


# Fehlverhalten im Gesundheitswesen

**Bericht über die Arbeit und die Ergebnisse der Stellen  
zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

Analog §§ 197a SGB V und 47a SGB XI  
für den Zeitraum 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2021



**Arbeit und Ergebnisse der Stellen der AOKs zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sowie der Koordinierungsstelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im AOK-Bundesverband.**

**Der Bericht wurde auf der Grundlage der Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der folgenden AOKs erstellt:**

**AOK Baden-Württemberg  
AOK Bayern  
AOK Bremen/Bremerhaven  
AOK Hessen  
AOK Niedersachsen  
AOK Nordost  
AOK NORDWEST  
AOK PLUS  
AOK Rheinland/Hamburg  
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
AOK Sachsen-Anhalt**

**Berichtszeitraum: 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2021**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>4</b>	<b>5. Kennzahlen des Berichtszeitraums</b>	<b>16</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>	5.1. Standardisierte Fallerfassung des GKV-SV	16
<b>2. Grundlagen</b>	<b>6</b>	5.2. Hinweise	18
2.1. Gesetzlicher Auftrag	6	5.3. Verfolgte Fälle	18
2.2. Nähere Bestimmungen Standardisierte Fallerfassung des GKV-SV	7	5.4. Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	19
<b>3. Rahmenbedingungen im Zeitraum 2020/2021</b>	<b>8</b>	5.5. Schäden und gesicherte Forderungen	19
3.1. Besondere Rahmenbedingungen durch die Covid-19 Pandemie im Berichtszeitraum	8	5.5.1. Entstandener Schaden	19
3.2. StGB – Gefälschte Impfpässe	8	5.5.2. Verhinderter Schaden	19
3.3. Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG	8	5.5.3. Gesicherte Forderungen	20
3.4. Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG)	8	5.6. Verursacher	22
3.5. Antikorruptionsgesetz – Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen, §§ 299a und b	9	5.7. Vergleich AOK-Zahlen/GKV-Zahlen	23
<b>4. Organisation und Zusammenarbeit</b>	<b>12</b>	<b>6. Ausgewählte Fallbeispiele aus dem AOK-System</b>	<b>24</b>
4.1. Zusammenarbeit in der AOK-Gemeinschaft	12	<b>7. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen</b>	<b>34</b>
4.2. AOK-Bundesverband	12	<b>Anlagen</b>	
4.3. Kassenartenübergreifende Zusammenarbeit – auf Krankenkassenebene	12	Liste der Ansprechpartner	38
4.4. GKV-Spitzenverband	13	Gesetzestexte: § 197a SGB V und § 47a SGB XI	40
4.5. Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften und Polizei	13		
4.6. Vorgehen im Einzelfall	15		

# Vorwort



**Dr. Carola Reimann**  
Vorstandsvorsitzende

Strafbares Fehlverhalten ist ein Thema im Gesundheitswesen – leider. Lassen Sie uns offen damit umgehen!

Die in diesem Bericht vorgelegten Ergebnisse aus der erfolgreichen Fehlverhaltensbekämpfung der AOKs der Jahre 2020/2021 zeigen: Das nachgewiesene sträfliche Verhalten Einzelner belastet die Beitragszahlenden und entzieht der Solidargemeinschaft weiterhin erhebliche Finanzmittel. Somit ist es gerade auch in finanziell für die Kranken- und Pflegekassen herausfordernden Zeiten wichtiger denn je, die Fehlverhaltensbekämpfung ernsthaft zu betreiben und zu stärken. Ebenso zeigt der vorliegende Bericht, dass die AOKs den gesetzlichen Auftrag zur Fehlverhaltensbekämpfung gewissenhaft wahrnehmen. Wir setzen dabei auf eine erfolgreiche Kooperation untereinander und sind eng mit den bundesweiten und regionalen Institutionen der Fehlverhaltensbekämpfung vernetzt.



