeiten, die sich im Rahmen der jährlichen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 114 SGB XI ergaben.

4.2.5 Hinweisgeber

Die Hinweise sind, je nach Herkunft, verschiedenen Hinweisgeber-Gruppen zugeordnet,

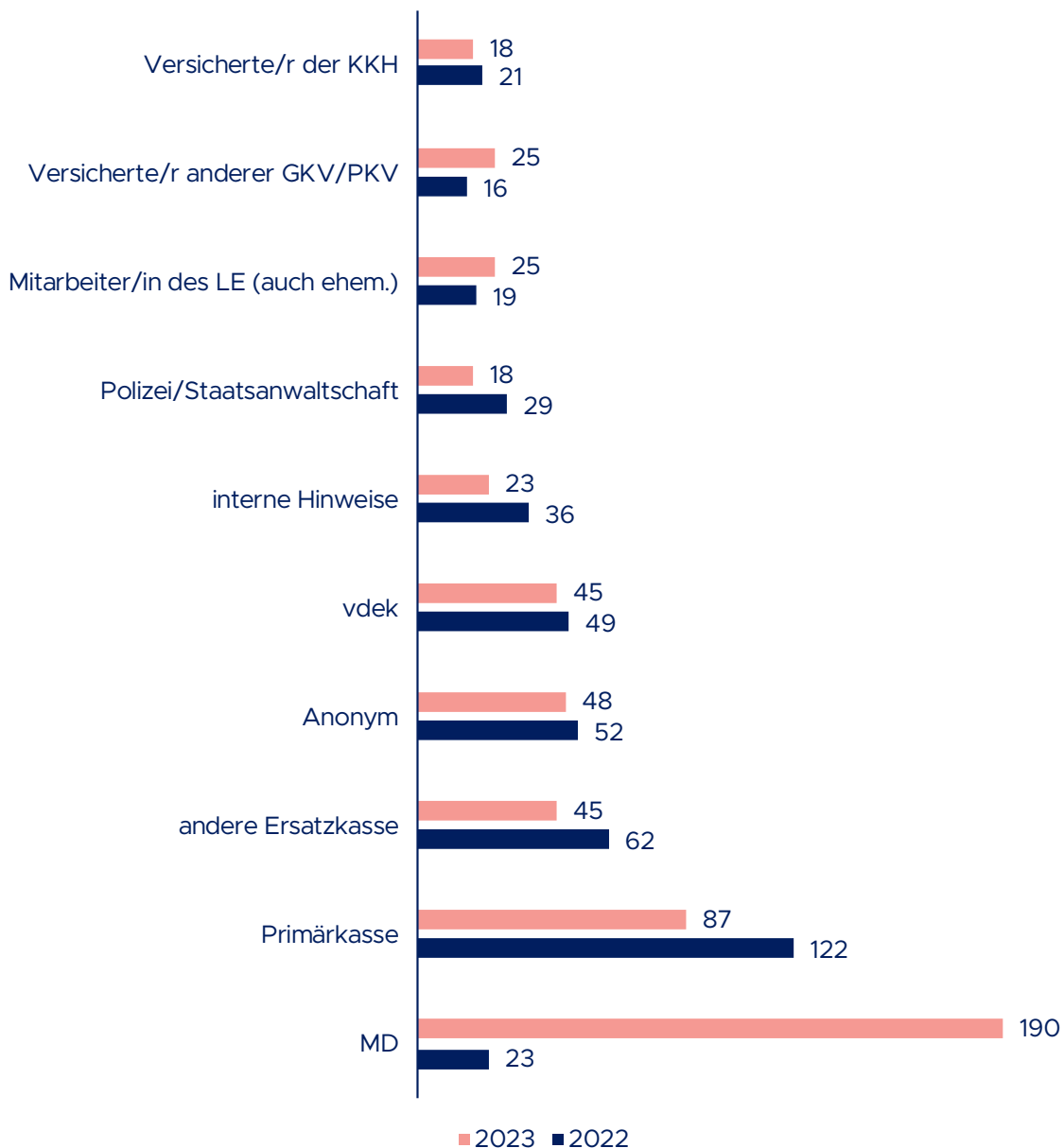
die wiederum in interne und externe Quellen unterschieden werden können:

| Interne Hinweisgeber | Externe Hinweisgeber |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Arzneimittelbereich• Arztbereich• Beitragsbereich• Beschwerdemanagement• Datenbankanalyse• Dienstleister der KKH• SOLE-Bereich inkl. Heilmittel• Hilfsmittelbereich• Justizariat• Krankengeldbereich• Krankenhaus-/Reha-Bereich• Pflegekasse• Regionalzentren/Servicestellen (inkl. Vertrieb)• Regressbereich• Revision• Vertragsbereich (kollektiv/selektiv)• Vorstandsbereich• Zahnarztbereich | <ul style="list-style-type: none">• andere Ersatzkasse• Primärkasse• Anonym• Arzt/Ärztin• BAS/Prüfdienste der Krankenkassen• Hauptzollamt• Kammer/Innung/Berufsverband• KV• KZV• Leistungserbringer (ohne Ärzt*innen/ZÄ)• Medizinischer Dienst (MD)• Mitarbeitende des LE (auch ehem.)• Polizei/Staatsanwaltschaft• Presse• Selbstanzeige• Tatbeteiligte• Vdek• Versicherte anderer GKV/PKV• Versicherte der KKH• Zahnärzt*innen |

Im Berichtszeitraum sind **1.021 Hinweise** eingegangen, davon 59 interne und 962 externe Hinweise.

Dem folgenden Diagramm ist die Verteilung der eingegangenen Hinweise auf die Hinweisgebergruppen zu entnehmen:

Top 10 der Hinweisgebergruppen



Die meisten Hinweise erhielt die KKH vom MD mit 213, gefolgt von den Primärkassen mit 209 und den anderen Ersatzkassen mit 107 Hinweisen.

Wesentliche Faktoren für die hohen Zahlen dieser drei Hinweisgebertypen sind die Prüfberichte des MD nach § 114 SGB XI und der enge Austausch der Krankenkassen in den Arbeitsausschüssen.

4.2.7 Forderungen

Als Forderung wird bei der KKH in jedem Einzelfall der durch das Fehlverhalten verursachte Schaden oder – in Fällen mit schwer zugänglichen Beweisen – der Betrag aus einem Vergleich dokumentiert. Hierbei ist zu beachten, dass nicht immer der vollständige, oft auf mehrere Jahre zurückgehende Gesamtschaden ermittelt werden kann.

Im Jahr **2022** wurden Forderungen in Höhe von **1.040.595,94 €** geltend gemacht sowie **3.497.340,77 €** im Jahr **2023**, insgesamt **4.537.936,71 €**.

Zu den im Berichtszeitraum dokumentierten Forderungen ist anzumerken, dass sich diese zum Teil auf Fälle beziehen, die sich bereits zu Beginn der Berichtsperiode im Bestand befanden, da die Ermittlung von Forderungen höchst zeitintensiv ist. Gelegentlich ist sie auch nur durch die Staatsanwaltschaft und damit erst am Ende eines langwierigen Ermittlungsverfahrens möglich.

Ein wesentlicher Teil der Forderungen im Jahr 2023 beruht auf den neueren Erkenntnissen und Feststellungen der Ermittlungsbehörden im Zusammenhang mit der Bearbeitung von Fällen aus einer großflächigen Razzia bei ambulanten Pflegediensten. Die festgestellten Forderungen betragen hier allein in einem Fall 1.665.711,79 €.

Ein weiterer beachtlicher Teil der Forderungshöhe für das Jahr 2023 betrifft einen Fall aus dem Arzneimittelbereich mit einem Betrag von 815.222,40 €. Dieser Forderung liegt insbesondere die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen eines großen Leistungserbringers für Wundversorgung zugrunde.

4.2.8 Zahlungseingänge

In Abgrenzung zu den „gesicherten Forderungen“ (siehe Seite 21) werden hier die Zahlungseingänge aller abgeschlossenen und offenen Fälle abgebildet. Dies waren im Jahr **2022** ein Betrag in Höhe von **1.209.828,47 €** und im Jahr **2023** ein Betrag in Höhe von **1.248.983,83 €**, insgesamt **2.458.812,30 €**. Die Forderungen und Zahlungseingänge eines Jahres stehen nur zu einem kleinen Teil in einer unmittelbaren Beziehung zueinander, weil ein Großteil der eingehenden Gelder auf Fälle der vorangegangenen Jahre entfällt.

Hohe Zahlungseingänge im Heilmittelbereich sind auf eine bundesweite Schadensregulierung hinsichtlich zu hoch abgerechneter Einsatzpauschalen zurückzuführen (siehe 4.5). Hieraus ergeben sich Beträge in Höhe von insgesamt 233.068,78 € für das Jahr 2022 sowie in Höhe von 252.889,50 € für das Jahr 2023.

Ferner sind in den obengenannten Razzia-Fällen (siehe 4.2.7) im Jahr 2022 Schäden in Höhe von 386.534,35 € erfolgreich reguliert worden.

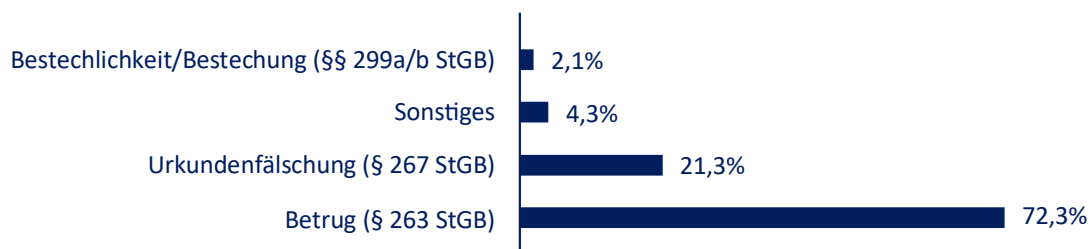
Aus dem obengenannten Arzneimittelfall (siehe 4.2.7) ist zudem im Jahr 2023 ein Betrag in Höhe von insgesamt 252.033,29 € an die KKH zurückgeflossen.

4.2.9 Unterrichtung der Staatsanwaltschaften

Weist ein Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung hin, die nicht nur von geringfügiger Bedeutung für die Gesetzliche Krankenversicherung ist, so wird die Staatsanwaltschaft von der KKH über das Vorgehen unterrichtet. Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 36 Strafanzeigen erstattet. Hierbei ist zu beachten, dass

bei Fällen, die federführend von einer Krankenkasse für andere Krankenkassen bearbeitet werden, nur die federführende Krankenkasse die Staatsanwaltschaft unterrichtet. Die Zuordnung der Strafanzeigen zu einem bestimmten Straftatbestand ergibt sich aus dem folgenden Diagramm, das sich nur auf die Strafanzeigen der KKH bezieht.

Gründe für KKH-Strafanzeigen



Die meisten Strafanzeigen erfolgten nach wie vor wegen Betruges nach § 263 StGB. Anfangsverdachte, die eine Unterrichtung der Staatsanwaltschaft begründeten, ergaben sich

vor allem aus der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (47%), dem Erschleichen von Leistungen (31%) und dem Einsatz unqualifizierten Personals (11%).

4.3 Betrugsmuster

Ständiger Begleiter bei den Betrugsmustern in fast allen Leistungsbereichen ist die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (siehe 4.2.2, Tabelle Anfangsverdachte) und der Einsatz unqualifizierten oder nicht ausreichend qualifizierten Personals. Im Folgenden werden ergänzend einige exemplarische Betrugsmuster aus verschiedenen Leistungsbereichen geschildert:

Pflege

- Einsatz nicht oder nicht ausreichend qualifizierten Personals
- Versorgung in Wohneinheit wird nicht gemeldet und damit die Versorgung in der Häuslichkeit weiterhin abgerechnet
- Vermietung von Räumlichkeiten in einer Wohneinheit durch den Pflegedienst selbst oder über eingeschaltete Dritte (Strohleute)
- Verstoß gegen vereinbarte Betreuungsschlüssel

Verhinderungspflege

- Ersatzpflegeperson erbringt keine Leistungen, wird aber vergütet
- Leistungerschleichung durch Versicherte

Weitere versichertenbezogene Pflegeleistungen

- Abrechnung nicht erbrachter Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI
- Abrechnung nicht durchgeführter wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI

Pflegekurse nach § 45 SGB XI

- Abrechnung nicht erbrachter Schulungen in großem Umfang

Heilmittel

- Einsatz nicht ausreichend qualifizierten Personals, bspw. Ausführung von Zertifikatsleistungen ohne die erforderliche Zusatzausbildung (manuelle Lymphdrainage, manuelle Therapie, Krankengymnastik am Gerät, Propriozeptive Neuromuskuläre Facilitation (PNF), Krankengymnastik nach Bobath oder Vojta, KG-ZNS [Erwachsene] und KG-ZNS-Kinder)

- Beteiligung von Ärzt*innen oder ihnen nahestehenden Personen am Leistungserbringerunternehmen
- Abrechnung von Hausbesuchen in der Wohnung des Patienten, obwohl diese in sozialen Einrichtungen erbracht wurden
- Hinzufügen von Heilmitteln auf der ärztlichen Verordnung, nachdem der Patient/die Patientin die erbrachten Leistungen erhalten hat und bevor das Rezept mit der Krankenkasse abgerechnet wurden

Gut zu wissen: Der Anspruch auf kostenlose Pflegekurse

Angehörige von Pflegebedürftigen haben Anspruch auf kostenlose Pflegekurse. Hierdurch soll die gesamtgesellschaftlich notwendige Pflege in der Häuslichkeit durch Angehörige gefördert werden. Die Schulungen dürfen unabhängig von einem Versicherungsverhältnis zu den Teilnehmenden oder zu den Pflegebedürftigen bei jeder Krankenkasse abgerechnet werden. Die Teilnehmenden können daher auch PKV-versichert sein. Mit welcher Krankenkasse abgerechnet wird, entscheidet der Pflegedienst, der die Kurse erbringt.

Aus Datenschutzgründen dürfen die Anschriften und Telefonnummern der Teilnehmenden durch die Krankenkassen nicht erhoben werden. Die Teilnehmerlisten enthalten daher nur Namen und Unterschriften. Vor diesem Hintergrund ist eine Kontrolle bei einem Anfangsverdacht – auch durch die Ermittlungsbehörden – kaum möglich, weil weder die Krankenversicherung der Teilnehmenden noch die der (ohnehin nicht bekannten) Pflegebedürftigen erkennbar ist. Diese Rahmenbedingungen bergen ein unglaubliches Fehlverhaltenspotential, das sich sowohl bei der KKH als auch bei anderen Ersatzkassen schon verwirklicht hat.

Hilfsmittel

- Betreiben von Filialbetrieben zur Hilfsmittelabgabe ohne Präqualifizierung
- Abgabe von handwerklich hergestellten Hilfsmitteln (Meisterpräsenz erforderlich) in Filialbetrieben ohne entsprechende Berechtigung und Abrechnung über den Meisterbetrieb (i. d. R. die Hauptstelle)
- Abgabe von Hilfsmitteln in der Arztpraxis durch Personen, die der Ärztin/dem Arzt nahestehen (bspw. Ehefrau/-mann oder Kinder) und die nur zu diesem Zweck ein Sanitätshaus gründen. So bleibt der mit der Abgabe und Abrechnung der Hilfsmittel auf der Grundlage der Verordnungen erzielte Gewinn „in der Familie“

Arzneimittel

- Abrechnung von (auch durch Dritte) gefälschten Rezepten
- Abrechnung anderer Arzneimittel als tatsächlich abgegeben wurden
- Hinzufügen von Arzneimitteln, nachdem die verordneten Arzneimittel an den Patienten/ die Patientin abgegeben und bevor die Verordnungen mit den Krankenkassen abgerechnet wurden

AAG-Leistungen (U1 + U2)

- Schein-Unternehmen/-Arbeitgeber
- Ausbeutung von Schein-Arbeitnehmern
- Unberechtigte Anträge auf Leistungen in großem Umfang

Ärzt*innen

- Doppelabrechnung an der Schnittstelle Arzt/Krankenhaus
- Mehrfachabrechnung von Gebührenordnungsziffern, die nur einmal im Quartal/Jahr abgerechnet werden dürfen

MVZ

- Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen
- Abrechnung von Leistungen, die ohne die erforderliche Facharztausbildung erbracht werden
- Einsatz von Strohleuten als ärztliche Leitung; die tatsächliche Leitung nimmt ein Nicht-Arzt wahr

4.4 Konkrete Fallbeispiele

4.4.1 Angebote zur Unterstützung im Alltag ohne Anerkennung

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle erhielt intern über den Fachbereich „Widersprüche und Klagen“ den Hinweis, dass ein Leistungserbringer in Form einer GmbH Versicherten Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a Abs. 1 Satz 1, 2 SGB XI angeboten hat, die in den jeweils konkreten Fällen nicht abrechenbar gewesen sein soll. Auffällig war in diesem Zusammenhang, dass regelmäßig taggleich oder einen Tag nach Leistungserbringung Widersprüche zu Pflegeleistungen der Pflegekasse durch einen über den Leistungserbringer vermittelten juristischen Beistand eingelegt wurden, der zugleich Teil der Geschäftsführung und indirekt – über eine weitere Gesellschaft in Form einer UG – Mitgesellschafter des Leistungserbringers ist. Das Angebot umfasst insbesondere eine beratende und vermittelnde Tätigkeit. Wie sich jedoch nach genauerer Prüfung herausgestellt hat, bestand lediglich für in Niedersachsen versorgte Versicherte eine Anerkennung des Angebots. Abrechenbar sind somit nur erbrachte Leistungen im Raum Niedersachsen. Dennoch hat der Leistungserbringer unzulässigerweise mehrmals Leistungen nach § 45a SGB XI auch außerhalb von Niedersachsen erbracht und mit der Pflegekasse abgerechnet.

Als schadensverhindernde präventive Maßnahme nimmt die Pflegekasse daher Detailprüfungen vor und begleicht keine Rechnungen zu Leistungen, die außerhalb von Niedersachsen erbracht wurden.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle geht den Fällen unrechtmäßig gezahlter Vergütungen nach und beabsichtigt, die Schäden vollumfänglich zu regulieren.

Gut zu wissen: Angebote zur Unterstützung im Alltag

Nach § 45a Abs. 1 Satz 1 SGB XI tragen Angebote zur Unterstützung im Alltag dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Nach § 45a Abs. 1 Satz 3 SGB XI ist Voraussetzung für ein solches Angebot eine nach Landesrecht erfolgte Anerkennung. Für Niedersachsen etwa gilt die Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuchs. Hierin ist das Nähere zum Anerkennungsverfahren geregelt. Die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass einer solchen Verordnung ergibt sich aus § 45a Abs. 3 SGB XI. Zudem müssen An-

gebote nach § 45a Abs. 2 Satz 2 SGB XI über ein Konzept verfügen, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und zur Kostenhöhe der Leistungen nach dem Angebot enthält.

Der Leistungserbringer von Angeboten nach § 45a SGB XI kann grundsätzlich keine direkte Abrechnung mit den Pflegekassen vornehmen, da es sich um versichertenbezogene Ansprüche und Leistungen der Pflegekasse handelt. Diese Ansprüche kann das Versichertenmitglied allerdings an den Leistungserbringer abtreten, sodass dieser dann unmittelbar von der Pflegekasse die Erstattung seiner aus dem Angebot resultierenden Kosten erhalten kann. Diese Vorgehensweise ist nicht unüblich und wurde auch im hiesigen Fall praktiziert.

4.4.2 Betrug bei versichertenbezogenen Pflegeleistungen

Zwei Frauen sollen sich Leistungen von Krankenkassen in Höhe von mindestens 120.000 Euro erschlichen haben. Ihr Betrugsmodell soll wie folgt gewesen sein: zunächst haben sie sich Vollmachten von älteren Menschen, die meist keine direkten Angehörigen oder Verwandten hatten, für deren Krankenkassen ausstellen lassen. Sie seien zum Teil direkt auf der Straße angesprochen worden. Die Verdächtigen im Al-

ter von 41 und 63 Jahren sollen sich als deren Betreuerinnen ausgegeben und für diese unter Vortäuschung von Pflegebedürftigkeit Pflegeleistungen wie etwa Verhinderungspflege oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ausgezahlt bekommen haben. Das Ermittlungsverfahren ist noch nicht abgeschlossen. Ausgehend von den Erkenntnissen und Feststellungen von Polizei und Staatsanwaltschaft wird die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle etwaige Schäden regulieren:

Erschleichung

Frauen betrügen Krankenkassen um mindestens 120.000 Euro

20. Januar 2023, 15:21 Uhr / Quelle: dpa Baden-Württemberg /

 ZEIT ONLINE hat diese Meldung redaktionell nicht bearbeitet. Sie wurde automatisch von der Deutschen Presse-Agentur (dpa) übernommen.



Quelle: <https://www.zeit.de/news/2023-01/20/frauen-betruegen-krankenkassen-um-mindestens-120-000-euro>; zuletzt abgerufen am 28.02.2024

Gut zu wissen: Versichertenbezogene Leistungen

Unter versichertenbezogenen Pflegeleistungen sind solche Leistungen zu verstehen, die seitens der Pflegekasse unmittelbar an das Versichertenmitglied ausgezahlt werden (z. B. bei Verhinderungspflege oder Entlastungsleistungen). Bei entsprechender Mitteilung durch die antragstellende Person kann die Zahlung auch direkt an die leistungserbringende Person oder Institution gezahlt werden (siehe hierzu auch oben unter 4.4.1).

4.4.3 Erschleichen von Verhinderungspflege

In verschiedenen Fällen haben Versicherte einen Anspruch auf Verhinderungspflege vorgetäuscht. Die dabei angegebenen Ersatzpflegepersonen haben jedoch tatsächlich keine Pflegeleistungen erbracht.