**Mathias Schadly**  
Leiter des Stabsbereichs  
Revision, Datenschutz,  
Fehlverhaltensbekämpfung

In den aktuellen Berichtszeitraum fallen erstmalig auch Effekte der Corona-Pandemie. COVID-19 brachte veränderte Leistungsanspruchnahmen, bspw. durch eine Verschiebung elektiver Eingriffe, Rettungsschirme und Testverordnungen. Hierbei trat zu Tage, medial genügend thematisiert, leider zu oft noch nicht sanktioniert, dass Vorteilsnahme und unzureichende Kontrollmechanismen Hand in Hand gehen.

Wir als AOK sehen diese Entwicklungen und sprechen sie an – für die Solidargemeinschaft und im Sinne unserer Rechtsordnung. Es ist nicht einzusehen, dass das Verhalten Einzelner den guten Ruf des selbstverwalteten Gesundheitswesens diskreditiert. Daher achten wir im Rahmen von Stellungnahmen zu neuen Gesetzen und Verordnungen verstärkt darauf, dass auch effektive Kontroll- und Sanktionsmechanismen von Anfang an mitgedacht werden, ebenso bei der Verhandlung von Versorgungsverträgen. Natürlich immer mit dem Ziel, dass man diese Werkzeuge möglichst nicht benötigt – sozusagen als Maßnahme der angezeigten kaufmännischen Vorsicht, nicht des generellen Misstrauens.

Dieser Bericht möchte nicht mit dem erhobenen Zeigefinger daherkommen, sondern lediglich die Defizite aufzeigen, Schwachpunkte benennen und Lösungsmöglichkeiten zur Diskussion stellen. Damit die gute Arbeit, die von vielen ehrlichen Menschen im deutschen Gesundheitswesen erbracht wird, nicht durch wenige schwarze Schafe in Misskredit gebracht wird.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Hinweisgebenden und Mitarbeitenden, die uns bei der Bekämpfung von Fehlverhalten präventiv sowie bei der Aufdeckung und Ermittlung von Sachverhalten unterstützen!

Berlin im Dezember 2022

# 1. Einleitung

Der vorliegende Bericht des AOK-Bundesverbandes fasst die Tätigkeiten und die Ergebnisse der elf AOKs im neunten Berichtszeitraum der Fehlverhaltensbekämpfung vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2021 zusammen. Auch in den beiden „Pandemie-Jahren“ sind dem Gesundheitswesen durch Fehlverhalten – insbesondere durch Korruption, Abrechnungsbetrug und Abrechnungsmanipulationen – wieder gewaltige Finanzmittel entzogen worden. Dieses Geld steht den Krankenkassen nicht mehr zur Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung. Im Berichtszeitraum 2020/2021 summierten sich die gesicherten und durch Urteile oder Vergleiche bestätigten Forderungen der AOK-Gemeinschaft auf insgesamt 35,4 Mio. Euro. Gleichzeitig summierten sich der entstandene Schaden, der von den AOKs ermittelt werden konnte, auf 73,1 Mio. Euro.

Die Corona-Pandemie hat in vielen Bereichen der Gesellschaft zu Verwerfungen geführt und deutliche Spuren hinterlassen. Auch in der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen haben sich ganz neue Herausforderungen ergeben. So missbrauchten Betrüger die Sondergesetzgebung in der Pandemie, um Millionen Euro für nicht durchgeführte Corona-Tests zu kassieren.<sup>1</sup> Der finanzielle Schaden ist groß und macht deutlich, dass Betrug auf Kosten der Solidargemeinschaft kein Kavaliersdelikt ist.

Durch die Corona-Pandemie wurde auch die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten erheblich beeinflusst. In den Lockdown-Phasen führten

Kontaktbeschränkungen dazu, dass der sonst übliche persönliche Kontakt zu Staatsanwaltschaften, Leistungserbringern, anderen Krankenkassen und weiteren Akteuren nicht gepflegt werden konnte. Schadensregulierungsgespräche im persönlichen Austausch mit den Betroffenen, die oft zu einer Schadensregulierung und zum Abschluss der Fälle führen, konnten nur unter erschwerten Bedingungen im Rahmen von Telefonkonferenzen stattfinden.