Aufgefallen ist das Erschleichen der vorgenannten Pflegeleistungen bei der Kontaktaufnahme der Pflegekasse mit der jeweils vermeintlichen Ersatzpflegekraft. Diese hat dann die Rückmeldung gegeben, zu keinem Zeitpunkt Verhinderungspflege erbracht zu haben oder sogar von der zu pflegenden Person keinerlei Kenntnis zu haben.

Die so zu Unrecht erhaltenen Zahlungen fordert die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle zurück. Im Raum stehen Schäden in Höhe von insgesamt mehreren tausend Euro. Zudem weisen derartig gelagerte Fälle mit Blick auf den Betrugstatbestand des § 263 StGB einen strafrechtlich relevanten Bezug auf.

4.4.4 Luftleistungen bei spezieller Krankenbeobachtung

Von einer ehemaligen Pflegekraft erhielt die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle den Hinweis, dass bei einem Pflegedienst, bei dem sie gearbeitet hatte, für ein KKH-Mitglied Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung in Rechnung gestellt, jedoch tatsächlich nicht erbracht wurden. Im konkreten Fall wurden Leistungen im Umfang von 20 Stunden täglich bei einer 1:1-Betreuung gewährt.

Die hinweisgebende Person hatte Ihre Mitteilung zum Sachverhalt über das BKMS®-System (siehe oben unter 2) anonym bei uns abgegeben. Die weitere Kommunikation erfolgte ebenfalls ohne Angaben zur Identität.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle hat die Staatsanwaltschaft hiervon unterrichtet. Die Ermittlungen sind noch laufend. Aufgrund der kostenintensiven Behandlungen stehen auch hier mehrere tausend Euro zu viel gezahlter Vergütungen im Raum, die die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle zurückfordern wird.

4.4.5 AU-Bescheinigungen per Internet

Seit der Lockerung des Fernbehandlungsverbots bietet ein Unternehmen in Zusammenarbeit mit sowohl Vertrags- als auch Privat-Ärzt*innen sowie Ärzt*innen aus dem Ausland Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ohne persönlichen Arztbesuch an. Dabei müssen Versicherte einige Fragen auf der Webseite des Anbieters beantworten, wobei vorgegebene Antwortmöglichkeiten und Symptome zur Auswahl stehen, und erhalten daraufhin gegen ein zu entrichtendes Entgelt eine formal ordnungsgemäß von einem Arzt ausgestellte Bescheinigung zugeschickt. Die ärztliche Anamnese stützt sich dabei regelmäßig lediglich auf die Antworten des

Versicherten auf die vorformulierten Fragen. Wenn die angegebenen Antworten nach dem Algorithmus der Anwendung unplausibel erscheinen, ist eine weitere Nutzung der angebotenen Dienstleistung nicht möglich. Die Fragen können jedoch von Anfang an erneut aufgerufen und beantwortet werden, ohne dass die im letzten Durchlauf erfolgten Antworten, die zu einem unplausiblen Ergebnis geführt haben, berücksichtigt werden. Dieser Vorgang kann beliebig oft wiederholt werden, bis das System die Antworten für plausibel befindet. Abgesehen davon, dass es für den Anwender ein Leichtes wäre, eine für das System plausible Arbeitsunfähigkeit vorzutäuschen, ist dies insbesondere deswegen problematisch, da die ärztliche Feststellung ohne persönliche Untersuchung des Versicherten oder ohne Videosprechstunde erfolgt. Die auf diese Weise unter dem Deckmantel der Telemedizin ausgestellte Arbeitsunfähigkeit ist mithin nicht ordnungsgemäß erfolgt und genügt daher nicht den Anforderungen des Nachweises einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit.

Dies hat Auswirkungen sowohl bei der Gewährung von Krankengeld als auch bei der Erstattung von Entgeltfortzahlungen des Arbeitgebers im Wege des sog. U1-Verfahrens im Sinne von § 1 Abs. 1 Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG).

Ansprüche nach dem AAG

Da die Arbeitsunfähigkeit von jedem Arzt ausgestellt werden kann, sind zwar die formalen Kriterien von § 46 SGB V erfüllt. Indessen geht von einer solchen Bescheinigung keine Indizwirkung aus. Der Aussagegehalt der ärztlichen Äußerung besteht lediglich darin, dass die eingegebenen Symptome für eine Arbeitsunfähigkeit ursächlich sein könnten. Hieraus geht aber gerade nicht hervor, ob die Symptome bei den Patient*innen auch vorgelegen haben. Der Arbeitgeber ist folglich nicht zur Entgeltfortzahlung verpflichtet, da der Arbeitnehmer den Nachweis seiner Arbeitsunfähigkeit mit einer wie oben beschriebenen Bescheinigung nicht erbringen kann. Mangels ordnungsgemäßer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen besteht daher kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung

nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG). Damit fehlt es auch an einem Anspruch nach § 1 Abs. 1 AAG auf Erstattung des fortgezählten Arbeitsentgelts.

Krankengeldansprüche

Auch ein etwaiger Anspruch auf Krankengeld ist nach § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V abhängig vom Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit. Das oben Gesagte gilt daher entsprechend. Mangels ordnungsgemäßer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist somit auch ein Krankengeldanspruch ausgeschlossen.

Gut zu wissen: Rechtsprechung zu AU-Bescheinigungen

Das BSG hat bei Krankengeldansprüchen wesentliche Rechtssätze entwickelt. Der Grundsatz lautet – auch im Lichte der gesetzlichen Weiterentwicklung in der Telemedizin, insbesondere während und nach der coronabedingten Pandemielage, – dass Voraussetzung für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten dessen persönliche Untersuchung durch einen Arzt ist. Dies folgt aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V. Krankengeld ist daher nur auf der Grundlage einer bestmöglich fundierten ärztlichen Einschätzung zu gewähren.

Einer durch einen Arzt ordnungsgemäß attestierten Arbeitsunfähigkeit ist jedoch lediglich eine gutachterliche Stellungnahme beizumessen. Weder die Krankenkassen noch die Gerichte sind an den Inhalt der ärztlichen Bescheinigung gebunden. Unter bestimmten Voraussetzungen ist bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit die Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch die Krankenkassen möglich.

Auch unter Hinzuziehung der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (AUR) verlieren die vom BSG aufgestellten Rechtssätze nicht ihre Gültigkeit, sondern sind entsprechend anzuwenden. Nach § 4 Abs. 5,

Fehlverhalten

In der Konsequenz zu den obigen Ausführungen können folglich mehrere Akteure ein Fehlverhalten in einer solchen Situation begehen. Zum einen erhält der Arbeitgeber, der Ansprüche nach dem AAG im U1-Verfahren gegenüber der Krankenkasse geltend macht, zu Unrecht Erstattungen für die gezahlte Entgeltfortzahlung. Zum anderen empfängt der Versicherte unrechtmäßig Krankengeldleistungen seiner Krankenkasse.

Satz 1, 2 AUR erfolgt die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer ärztlichen Untersuchung unmittelbar persönlich oder mittelbar persönlich im Rahmen einer Videosprechstunde. In der Vorschrift werden nachfolgend Ausnahmetatbestände geregelt, die unter engen Voraussetzungen gelten.

Demnach sind über das o. g. Unternehmen ärztlich ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in der beschriebenen Weise nicht ordnungsgemäß erfolgt.

§ 1 Abs. 1 AAG

„Die Krankenkassen [...] erstatten den Arbeitgebern [...] 80 Prozent 1. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezählten Arbeitsentgelts [...].“

§ 46 SGB V

„Der Anspruch auf Krankengeld entsteht [...] 2. im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.“

Rechtsprechung

BAG, Urteil vom 11.08.1976 – 5 AZR 422/75; AG Berlin, Urteil vom 01.04.2021 – 42 Ca 16289/20.

BSG, Urteil vom 29.10.2020 – B 3 KR 6/20 R; BSG, Urteil vom 16.12.2014 – B 1 KR 25/14 R.

4.4.6 Nicht persönliche Leistungserbringung durch Ärzt*innen

Ein ermächtigter Chefarzt einer Pforzheimer Klinik steht im Verdacht, in einer Vielzahl von Fällen Leistungen abgerechnet zu haben, die nicht durch ihn persönlich, sondern durch andere Ärzt*innen der Klinik erbracht wurden. Die ermächtigten Ärzt*innen eines Krankenhauses stehen den niedergelassenen Vertrags-Ärzt*innen gleich, so dass für sie dieselben Regeln

gelten. Hierzu gehört das Gebot der persönlichen Leistungserbringung. Im Raum stehen Leistungen in Millionenhöhe, die zu Unrecht abgerechnet worden sein sollen.

Die Staatsanwaltschaft Mannheim hat mittlerweile Anklage erhoben. Zudem betreibt die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle gegen den Arzt die Schadensregulierung in sozialrechtlicher Hinsicht.

Anklage gegen Arzt wegen möglichen Millionenbetrugs

Autor: Kraichgau News aus Bretten



Die Staatsanwaltschaft Mannheim hat Anklage gegen einen Pforzheimer Arzt wegen des Verdachts auf Abrechnungsbetrug erhoben. • Foto: Rolf Vennenbernd/dpa/Symbolbild • hochgeladen von Kraichgau News

Pforzheim/Mannheim (dpa/lsw) Die Staatsanwaltschaft Mannheim hat Anklage gegen einen Pforzheimer Arzt wegen des Verdachts auf Abrechnungsbetrug erhoben. Es gehe um die Abrechnung ärztlicher Leistungen in 1176 Fällen, sagte eine Sprecherin der Anklagebehörde am Montag in Mannheim. Zuerst hatte der Südwestrundfunk über die Anklageerhebung berichtet.

Leistungen abgerechnet, aber nicht selbst erbracht

Der Beschuldigte, der als Chefarzt in einem Pforzheimer Krankenhaus arbeitete, soll den Angaben zufolge Leistungen abgerechnet haben, die er gar nicht selbst erbracht, sondern stattdessen an ihm unterstellte Ärzte übertragen hatte. Damit habe er gut eine Million Euro eingenommen, mindestens 200.000 Euro habe er davon an die Ärzte weitergegeben, die die Leistungen auch tatsächlich erbracht haben sollen. Die Wirtschaftsstrafkammer des Landgerichts Mannheim muss nun über die Eröffnung des Hauptverfahrens entscheiden, teilte die Staatsanwaltschaft mit.

Tom Markert
Brettener Woche/
kraichgau.news

Die Brettener Woche ist für mich, zusammen mit kraichgau.news, die ideale Plattform um z.B. regionalen Vereinen, Online und im Print, eine starke Reichweite zu bieten.