Auch auf die Dauer der Verfahren hat sich die Pandemie ausgewirkt. So konnten teilweise gerichtlich angeordnete Durchsuchungsbeschlüsse nicht realisiert werden, da die Strafverfolgungsbehörden aufgrund der Infektionsgefahr auf die Umsetzung dieser Beschlüsse verzichteten. Dies hat in vielen Fällen zu Verzögerungen bei der Aufklärung von Sachverhalten geführt. Als Folge dieser Verzögerungen ist in den nächsten Monaten mit einer steigenden Fallzahl zu rechnen.

Exemplarisch werden in diesem Bericht wieder ausgewählte Fehlverhaltensmuster aufgeführt und anonymisierte Fälle geschildert, die die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der AOK-Gemeinschaft im Berichtszeitraum verfolgt haben. Durch die regelmäßige Berichterstattung wollen wir die im Verborgenen stattfindende Kriminalität öffentlich machen, die Wahrnehmung für Fehlverhalten schärfen und das Problembewusstsein insbesondere bei politischen Entscheidungsträgern wecken.

<sup>1</sup> Mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurden weitreichende Änderungen im Infektionsschutzgesetz vorgenommen. Um einer Destabilisierung des gesamten Gesundheitssystems vorzubeugen, wurde die Bundesregierung in die Lage versetzt werden, schnell mit schützenden Maßnahmen einzugreifen, z. B. die millionenfachen Tests.

## 2. Grundlagen

Die gesetzliche Grundlage zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist für die Krankenkassen in § 197a SGB V und für die Pflegekassen in § 47a SGB XI verankert (vgl. Anlage). Eine entsprechende Vorschrift für die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen findet sich in § 81a SGB V.

### 2.1. Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Der Rechtsbegriff „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ umfasst nach § 197a Abs. 1 SGB V und § 47a SGB XI grundsätzlich alle Fälle und Sachverhalte, die auf eine „rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln“ oder darüber hinaus auf alle sonstigen „Unregelmäßigkeiten“ hindeuten. Die einzige gesetzliche Eingrenzung besteht in dem notwendigen Zusammenhang der betroffenen Finanzmittel mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse. Ob das Fehlverhalten durch Leistungserbringer, Arbeitgeber, Versicherte oder Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen begangen wurde, ist unerheblich.

Mit Blick auf die in § 197a Abs. 4 SGB V und § 47a SGB XI geregelte Pflicht, bei einem Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung die Staatsanwaltschaft zu unterrichten, wird vom Begriff „Unregelmäßigkeiten“ strafrechtlich relevantes Verhalten erfasst, das heißt vorsätzliche Vermögensstraftaten:

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

Hinzu kommen typische Begleitdelikte, wie zum Beispiel Urkundenfälschung (§ 267 StGB), oder das Fälschen bzw. Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§§ 277, 278 StGB) sowie einschlägige Straftatbestände des Nebenstrafrechts (z. B. § 29 BtMG oder § 95 AMG) und Ordnungswidrigkeiten.

Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch, die nicht vom Begriff der „Unregelmäßigkeiten“ erfasst werden, fallen unter den Begriff der „rechtswidrigen Nutzung von Finanzmitteln“, ohne dass es auf ein Verschulden ankommt.

Damit können – letztlich im Sinne eines Auffangtatbestandes – alle (nach dem geltenden Strafrecht straflosen) regelwidrigen Vermögensverfügungen zu Lasten der Finanzmittel der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung erfasst werden. Dazu zählen nicht nur Verstöße gegen sozialgesetzliche Verbote, z. B.