Brettener Woche

THEMEN DER WOCHE

Quelle: Pforzheim: Anklage gegen Arzt wegen möglichen Millionenbetrugs | ZEIT ONLINE; zuletzt abgerufen am 28.02.2024, Urquelle: dpa

Gut zu wissen: Schadensregulierung bei ärztlichen Leistungserbringern

Laut ständiger Rechtsprechung des BSG ist ein unmittelbarer Regress der Krankenkassen gegen ärztliche Leistungserbringer regelmäßig nicht möglich. Ein etwaiger Regress wird durch die landesrechtlich jeweils zuständigen vertrags(zahn)ärztlichen Gremien festgestellt (Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss). Erst nach Durchlaufen eines solchen (verwaltungsrechtlichen) Verfahrens steht dem Unterliegenden der Klageweg gegen den Beschwerdeausschuss offen. Der Grund hierfür liegt insbesondere im vertrags(zahn)ärztlichen Vergütungssystem und den diesem zugrunde liegenden Rechtsbeziehungen der jeweiligen Beteiligten untereinander. Es kommen unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern regelmäßig nicht in Betracht, da die Krankenkassen und ärztlichen Leistungs-

erbringer in das vertrags(zahn)ärztliche Vergütungssystem eingebunden sind. Im vertrags(zahn)ärztlichen Versorgungssystem bestehen grundsätzlich nur Rechtsbeziehungen in dem jeweiligen Verhältnis Versicherter-Krankenkasse, Krankenkasse-KV und KV-Vertrags(zahn)arzt. Eine Rechtsbeziehung unmittelbar zwischen Krankenkasse und ärztlichem Leistungserbringer liegt hingegen nicht vor.

Bei einem Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung besteht nach ständiger Rechtsprechung des BSG kein Vergütungsanspruch des ärztlichen Leistungserbringers. Die Feststellung des Schadens und eines Regresses obliegt dem zuständigen Prüfungsgremium.

Rechtsprechung:

BSG, Urt. v. 20.03.2013 – B 6 KA 18/12 R
BSG, Urt. v. 20.03.2013 – B 6 KA 17/12 R
BSG, Urt. v. 05.05.2010 – B 6 KA 5/09 R

4.5 Weiteres Fehlverhalten

In nachgelagerten Abrechnungsprüfungen haben der Fachbereich für Heilmittel und die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle bei Physio- und Ergotherapeuten festgestellt, dass in vielen Fällen für Hausbesuche auch dann die „große“ Einsatzpauschale mit der Positionsnummer x9933 abgerechnet wurde, wenn die Leistung in einer sozialen Einrichtung erbracht wurde.

Für Hausbesuche in sozialen Einrichtungen haben die Verträge jedoch mit der Positionsnummer x9934 stets eine abgesenkte Einsatzpauschale vorgesehen. Die höher vergütete Einsatzpauschale (x9933) ist in diesen Fällen nicht abrechenbar gewesen und durfte daher nicht in Rechnung gestellt werden. Diese Regelung galt und gilt immer noch unabhängig von der Anzahl der in der sozialen Einrichtung versorgten Versicherten.

Mehrere Heilmittelerbringer hatten jedoch in ihren Stellungnahmen angegeben, sie hätten in manchen oder in allen Fällen lediglich eine einzige versicherte Person in einer sozialen Einrichtung in Behandlung gehabt. Da die Abrechnung in solchen Fällen über die Einsatzpauschale x9934 unwirtschaftlich gewesen wäre, hätten sie – ihres Erachtens folgerichtig – die Positionsnummer x9933 der Krankenkasse in Rechnung stellen dürfen. Entscheidendes Kriterium für die Anwendung der Positionsnummer x9934 ist allerdings laut sämtlichen Fassungen der Vergütungsvereinbarungen stets nur, dass die Versorgung in einer sozialen Einrichtung stattgefunden hat – unabhängig von der Anzahl der zu behandelnden Personen. Ist jedoch die Einsatzpauschale x9934 einschlägig, kann nicht die Positionsnummer x9933 in Rechnung gestellt werden. Ausschließlich im Rahmen eines temporären Erprobungszeitraums wurde seitens der Vertragsparteien beschlossen, eine

dritte Einsatzpauschale mit der Positionsnummer x9935 in die Vergütungslisten aufzunehmen, die genau den vorgenannten Sonderfall beschreibt und vergütet. Nach Ablauf der Erprobungszeit ist jedoch die Positionsnummer x9935 aus den Vergütungsvereinbarungen gestrichen und auch nicht durch eine andere inhaltlich gleichlautende ersetzt worden. Dies bedeutet aber, dass auch im Falle der irrigen Annahme, dass die drittgenannte Einsatzpauschale seit ihrer Einführung fortlaufend in allen Vergütungsvereinbarungen Bestand hatte, eine Abrechnung über die Positionsnummer x9933 falsch gewesen wäre. Bei Vorliegen des o. g. Sonderfalls, dass nur für eine versicherte Person in einer sozialen Einrichtung von dem betreffenden Physio-/Ergotherapeuten Leistungen erbracht werden, hätte demnach die Positionsnummer x9935 herangezogen werden müssen. Auch wenn infolge des Ablaufs der Erprobungszeit die Positionsnummer x9935 nicht mehr in den Vergütungslisten wiederzufinden war, wäre eine Abrechnung über die Positionsnummer x9935 denklogisch "richtiger" gewesen als über die Positionsnummer x9933. In jedem Fall war also eine Abrechnung über die "große" Einsatzpauschale nicht zulässig.

In der Konsequenz haben die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle und der Fachbereich beschlossen, die durch die zu viel gezahlten Vergütungen entstandenen wirtschaftlichen Schäden zu regulieren. Da die betreffenden Heilmittelerbringer wenigstens die Versicherten aufgesucht und bei diesen Leistungen erbracht hatten, ist die Forderung lediglich in Höhe der Differenz zwischen den Vergütungsbeträgen der Positionsnummern x9933 und x9934 berechnet worden.

Der Sachverhalt zeigt, dass nicht jedes Fehlverhalten von Leistungserbringern in jedem Fall einen Rückschluss auf einen Betrugssachverhalt zulässt. Verträge und Vergütungslisten werden regelmäßig von den Parteien auf Leistungserbringer- und Krankenkassenseite neu verhandelt und Regelungen ergänzt oder geändert. Umso wichtiger ist es, dass die zuständigen Dachverbände, an die sich ihre Mitglieder wenden können, vertragliche und gesetzliche

Neuerungen transparent kommunizieren und die Leistungserbringer wiederum diese Gelegenheit natürlich auch nutzen. Auf der anderen Seite ist es die gesetzliche Aufgabe und Pflicht der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle, derartiges Fehlverhalten, wie oben beschrieben, zu unterbinden und die zu viel gezahlten Versichertengelder der Solidargemeinschaft zurückzuführen. Zudem wäre aus Sicht der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle zu begrüßen, wenn diese zumindest partiell mehr im Rahmen der Gestaltung neu zu verhandelnder Verträge eingebunden werden würde, um bei manchen Regelungen etwa durch klarere Formulierungen eine effektivere Schadensregulierung zu bewirken sowie ggf. potenzielles Fehlverhalten zu verhindern.

4.6 Datenbasierte Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten

4.6.1 Erkennung von Fehlverhalten im Leistungsbereich Heilmittel basierend auf KI-Modellierungen

4.6.1.1 Die Idee

Die BITMARCK Holding GmbH (im Folgenden BITMARCK) bietet im Rahmen eines Pilotbetriebs das Software-Produkt „bitDetect_Heilmittel - Physiotherapie“ (im Folgenden bitDetect) an, welches von den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen bei der Bekämpfung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen unterstützend eingesetzt werden kann. Hierbei sollen statistische Modelle und sog. Machine-Learning-Algorithmen entwickelt und eingesetzt werden, um etwa Abrechnungsauffälligkeiten sowie Betrugsmuster effektiv und effizient feststellen zu können.

Von bitDetect ist der Leistungsbereich der Heilmittelerbringer umfasst – zunächst beschränkt auf Physiotherapeuten. Perspektivisch sollen der komplette Heilmittelbereich abgedeckt sowie die Erkenntnisse auf weitere Verfahren, die demselben technischen Ansatz wie oben beschrieben folgen, im Zusammenhang mit anderen Leistungsbereichen angewandt werden.

Voraussetzung für die Entwicklung und finale Umsetzung einer solchen effektiven und effizienten Data-Science-Lösung ist ein aufgrund von Clearingleistungen der BITMARCK bestehender kassenübergreifender Datenpool.

Die auf Grundlage dieser Software gewonnenen Erkenntnisse zu Abrechnungsauffälligkeiten werden sodann auf einer gesonderten Plattform krankenkassenindividuell auf den jeweils eigenen Datenbestand beschränkt zur Verfügung gestellt.

Das Produkt stellt drei Fehlverhaltenssachverhalte dar:

- Einsatz von unqualifiziertem Personal = 1. Szenario
- Unplausible Hausbesuche = 2. Szenario
- Sogenannte Scheinabrechnungen bzw. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen = 3. Szenario.

4.6.1.2 Datenanalyseverfahren zur proaktiven Bekämpfung von Fehlverhalten

Eigene Datenbestände werden bereits seit jeher im Rahmen von Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen aufgrund gesetzlich bestehender Rechte und Pflichten für die jeweiligen Institutionen ausgewertet, etwa seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen. Erst recht sind solche Datenanalysen seitens der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle notwendigerweise in Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflicht, Sachverhalte von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aufzudecken, vorzunehmen.

Mithin ist es weder der gesetzgeberische Wille noch ergibt sich entsprechendes aus dem Wortlaut der jeweiligen relevanten datenschutzrechtlichen Vorschrift, dass die Aufgabenwahrnehmung der Fehlverhaltensstellen rein reaktiv auf externe Hinweise hin zu erfolgen hat. Im Gegenteil:

§ 197a Abs. 1 SGB V formuliert bewusst äußerst abstrakt und allgemein, dass **Fällen und Sachverhalten nachzugehen ist, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige**

oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes **hindeuten**. Die Vorschrift ist sehr weit gefasst. Nichts anderes ergibt sich aus dem Willen des Gesetzgebers, wenn es heißt:

„Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) bei den Krankenkassen und den Kassen(zahn)ärztlichen (Bundes-)Vereinigungen haben Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Körperschaft hindeuten. Hierbei nehmen sie Kontrollbefugnisse nach § 67c Absatz 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch wahr, **so dass sie die innerhalb ihrer Organisation vorhandenen personenbezogenen Daten für diese Zwecke verwenden dürfen (§§ 81a Absatz 1, 197a Absatz 1) (vom Verfasser hervorgehoben)**. **Darüber hinaus** (vom Verfasser hervorgehoben) dürfen sie von jeder Person Hinweise auf Fehlverhalten entgegennehmen (§§ 81a Absatz 2 Satz 1, 197a Absatz 2 Satz 1). **Die Fehlverhaltensstellen erlangen so regelmäßig personenbezogene Daten, die nicht nur für ihre eigene Arbeit, sondern auch für andere Stellen innerhalb und außerhalb ihrer Organisation von Bedeutung sind** (vom Verfasser hervorgehoben; BT-Drs. 19/6337, Seite 103).“

Der Prüfung auf Fehlverhalten ist immanent, dass diese fallweise auf der Grundlage von personenbezogenen Daten erfolgt. Deswegen hat der Gesetzgeber – wie dem obigen zitierten Auszug zu entnehmen ist – reagiert und den Krankenkassen entsprechende spezielle und somit gegenüber allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen vorrangig anzuwendende Befugnisse zur Speicherung,

Veränderung, Nutzung und/oder Übermittlung eingeräumt. Zudem macht der Gesetzgeber bereits an dieser Stelle klar, dass die so gewonnenen Erkenntnisse regelmäßig nicht nur für die eigene Krankenkasse, sondern auch für andere externe Organisationen von Bedeutung sind.