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

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

## 2.2. Nähere Bestimmungen und Standardisierte Fallerfassung des GKV-SV

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen vom 04. Juni 2016 wurde der GKV-SV im neu eingefügten Abs. 6 des § 197a SGB V verpflichtet, nähere Bestimmungen über die Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu treffen. Der GKV-SV hat deshalb die „Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a Abs. 6 SGB V und § 47a SGB XI“ getroffen, die zum 01. Januar 2018 in Kraft getreten sind.

Zur Schaffung einer besseren Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit sowie Transparenz der Berichte aller Krankenkassen wurde von der AG Fehlverhalten des GKV-SV eine „Standardisierte Fallerfassung“ entwickelt, mit deren Hilfe eine Vereinheitlichung der den Berichten zugrundeliegenden Falldaten angestrebt wird. Sie wurden durch eine Arbeitsgruppe im GKV-SV und in Zusammenarbeit mit allen Verbänden der Krankenkassen erarbeitet, an der auch die AOK-Gemeinschaft beteiligt ist. Ab dem Berichtszeitraum 2018/2019 ergaben sich Neuregelungen zur Organisation und Arbeit der Stellen sowie Änderungen in Bezug auf die in den Tätigkeitsberichten enthaltenen Kennzahlen.

Durch die Weiterentwicklung der Näheren Bestimmungen erhebt der GKV-SV seit der Berichtsperiode 2018/2019 weiterreichende Kennzahlen. Hierzu zählen die Anzahl der hinter den Hinweisen und Fällen stehenden Verursacher, also die Leistungserbringer, Versicherten oder Sonstige (z. B. unbekannte Täter). Des Weiteren sind nicht nur die gesicherten Forderungen, sondern auch die entstandenen Schäden zu dokumentieren.

Die Erfassung der neuen Kennzahlen soll zu mehr Transparenz führen und kann helfen, aufzuzeigen, welche Tatbeteiligten welche Schäden verursacht haben. So wurde in der Vergangenheit ein Betrug im Bereich Pflegeversicherung häufig mit einem Betrug durch Pflegedienste gleichgesetzt. Dabei wurde übersehen, dass auch Versicherte, Familienangehörige oder sonstige Personen (z. B. Betreuer) Täter oder Tatbeteiligte bei einem Betrug im Bereich Pflegeversicherung sein können.

Alle Kranken- und Pflegekassen erheben zu diesem Zweck im Bereich der Fehlverhaltensbekämpfung abgestimmte Basisdaten nach einem standardisierten Verfahren. Auf Basis der standardisierten Daten werden in jeder Krankenkasse einheitliche Kennzahlen berechnet, die in die Berichte der jeweiligen Krankenkasse eingehen und die Möglichkeit bieten, einen Überblick über die Bekämpfung von Fehlverhalten zu erhalten.

## 3. Rahmenbedingungen im Zeitraum 2020/2021

### 3.1. Besondere Rahmenbedingungen durch die Covid-19 Pandemie im Berichtszeitraum

Der Berichtszeitraum 2020/2021 war gekennzeichnet durch die Covid-19 Pandemie. Zahlreiche neue Gesetze sind in Kraft getreten, die direkt bzw. indirekt Auswirkungen auf die Tätigkeit der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten hatten.

Auch durch die im Kontext der Pandemie notwendigen Kontaktbeschränkungen wurden rechtliche Rahmenbedingungen verändert, z. B.:

- Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) bei Pflegediensten und zur Sicherstellung der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (HKP) gemäß § 132a SGB V waren zeitlich begrenzt nicht möglich,
- Sonderregelungen u. a. mit ambulanten Pflegediensten wurden getroffen, so dass z. B. einfache Maßnahmen der HKP durch nicht qualifiziertes Personal erbracht werden durften. Die verantwortliche Pflegefachkraft musste aber sicherstellen, dass die Pflegekräfte entsprechend ihrer Eignung eingesetzt werden,
- Begutachtungen im Rahmen der Anträge auf die Anerkennung von Pflegegraden wurden – ebenso wie erforderliche Nachbegutachtungen – phasenweise ausschließlich per Telefoninterview durchgeführt. Begutachtungen im Wohnumfeld der Antragstellenden waren eine seltene Ausnahme.