Der Gesetzgeber misst mithin dem Austausch von personenbezogenen Daten zwischen den einzelnen Fehlverhaltensbekämpfungsstellen eine essenzielle Bedeutung zu, weshalb auch der § 197a Abs. 3a SGB V klarstellend eingefügt wurde:

„Um das Fehlverhalten der Leistungserbringer und auch dessen Ausmaß feststellen zu können, hält er [der Bundesrechnungshof] es für unverzichtbar, dass die verschiedenen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen untereinander erforderliche personenbezogene Daten austauschen (BT- Drucks. 17/8005, Seite 124).“

Mit der Schaffung des § 197a Abs. 3b SGB V geht der Gesetzgeber sogar einen Schritt weiter – nicht nur mit Blick auf die Übermittlung personenbezogener Daten – und spricht sich für eine präventive Fehlverhaltensbekämpfung aus, indem die Vorschrift den Begriff „Verhinderung“ von Fehlverhalten verwendet:

„Durch die ausdrückliche Nennung der „Verhinderung“ von Fehlverhalten als Übermittlungszweck wird zum Ausdruck gebracht, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein muss, sondern auch auf die (präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten abzielen kann (BT-Drs. 19/6337, Seite 103).“

Und weiter heißt es:

„Der Begriff der „Aufdeckung“ umfasst demgegenüber neben der Sachverhaltsermittlung sämtliche Reaktionen auf ein vergangenes Fehlverhalten [...] (BT-Drs. 19/6337, Seite 104).“

Mit der Verwendung der Begriffe „Verhinderung“ sowie „Aufdeckung“ in § 197a Abs. 3b Satz 1 SGB V wird somit zwischen präventiver Fehlverhaltensbekämpfung einerseits und reaktiver Fehlverhaltensbekämpfung andererseits bewusst und ausdrücklich unterschieden.

Nach dem oben Gesagten ergibt sich folgendes Verständnis des Gesetzgebers zu den Befugnissen der Fehlverhaltensstellen nach § 197a SGB V und damit einhergehend in datenschutzrechtlicher Hinsicht:

Der Begriff „Aufdeckung“ umfasst alle denkbaren Konstellationen von vergangenem Fehlverhalten, auf das seitens der Fehlverhaltensstellen reagiert wird. Der Gesetzgeber spricht dabei nicht von einer Reaktion auf **externe Hinweise**, sondern **auf vergangenes Fehlverhalten**. Dieses Fehlverhalten wird dabei mittels krankenkasseninterner personenbezogener Daten ermittelt. Dies stellt die eigentliche Herangehensweise zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen dar – auch mit Blick auf die Gesetzessystematik. Die Entgegennahme von Hinweisen ist dagegen lediglich eine weitere, danebenstehende Herangehensweise, um mögliches Fehlverhalten zu ermitteln. Mithin bedeutet dies gerade nicht, dass nur nach Entgegennahme von Hinweisen die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen tätig werden dürfen – die Fehlverhaltensstellen kämen sonst ihrem gesetzlichen Auftrag nicht nach. Und es heißt nicht, dass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ihre Prüfungen nur auf den entgegengenommenen Hinweis beschränken sollen und dürfen. Den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen steht es aufgrund ihres soeben beschriebenen gesetzlichen Auftrags

frei, über das sich aus dem Hinweis ergebende mögliche Fehlverhalten hinausgehende Ermittlungen zu weiteren möglichen Fehlverhalten **proaktiv** vorzunehmen. Somit umfasst die Aufdeckung, mithin die Reaktion auf vergangenes Fehlverhalten folgende Handlungsoptionen der Fehlverhaltensstellen:

- Hausinterne Ermittlungen mittels hausinterner personenbezogener Daten, um proaktiv vergangenes Fehlverhalten festzustellen (bereits von § 197a Abs. 1 SGB V gedeckt)
- Hausinterne Ermittlungen mittels hausinterner personenbezogener Daten durch die Entgegennahme von Hinweisen, um
 - Reaktiv auf den Hinweis hin mögliches vergangenes Fehlverhalten festzustellen (von § 197a Abs. 2 SGB V gedeckt)
 - Proaktiv über den Hinweis hinausgehendes mögliches vergangenes Fehlverhalten festzustellen (von § 197a Abs. 1 SGB V gedeckt)
- Hausinterne Ermittlungen mittels Austauschs personenbezogener Daten von Fehlverhaltensstellen anderer Krankenkassen, um
 - Proaktiv mögliches vergangenes Fehlverhalten festzustellen (von § 197a Abs. 3a i. V. m. Abs. 1 SGB V gedeckt)
 - Reaktiv auf einen entgegengenommenen Hinweis hin mögliches vergangenes Fehlverhalten festzustellen (von § 197a Abs. 3a i. V. m. Abs. 2 SGB V gedeckt)
 - Proaktiv über den entgegengenommenen Hinweis hinausgehendes mögliches Fehlverhalten festzustellen (von § 197a Abs. 3a i. V. m. Abs. 1 SGB V gedeckt)

Daneben besteht die Möglichkeit, hausinterne personenbezogene Daten sowie Daten anderer Krankenkassen zwischen den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen auszutauschen und an die in § 197a Abs. 3b SGB V genannten Empfänger zu übermitteln, um künftiges, noch nicht eingetretenes Fehlverhalten zu bekämpfen („Verhinderung“), was sich aus § 197a Abs. 3b SGB V ergibt.

Im Rahmen der Gesetzesbegründung zu § 197a Abs. 3b SGB V wird damit noch einmal

die Intention des Gesetzgebers deutlich, dass es sich bei den Regelungen des § 197a SGB V insbesondere um umfassende, zum Teil nicht abschließende Rechtsgrundlagen für die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen handelt, damit letztere ihrem Gesetzauftrag zur Fehlverhaltensbekämpfung effektiv nachkommen können.

Fehlverhalten im Gesundheitswesen wird demnach durch proaktive, reaktive sowie präventive Ermittlungen seitens der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen bekämpft.

4.6.1.3 Weitere datenschutzrechtliche Aspekte

Zur Umsetzung des o. g. Projekts sind verschiedene Daten seitens der Leistungserbringer sowie der Versicherten notwendig. Die datenschutzrechtlichen Vorschriften und Vorgaben sind daher bei der Softwareentwicklung und -anwendung zu beachten.

Dass mit der Verwendung des o. g. Verfahrens von BITMARCK ein festgelegter, eindeutiger und legitimer Zweck im Sinne des Art. 5 Abs. 1b DSGVO verfolgt wird, ergibt sich aus der signifikanten Steigerung der Effektivität und Effizienz einer proaktiven Fehlverhaltensbekämpfung durch den Einsatz eines solchen Software-Produkts wie bitDetect.

Zudem werden seitens der BITMARCK nur solche personenbezogenen Daten erhoben, die im Sinne des Art. 5 Abs. 1c DSGVO angemessen und erheblich sowie auf das für die Zwecke der Verarbeitung notwendige Maß beschränkt sind. Im Rahmen dessen werden die personenbezogenen Daten, die BITMARCK benötigt – also TP5-Daten und bestimmte Versichertenstammdaten – pseudonymisiert, womit dem Grundsatz der Datenminimierung des Art. 5 Abs. 1c DSGVO entsprochen wird.

Der Digitalausschuss des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) betrachtet den in diesem Zusammenhang geplanten Einsatz eines wie oben beschriebenen Verfahrens zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als effektiv und (auch wirtschaftlich) effizient. Mit

dem Vorschlag, einen § 197a Abs. 3c SGB V ergänzend einzuführen, sowie der hierfür gewählten Formulierung würde eine Konkretisierung zu einem bestimmten (Unter)Fall der Datenübermittlung und -zusammenführung geschaffen werden. Der aktuelle Formulierungsentwurf eines § 197a Abs. 3c SGB V lautet nach bisheriger Kenntnis der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle wie folgt:

„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.“

Das BAS hat seine o. g. Rechtseinschätzung unter <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/digitalausschuss/ki-big-data-cloud-computing-und-automatisierte-bearbeitung/einsatz-von-ki-systemen-bei-der-bekaempfung-von-fehlerverhalten-im-gesundheitswesen/> veröffentlicht. Im Rahmen dessen macht es auch Ausführungen zu einigen wesentlichen datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten, insbesondere zur Daten- und Auftragsverarbeitung sowie zu Art. 22 DSGVO. Die in der rechtlichen Stellungnahme des BAS gegenständlichen Datenverarbeitungsansätze – wie sie sich auch im Wesentlichen beim Produkt bit-Detect wiederfinden – würden eben diese datenschutzrechtlichen Vorgaben einhalten. So erfolgt die abschließende, regelmäßig umfangreiche Prüfung, ob tatsächlich ein möglicher Fehlverhaltenssachverhalt vorliegt, stets durch die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle. Das Prüfungsergebnis beruht danach auf einer vollumfänglichen Berücksichtigung und Abwägung der Umstände des konkreten

Einzelfalles durch einen Menschen und nicht auf einem automatisierten Entscheidungsprozess, erst recht nicht auf einer ausschließlich durch automatisierte Verarbeitung herbeigeführten Entscheidung.

Der GKV-SV begrüßt und teilt im Ergebnis die Rechtseinschätzung und Auffassung des BAS zum Einsatz eines solchen datenbasierten Verfahrens zur Erkennung von Fehlverhalten (so etwa nachzulesen im „Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat – Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ für den Berichtszeitraum 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2021 unter „7.3. Erweiterung der gesetzlichen Verarbeitungsgrundlage zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz bei der Fehlverhaltensbekämpfung“, Seite 70 f.).

Sowohl das BAS als auch der GKV-SV sehen das Pilotprojekt der BIT-MARCK prinzipiell bereits von der aktuellen Rechtslage gedeckt, sprechen sich aber zugleich zwecks höherer Rechtssicherheit für eine Ergänzung des § 197a SGB V durch einen wie oben beschriebenen Abs. 3c aus. Eine solche Gesetzesergänzung ist bereits vom Gesetzgeber geplant und wird voraussichtlich noch in diesem Jahr erfolgen.

4.6.1.4 Einsatz von bitDetect

Vor dem Einsatz des Produkts bitDetect – zunächst im Rahmen einer Testphase – haben Beteiligte der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle und der BITMARCK im Digitalausschuss des BAS das Pilotprojekt bitDetect vorgestellt. Dabei wurden technische sowie (datenschutz-)rechtliche Aspekte beleuchtet. Nach der Testphase ist eine Rückmeldung an das BAS hinsichtlich unserer Erfahrungen und Erkenntnisse beabsichtigt.

Seit August 2023 kommt bitDetect bei der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle zur Anwendung. In mehreren Durchläufen wurden die Daten der KKH in das Verfahren eingepflegt und von der Software analysiert. Zurzeit be- und verwertet die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle die so gewonnenen Erkenntnisse. Geplantes Ende der Evaluation ist der 30.06.2024.

Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass die beiden erstgenannten Szenarien im Wesentlichen nachvollziehbar abgebildet und plausible Auffälligkeiten dargestellt werden, welche die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle im Rahmen einer Tiefenprüfung betrachtet und auswertet. Zum dritten Szenario können zurzeit noch keine Aussagen getroffen werden, da sich die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle hiermit erst seit Anfang des Jahres 2024 befasst.

4.6.1.5 Fazit und Ausblick

Datenbasierte Verfahren, die auf Machine-Learning-Algorithmen basieren, finden bereits in unterschiedlichen Bereichen unserer Gesellschaft Anwendung, wie etwa im Finanzsektor oder in der Justiz. Umso wichtiger und erfreulicher ist es, dass diese Entwicklung mittlerweile auch in einem für die Allgemeinheit so wichtigen Sektor wie dem des Gesundheitswesens Eingang gefunden hat. Die Gesundheitsbranche steht noch am Anfang, die damit verbundenen Chancen und Risiken zu erkennen und zu bewerten. Es ist ein dynamischer Prozess, der von stetigen Veränderungen und Verbesserungen lebt. Sich dieser Entwicklung zu versperren, wäre wohl nicht der richtige Weg. Es gilt darauf hinzuwirken, solche oder ähnliche wie das oben beschriebene Verfahren maßvoll und verantwortungsvoll einzusetzen und die sich hieraus erwachsenden Möglichkeiten sowie wertvolle Unterstützung der Akteure im Gesundheitswesen voll auszuschöpfen. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle nimmt jedenfalls von Beginn an an dieser Entwicklung teil und wird ihren Beitrag hierzu leisten, um künftig noch effektiver und effizienter Fehlverhalten zu bekämpfen und zu verhindern.

4.6.2 Kooperation mit dem Fraunhofer Institut ITWM zur Arzneimittel-detektion mittels KI-Methoden

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle konnte ein Projekt mit dem Fraunhofer Institut ITWM vertraglich fixieren, dessen Gegenstand die Prüfung von Arzneimitteldaten auf unbekannte Auffälligkeiten mittels eines KI-Algorithmus ist. Hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen wird auf die Ausführungen unter 4.6.1 verwiesen.

Das Projekt lässt sich wie folgt beschreiben: Innerhalb des Vorhabens entwickelt das Fraunhofer ITWM einen Algorithmus zur Bestimmung von unbekanntem Auffälligkeiten. Zur Überprüfung der Performance in realen Daten stellt die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle Abrechnungsdaten für Arzneimittel zur Verfügung. Ziel der Kooperation ist die Weiterentwicklung des Algorithmus zur effizienten Anwendung auf realen Daten. Fraunhofer ITWM wird nach Anwendung des Algorithmus die Daten mit einem Auffälligkeitsindex versehen und diesen zur Überprüfung an die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle zurückgeben. Nach Vorliegen der Daten bei der KKH wird durch diese auf Basis des Auffälligkeitsindex entschieden, welche Daten geprüft werden. Basierend auf dieser Prüfung wird Fraunhofer ITWM den Algorithmus anpassen und weiterentwickeln. Ziel ist es, einen Algorithmus zu entwickeln, welcher auch in anderen Szenarien zur effizienten Detektion von unbekanntem Auffälligkeiten angewendet werden kann.

Der Auffälligkeitsindex ist vergleichbar mit in der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle eingehenden Hinweisen, die unter fachlichen Gesichtspunkten geprüft und bewertet werden. Nach dieser Prüfung kann über das weitere Vorgehen entschieden werden. In diese Prüfung ist das Fraunhofer ITWM nicht involviert.

Sowohl die Rechts- als auch die Datenschutzbereiche der Vertragspartner haben das Vorgehen geprüft und als unbedenklich eingestuft. Auch die Aufsichtsbehörde BAS hat das Projektkonzept und die Verträge geprüft und sich dieser Auffassung nach intensivem Austausch angeschlossen.

Bei diesem Projekt werden keine Versicherten-daten übertragen. Erforderliche Daten, die für die nachgehende Prüfung eventueller Auffälligkeiten in fachlicher Hinsicht durch die KKH erforderlich sind, wurden pseudonymisiert. Die Daten konnten Anfang 2024 übertragen werden. Die Ergebnisse bleiben abzuwarten.

5 Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Die Zusammenarbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen untereinander – sowohl krankenkassenartübergreifend als auch mit den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen – wurde weiter intensiviert und ausgebaut. Kooperationsvereinbarungen wurden um Regelungsinhalte ergänzt sowie auf die Bedürfnisse einer adäquaten und praxisnahen Zusammenarbeit zur Fehlverhaltensbekämpfung und -verhinderung angepasst und optimiert. Aufgrund länderübergreifender Fehlverhaltenssachverhalte haben die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen Strategien entwickelt und Lösungen gefunden, um einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der verschiedenen Kooperationsvereinbarungen gerecht zu werden. Die in diesem Zusammenhang positiven Resultate zeigen, dass man sich trotz unterschiedlicher Kooperationsvereinbarungen auf eine länderübergreifende gemeinsame Vorgehensweise verständigen kann, ohne dass dies den länderspezifischen Vereinbarungen oder gar einer erfolgreichen Zusammenarbeit zuwiderläuft. Zugleich werden die damit verbundenen Vorteile ersichtlich und es erscheint erstrebenswert, eine bundesweit einheitliche Kooperationsvereinbarung zu schaffen.

Mit Kassenärztlichen Vereinigungen wurden vereinzelt Vereinbarungen getroffen, um die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen im Rahmen der Schadensregulierungen bei ärztlichen Leistungserbringern zu unterstützen. Damit die regulierten Schadenbeträge, die aus einem Fehlverhalten resultieren, bei den Krankenkassen auch als solche berücksichtigt werden können, sind Informationen von den Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlich. Denn grundsätzlich werden alle an die Krankenkassen zurückgeführten Gelder, gleich aus welchem Rechtsgrund, in einem Betrag pro Quartal ausgewiesen. Welcher Betrag

Gut zu wissen: Gesetzliche Zusammenarbeit

Von Gesetzes wegen sind die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 197a Abs. 3 Satz 1 SGB V zur Zusammenarbeit verpflichtet. Hierfür finden auf Länderebene regelmäßig mehrmals im Jahr Treffen von Arbeitsgruppen der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen statt, an denen teilweise auch Vertreter der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und Ermittlungsbehörden teilnehmen. Darüber hinaus organisiert der GKV-SV nach § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen, an dem die Vertreter der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form beteiligt werden. Für eine zielgerichtete Förderung der Zusammenarbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen haben diese auf Länderebene Kooperationsvereinbarungen geschlossen.

daraus auf ein Fehlverhalten zurückzuführen ist, ist dabei nicht zu erkennen. Vereinbart wurden nun Informationen für die Krankenkassen, die diese in die Lage versetzen, zurückgeführte Schadenbeträge aus einem Fehlverhalten bei extrabudgetären Leistungen der Höhe nach feststellen und konkretisieren zu können.

Gut zu wissen: Budgetäre/ extrabudgetäre Leistungen

Zu unterscheiden ist zwischen zwei Leistungsarten: Diejenigen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) – dem sogenannten Budget – abgerechnet werden, und die Leistungen, die außerhalb der MGV erbracht werden. Beide Leistungsarten werden über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.

Die MGV wird aus der Summe der Pauschalen errechnet, die eine Krankenkasse an eine Kassenärztliche Vereinigung für jeden Versicherten zu zahlen hat. Die Höhe der MGV-Pauschale ermittelt sich für jede versicherte Person aus dessen Alter, dem Geschlecht und dem Gesundheitszustand (Morbidität).

Die abgerechneten Kosten für die außerhalb der MGV erbrachten Leistungen, die sogenannten extrabudgetären Leistungen (wie bspw. Vorsorgeuntersuchungen), werden den Krankenkassen von der Kassenärztlichen Vereinigung in der entstandenen Höhe in Rechnung gestellt – diese Kosten werden also 1:1 von den Krankenkassen beglichen. Insoweit tritt bei einem Betrug in diesem Bereich der Schaden unmittelbar zulasten der Krankenkassen ein.

Doch auch sonst erfolgte eine intensive Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen, die für die Fehlverhaltensbekämpfung und -verhinderung zuständig sind. So fand in Schwerin etwa ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch im Rahmen der Bearbeitung von Vermögens- und Korruptionsstraf-taten im Gesundheitswesen unter Beteiligung verschiedener Vertreter der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, der Staatsanwaltschaft und Generalstaatsanwaltschaft Rostock sowie der Kriminalpolizei Rostock statt. Erwähnenswert ist auch ein von der Generalstaatsanwaltschaft Dresden und dem Kommissariat für Wirtschaftskriminalität der Polizeidirektion Leipzig in Kooperation mit dem Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik ITWM ausgerichteter Workshop im Zusammenhang mit Abrechnungsbetrug im Pflegebereich. Vorgestellt wurde ein Forschungsprojekt der Ermittlungsbehörden zusammen mit dem Fraunhofer ITWM zum Einsatz eines auf Machine Learning gestützten KI-Verfahrens, welches mittels automatisierter Bildverarbeitung Auffälligkeiten in Abrechnungsunterlagen von Pflegediensten erkennt. Im Rahmen der Veranstaltung konnten sich die Teilnehmenden ein Bild über die hilfreiche Unterstützung einer solchen KI-Anwendung für die Strafverfolgungsbehörden bei laufenden Ermittlungsverfahren, aber auch für die Krankenkassen bei der konkreten Prüfung von Abrechnungsunterlagen verschaffen.

Ferner hat das Landeskriminalamt Baden-Württemberg im Berichtszeitraum eine zentrale Ansprechstelle für den Bereich Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen eingerichtet (Single Point of Contact).

6 Referententätigkeit

6.1 Extern

Die KKH konnte sich in den letzten Jahren immer stärker in der – auch von ihr geforderten – intensiveren Fortbildung der Ermittlungsbehörden auf dem Gebiet der Verfolgung von Vermögensstraftaten im Gesundheitswesen engagieren. Auf diese Weise können die zu

beachtenden, vielfältigen (sozial-)rechtlichen Besonderheiten vermittelt werden. Hierneben wurden Vorträge bei Veranstaltungen im Zusammenhang mit der Fehlverhaltensbekämpfung gehalten:

| Institution/Anlass | Art | Datum | Ort |
|---|---------|------------|--------------|
| Berufsfachschule für Hebammen am Universitätsklinikum Augsburg A. ö. R. | Digital | 18.03.2022 | – |
| Gesundheitsforen Leipzig | Präsenz | 20.06.2022 | Leipzig |
| Bundeskriminalamt | Präsenz | 11.10.2022 | Wiesbaden |
| Fachhochschule der Polizei Sachsen-Anhalt | Präsenz | 15.11.2022 | Aschersleben |
| Polizeiakademie Niedersachsen | Digital | 21.03.2023 | – |
| Technische Hochschule Rosenheim | Digital | 24.05.2023 | – |
| Gesundheitsforen Leipzig | Präsenz | 13.06.2023 | Leipzig |
| 15. Nds. Medizinrechtstage | Präsenz | 08.09.2023 | Hannover |
| Bundeskriminalamt | Präsenz | 24.10.2023 | Wiesbaden |
| Landesamt für Ausbildung, Fortbildung und Personalangelegenheiten der Polizei Nordrhein-Westfalen | Präsenz | 19.12.2023 | Neuss |

6.2 Intern

Zur Fortbildung, Beratung und Unterstützung sowie für den fachlichen Austausch innerhalb der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle wurde bei der KKH intern das Format „CFDO-Meeting“ (CFDO steht für Chief Fraud Detection Officer) fest implementiert. Das Format dient vor allem der Information über neue, für die Fehlverhaltensbekämpfung maßgebliche Rechtsprechung und der sich daraus ergebenden Handlungsfelder.

Gesetzliche Änderungen mit Auswirkungen auf die Fehlverhaltensbekämpfung werden vermittelt und die Mitarbeitenden für deren rechtliche Konsequenzen sensibilisiert bzw. konkrete Maßgaben zur Umsetzung kommuniziert.

Es werden Praxisprobleme aufgegriffen und – im Rahmen der Richtlinienkompetenz der mit der Fehlverhaltensbekämpfung beauftragten Person – Entscheidungen präsentiert, wie diese

zu lösen und in der Praxis umzusetzen sind. Einzelfälle können hier vorgestellt und diskutiert sowie unterstützende Beratung zum weiteren Vorgehen gegeben werden. Das Format bietet hierneben ausreichend Zeit für den fachlichen Austausch. Im Berichtszeitraum konnten 13 solcher Meetings stattfinden.

Im Februar 2023 fand eine digitale „Fortbildung Fehlverhaltensbekämpfung“ für Mitarbeitende des Fachbereichs Häusliche Krankenpflege (HKP) und der Pflegekasse sowie der Pflegekompetenzzentren statt. Der Schwerpunkt lag im Bereich HKP. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle hat sich und ihre Handlungsfelder in diesen Leistungsbereichen anhand von Beispielen und Fallstudien vorge-

stellt. Es wurde beispielhaft erläutert, wann die Stelle einzuschalten ist. Auch rechtliche Aspekte wurden vermittelt, wie die (konkludenten) Erklärungen des Leistungserbringers im Abrechnungsverfahren sowie der Zeitpunkt des Entstehens des gesetzlichen Vergütungsanspruchs im Sozialrecht: ausschließlich durch die Leistungserbringung unter Einhaltung der für sie geltenden Regelungen.

Ziel war unter anderem auch das gegenseitige Verständnis zu erhöhen, bspw. mit Blick auf eventuelle Zielkonflikte zwischen der formaljuristisch geprägten Fehlverhaltensbekämpfung und dem leistungsrechtlich geprägten Tagesgeschäft.

7 Medien-Aktivitäten

Seit die KKH im März 2001 einen Arbeitsbereich zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet hat, bilden Presse- und Medienarbeit hierzu einen festen Bestandteil der Unternehmenskommunikation. Sie unterstützen dabei, der Öffentlichkeit unter Nutzung guter Medienkontakte Einblick in das Thema zu geben, sie dafür zu sensibilisieren und dienen damit vor allem der Generalprävention.

Dies gilt auch für die alljährlich veröffentlichte Pressemitteilung der KKH zum Thema Abrechnungsbetrug mit jeweils aktuellen bun-

desweiten Zahlen sowie Beispielfällen aus den Bundesländern. Die Meldungen erzeugen stets ein hohes Interesse in den Redaktionen und führen damit zu zahlreichen Medienartikeln. Im Berichtszeitraum 2022/2023 kam es insgesamt zu rund 700 Veröffentlichungen mit einer Reichweite von rund 264 Millionen potentiell erreichten Personen. Beispielhaft hierfür ist nachfolgender Artikel zu der jüngsten Pressemeldung, erschienen am 24./25. Mai 2023 in der BILD:

Über eine Millionen Euro Schaden : Krankenkasse enttarnt schwarze Schafe

486 Fälle von Abrechnungsbetrug deckte die Kaufmännische Krankenkasse 2022 auf



Hannover - Sie ist mit rund 1,6 Millionen Versicherten eine der größten Krankenkassen bundesweit. Und hat mit vielen schwarzen Schafen zu kämpfen.

Wie die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) am Mittwoch in Hannover mitteilte, entstand 2022 durch Abrechnungsbetrug bundesweit ein Schaden von über einer Million Euro.

Insgesamt 486 neue Fälle wurden der KKH bekannt, 100 mehr als noch im Jahr davor. Die Top 4 der schwarzen Schafe: Pflegedienste (139 Fälle), Krankengymnasten (101), Pflegeheime (77), Apotheken (26).

Im deutschlandweiten Vergleich liegt Niedersachsen mit 38 Fällen auf Platz 3 nach Nordrhein-Westfalen (137) und Bayern (99).

Wer glaubt, dass im Abrechnungsbereich betrogen wurde, kann sich bei der Kaufmännischen Krankenkasse melden: Mail an betrugsverdacht@kkh.de oder online (auch anonym) über das BKMS-Hinweis-System www.kkh.de/abrechnungsbetrug

Krasse Fälle

- Ein Augenarzt scannte die Gesundheitskarten von Begleitpersonen seiner Patienten, angeblich für die Corona-Nachverfolgung. Mit den Daten rechnete er Behandlungen ab, die nie erfolgten.
- Eine Pflegedienst-GmbH rechnete eine Pflegekraft für maximal drei Patienten ab, dabei mussten die Angestellten viel mehr Bedürftige betreuen.
- Eine Ärztin rechnete Vorsorge-Untersuchungen ab, die sie gar nicht erbracht hat. Blöd: Dabei gab sie Termine an, die auf Wochenenden oder Feiertage fielen.
- Ein Apotheker rechnete ein Arzneimittel für einen bereits verstorbenen Versicherten ab.

Chef-Ermittlerin: "Leben wird aufs Spiel gesetzt"

Für KKH-Chefermittlerin Dina Michels sind all diese Vorgänge absolut skrupellos: "Zum einen fehlen die gesetzwidrig erschlichenen Gelder dem solidarischen Sozialsystem, beispielsweise für die Versorgung kranker Menschen. Zum anderen, und das wiegt noch schwerer, werden die Gesundheit und mitunter sogar das Leben von Versicherten aufs Spiel gesetzt, wenn zum Beispiel Pseudo-Pflegepersonal Ernährungssonden und Dauerkatheter setzt oder Insulin-Injektionen verabreicht."

Im Berichtszeitraum gingen 22 Anfragen von Pressevertretern in der Pressestelle ein. Hieraus resultierten vor allem telefonische Hintergrundgespräche unter Mitwirkung der Beauftragten zur Fehlverhaltensbekämpfung bzw. ihres Stellvertreters. Beispielhaft genannt sind hier insbesondere fünf Pressekontakte aus dem Berichtszeitraum, die zu einer Veröffentlichung bzw. Ausstrahlung führten.

1. Anfrage des „beneker medienbüro“, Portal „Medscape“ vom 06.05.2022

Hier ging es um das Thema Abrechnungsbeitrag im Gesundheitswesen im Allgemeinen, dessen Rahmenbedingungen, aktuellen Fallzahlen zu Betrugsfällen und deren Verteilung auf die Leistungsbereiche, die Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen, die Sachverhaltskonstellationen, die strafrechtlichen Folgen sowie um die Motivation und die Möglichkeiten der Täter. Am 09.05.2022 wurde ein Interview gegeben, das zu einer Veröffentlichung führte.

2. Anfrage des „Deutschlandfunk“ vom 28.11.2022

Bei dieser Anfrage stand die Außerklinische Intensivpflege im Mittelpunkt. Das Telefoninter-

view am 06.12.2022 wurde im Deutschlandfunk ausgestrahlt.

3. Anfrage der MTD-Verlag GmbH vom 24.05.2023

Gegenstand der Anfrage waren die aktuellen Zahlen im Bereich der Fehlverhaltensbekämpfung des Jahres 2022. Sie galt vor allem den Falschabrechnungen durch Sanitätshäuser und den dahinterstehenden Sachverhalten. Veröffentlicht wurde ein Artikel in der MTD Instant KW 22 | 2023 unter dem Titel „KKH-Betrugsbericht 2022“. In dem Artikel wurden die auf die verschiedenen Leistungsbereiche entfallenden Zahlen dargestellt und Betrugsfälle aus dem Leistungsbereich der Orthopädietechnik/Sanitätshäuser beschrieben.

4. Anfrage der Redaktion „up-unternehmen praxis“ vom 31.05.2023

Die Anfrage zielte auf ein Interview in der gleichnamigen Zeitschrift ab, das zuvor per Video aufgezeichnet und in der Augustausgabe 2023 veröffentlicht wurde. Es ging um die Vorgehensweise der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle, um Fallzahlen, häufigste Betrugsvarianten, Rückforderungen und vieles andere mehr.

KKH erklärt Vorgehen bei Fehlverhalten durch Leistungserbringer „Es sind immer nur wenige schwarze Schafe, die ein Fehlverhalten oder gar Betrug begehen.“



Emil Penkov, stellvertretender Beauftragter für Fehlverhalten im Gesundheitswesen der KKH im Interview mit Ralf Buchner

5. Anfrage der Neuen Presse Hannover vom 12.07.2023

Die Neue Presse strahlt regelmäßig einen True Crime-Podcast aus und wollte – ausgehend von einem konkreten niedersächsischen Fall – auch das Thema der Straftaten im Gesundheitsweisen aufgreifen. Die KKH beschrieb

einen solchen Fall, bei dem ein Medizinisches Versorgungszentrum im Mittelpunkt stand. Der Podcast wurde am 01.09.2023 aufgezeichnet und griff viele weitere Aspekte und Fälle der Fehlverhaltensbekämpfung auf. Die Ausstrahlung erfolgte erstmals am 27.10.2023.

Wenn Ärzte Milliarden abzocken

Neue Folge des Podcasts True Crime Hannover. Chefermittlerin der KKH spricht über ihre Arbeit.

VON CHRISTIAN LOMOTH

HANNOVER. Der Schaden ist gewaltig. Es sind rund 289 Milliarden Euro, die dem deutschen Gesundheitswesen im Jahr 2022 fehlten. Und das ist die offizielle Zahl der gesetzlichen Krankenversicherung. Manche Experten gehen noch von einer viel höheren Dunkelziffer aus. Die Verursacher: Betrüger, die falsch abrechnen und die Krankenkassen abzocken. Darum geht es in der neuen Folge des NP-Podcasts True Crime in Hannover, die „Abzocker in Weiß“ heißt und ab sofort zu hören ist.

Auch die in Hannover ansässige Krankenkasse KKH, mit mehr als 1,5 Millionen Versicherten bundesweit eine der größten Kassen in Deutschland, ist davon betroffen. Bewusste Falschabrechnungen verursachten bei den Hannoveranern im vergangenen Jahr einen Schaden von mehr als einer Million Euro. Nun ist es aber nicht so, dass sich die KKH das tatenlos anschaut. Es gibt ein Team, das sich mit diesem Thema beschäftigt und versucht, die Betrüger ausfindig zu machen und zur Rechenschaft zu ziehen. Die Chefermittlerin der KKH ist Dina Michels – und sie ist zu Gast im Studio und berichtet im Gespräch mit NP-Redakteur Christian Lomoth und Moderator Rolf Rosenstock von ihrer Arbeit.

Michels nennt die Betrüger skrupellos. „Zum einen fehlen die gesetzlich ersichtlichen Gelder dem solidarischen Sozialsystem, beispielsweise für die Versorgung kranker Menschen. Zum anderen, und das wiegt noch schwerer, werden die

Gesundheit und mitunter sogar das Leben von Versicherten aufs Spiel gesetzt, wenn zum Beispiel Pseudopflegepersonal Ernährungssonden und Dauerkatheter setzt oder Insulininjektionen verabreicht.“ Michels berichtet von einem Fall aus einem Medizinischen Versorgungszentrum. Es geht um Abrechnung von Rezepten durch nicht befugte Ärzte. Am Ende entstand ein

Schaden von rund 400.000 Euro – und es gab eine Anzeige durch die Kassenärztliche Vereinigung. Sie hatte einen Tipp bekommen. Die Staatsanwaltschaft wandte sich an die KKH, weil sie Abrechnungsunterlagen und Informationen brauchte, Michels und ihre Mitarbeiter ermittelten. Der Ärztliche Leiter des Versorgungszentrums wurde zu elf Monaten Haft auf Bewährung verurteilt, legte Berufung ein – der Fall liegt weiterhin bei den Behörden. Die Chefermittlerin erzählt in dem Podcast, wie es überhaupt läuft mit



VERTRAUENSPERSON: Ein Arzt an seinem Schreibtisch – manche entpuppen sich aber auch als Betrüger. KKH-Chefermittlerin Dina Michels (kleines Bild) und NP-Redakteur Christian Lomoth sprechen über Abrechnungskriminalität. (Foto: Image, TVN)



„Die Gesundheit und mitunter sogar das Leben von Versicherten werden aufs Spiel gesetzt.“

DINA MICHELS
KKH-Chefermittlerin

den Abrechnungen und welche Möglichkeiten für einen Betrug gegeben sind. Im Jahr 2022 verursachten laut Michels Krankengymnastik- und Physiotherapiepraxen mit 428.800 Euro die höchste Schadenssumme bei der Krankenversicherung, gefolgt von Zahnärzten und -ärztinnen mit 122.900 Euro und Pflegeheimen mit 116.880 Euro. Es geht auch darum, welche schlimmen Folgen solche Betrügereien gerade für die Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen haben können.

Sie berichtet von ihrer Arbeit im Team, wie sie den Betrugern auf die

Schliche kommt – und über welche Möglichkeiten die Krankenkasse, aber auch die Patienten verfolgen. Und von einem Fall, der mit dem Tod eines Beteiligten endet.

Die Folge „Abzocker in Weiß“ ist Teil der mittlerweile fünften Staffel des Erfolgspodcasts True Crime in Hannover und wird wie alle Folgen von „www.visit-hannover.com“ präsentiert. Sie finden diese und alle anderen Folgen in der NP-App, unter www.neuepresse.de und überall dort, wo es Podcasts gibt – zum Beispiel bei Spotify, Amazon Music, Audible und bei vielen mehr.

Quelle: Wenn Ärzte Milliarden abzocken | Neue Presse | 27.10.2023

8 Privatinvestoren in der Gesundheitswirtschaft

Überall dort, wo es in der Gesundheitswirtschaft vorrangig um finanzielle Interessen geht, ist eine gesunde Skepsis angezeigt. Steht das Wohlergehen der Patient*innen noch im Mittelpunkt oder geht es vornehmlich um Profit? Private Investoren sind seit langem im Gesundheitsmarkt unterwegs. Vielen Akteuren im Gesundheitswesen fehlt der Background für betriebswirtschaftliches Denken. Nicht wenige stehen permanent kurz vor der Insolvenz. Genau das ist die Stunde der betriebswirtschaftlich durchgetakteten Privatinvestoren. Ihr Ziel ist oft der Aufbau bundesweit aufgestellter Ketten mit maximaler Gewinnoptimierung. Marode Krankenhäuser und in der Folge Arztpraxen werden an Finanzinvestoren verkauft, die Medizinische Versorgungszentren aufbauen, um sich fest im Markt zu etablieren.

Knapp 300 Mrd. Euro werden im Gesundheitsmarkt an die Anbieter von Leistungen verteilt. Eine Summe mit enormem Anreiz, für wenig Leistung hohe Profite zu erzielen. Dabei sind Privatinvestoren nicht per se zu verurteilen. Sofern es um betriebswirtschaftliches Handeln geht, um Leistungserbringern ein Überleben aus eigener Kraft zu ermöglichen, ist dies zu begrüßen. Das Bündeln des Einkaufs und der Verwaltungsaufgaben können hier Ansätze sein. Am Ende steht die Frage nach der wirtschaftlichsten und für das Gesamtsystem kostengünstigsten Leistungserbringung.

Der demographische Wandel trägt zur Ökonomisierung des Gesundheitssystems bei. Viele Anbieter von ärztlichen Leistungen finden keine Nachfolger für ihre Arztpraxen. Die Jüngeren unter ihnen wollen sich oft nicht selbstständig machen, sondern lieber in Angestelltenverhältnissen arbeiten. Gründe hierfür sind eine bessere Work-Life-Balance und der Wunsch, mehr Zeit für Familie und Kinder haben zu können. Hierbei handelt es sich um Ziele, die sowohl aus Gründen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sinnvoll sind als

auch aus gesellschaftspolitischen Erwägungen forciert werden. Diese Bedürfnisse prägen den berufspolitischen Rahmen unserer Gesellschaft und damit auch das Gesundheitswesen mit den hierdurch bedingten, erforderlichen Veränderungen.

Aber sind Privatinvestoren und der damit einhergehende Wandel des Gesundheitssystems zu einem profitorientierten Gesundheitsmarkt die richtige Antwort auf die daraus erwachsenden Fragen? Bringt Profitorientierung mehr Vorteile als Nachteile? Welche Rolle spielen die Private Equity (PE)-Unternehmen in der Gesundheitsbranche? Private Equity kann mit „außerbörslichem Eigenkapital“ übersetzt werden und bedeutet, dass es sich um eine Form von Beteiligungskapital handelt, welches nicht an der Börse gehandelt werden kann. Kapitalgeber sind oftmals Kapitalbeteiligungsgesellschaften, die auf diese Art der Beteiligungsform spezialisiert sind. Um die Rendite so attraktiv wie möglich zu gestalten, suchen sich PE-Unternehmen gezielt Leistungserbringer, die ein gutes Verhältnis zwischen Risiko und Rendite vorweisen können. Sie verfolgen die Strategie von

- Institutional Buy-outs (Käufe),
- Add-ons (Zukäufe),
- Build (Aufbau) und
- Exit (Verkauf),

wobei Gewinne in erster Linie durch die Verkäufe, nicht aus dem laufenden Geschäft generiert werden. Die Verkäufe erfolgen häufig an andere PE-Unternehmen (Secondary Buyouts). De facto kommen die Gewinne aus dem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem, was heißt, dass die Versicherten sie mit ihren Beiträgen finanzieren. Nicht nur deswegen stellt sich die Frage, wie Krankenkassen auf diese Entwicklung reagieren können, sollen oder sogar müssen.

Dieser Systemwandel ist seit langem bekannt und weitet sich permanent aus. Hierauf und vor allem auf die Auswirkungen dieses Wandels muss die Politik eine Antwort finden. In welche Richtung soll sich das Gesundheitssystem entwickeln?

Von 1998 bis 2019 entwickelte sich die Zahl der Private-Equity-Investments in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen von zwei auf 145. Im Jahr 2020 waren es bereits 176 (siehe: Bobsin, Rainer; Update 2020 (Webversion), Private Equity im Bereich der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland, Ergänzungsband 2020, 1. Auflage (Januar 2019)).

Betrachtet man nur den Bereich der Arzt- und Zahnarztpraxen sowie der Medizinischen Versorgungszentren, ist eine ähnliche Entwicklung festzustellen. Hier entwickelten sich die Käufe durch PE-Unternehmen von Praxen einschließlich Trägergesellschaften, wie Krankenhäuser und Dialysezentren, in der Zeit von 2007 bis 2022 von eins auf 174 (siehe: Bobsin, Rainer; Konzerne kaufen Arztpraxen, Offizin-Verlag, 1. Auflage (2023)).

Die Möglichkeit zur Gründung von MVZ regelte der Gesetzgeber zum 01.01.2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, das im Folgenden mehrere Änderungen erfuhr. Wegen der bis heute andauernden Kontroversen zu diesem Thema gab das Bundesministerium für Gesundheit ein Rechtsgutachten in Auftrag,

das im November 2020 mit dem Titel „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu MVZ“ veröffentlicht wurde (zum Download abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/rechtsgutachtenstand-und-weiterentwicklung-der-gesetzlichen-regelungen-zu-medizinischen-versorgungszentren-mvz>).

Die Gutachter untersuchten, ob der regulatorische Rahmen für MVZ in ihrer Gesamtheit sachgerecht ist, aber auch ausgewählte Einzelaspekte der MVZ-Regulierung. Eine Rolle spielte vor allem die Frage, ob die Regelungen für MVZ zum Schutz der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen vor sachfremden Einflüssen nichtärztlicher Inhaber ausreichen.

Im Ergebnis stellte das Gutachten fest, dass das derzeitige Schutzniveau grundsätzlich angemessen ist. Es enthält zugleich weitergehende Regelungsvorschläge zur Stärkung der ärztlichen Unabhängigkeit.

Politik und Gesetzgebung sind aufgerufen, die Auswirkungen dieser Entwicklung permanent zu beobachten und zu bewerten. Handlungsbedarf besteht jedenfalls dort, wo sich hohe Risiken für die Gesundheitsversorgung oder deren finanzielle Stabilität ergeben.

Hannover, den 07.03.2024



Dr. Wolfgang Matz
Vorsitzender des Vorstandes



Stephanie Engelmann
Mitglied des Vorstandes

KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61

30625 Hannover

kkh.de