### 3.2. StGB – Gefälschte Impfpässe

Im Zuge der Corona-Pandemie sind Schlupflöcher in der Gesetzgebung zu Tage getreten, die vorher von gar keiner bzw. nur von geringer Relevanz waren bzw. die so vorher nicht beobachtet werden konnten – beispielsweise das Fälschen von Impfpässen, Impfzertifikaten. Daher erfolgte eine wichtige Gesetzesänderung am 24. November 2021. Die §§ 277, 278 und

279 des Strafgesetzbuches (StGB) wurden geändert, durch die sichergestellt wurde, dass Tatbestände im Zusammenhang mit gefälschten Impfpässen seit Inkrafttreten dieser Änderungen erstmals strafbar sind. Strafbewehrt sind künftig mehrere Tatbestände im Zusammenhang mit gefälschten Impfpässen:

1. Unbefugtes Ausstellen von Gesundheitszeugnissen,
2. Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse,
3. Gebrauch unrichtiger Gesundheitszeugnisse.

Gesundheitszeugnisse werden außerdem in § 281 StGB Ausweispapieren und Zeugnissen/Urkunden gleichgestellt. Diese Novellierung hat natürlich auch Auswirkungen auf die Ermittlungsbehörden. Erste Erfahrungen dürften jedoch erst für den Tätigkeitsbericht 2022/2023 vorliegen.

### 3.3. Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG

Zu den Gesetzen, die ebenfalls im Berichtszeitraum in Kraft traten, gehört das Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG). Spätestens ab Januar 2023 sollen Abrechnungen in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege eine, jeder Pflegekraft eindeutig zuzuordnende, lebenslang geltende Beschäftigtennummer sowie Angaben zu ihrer Einsatzzeit tragen müssen. Der Gesetzgeber griff damit eine Forderung der Krankenkassen auf, durch die zukünftiges Fehlverhalten besser identifiziert bzw. verhindert werden kann.

### 3.4. Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG)

Der Betrug in der außerklinischen Intensivpflege stellt einen hohen Kostenfaktor dar, denn in der Intensivpflege müssen die Pflegekräfte besondere Qualifikationen nachweisen. Die Nachfrage nach qualifizierten Fachkräften übersteigt die, durch den



Arbeitsmarkt zur Verfügung gestellte Anzahl an entsprechend ausgebildeten Fachkräften um ein Vielfaches. Diese Tatsache führte dazu, dass häufig auf ausländisches Personal zurückgegriffen wurde, das allerdings oft nicht die Qualifizierungsanforderungen erfüllt. Kassenübergreifende Verträge gibt es hier noch nicht, sodass jede Kasse individuelle Regelungen hinsichtlich der Mindestqualifikation der eingesetzten Mitarbeitenden trifft.

Der Gesetzgeber hat den daraus resultierenden Handlungsbedarf erkannt und mit Inkrafttreten des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) zum 29. Oktober 2020 die außerklinische Intensivpflege (AKI) aus der häuslichen Krankenpflege ausgegliedert und als eigenständige Leistung in § 37c SGB V verankert. Nur bestimmte Fachärztinnen und Fachärzte dürfen hier z. B. die Leistung verordnen. Zudem sollen künftig einheitliche kassenübergreifende Verträge geschlossen werden. Der Gesetzgeber hat somit die Rahmenbedingungen für eine transparente Versorgung und Abrechnung geschaffen. Ende 2021 wurde eine Erstfassung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-Richtlinie) beschlossen, die nun in der Praxis umgesetzt werden muss.

### 3.5. Antikorruptionsgesetz - Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen, §§ 299a und b StGB

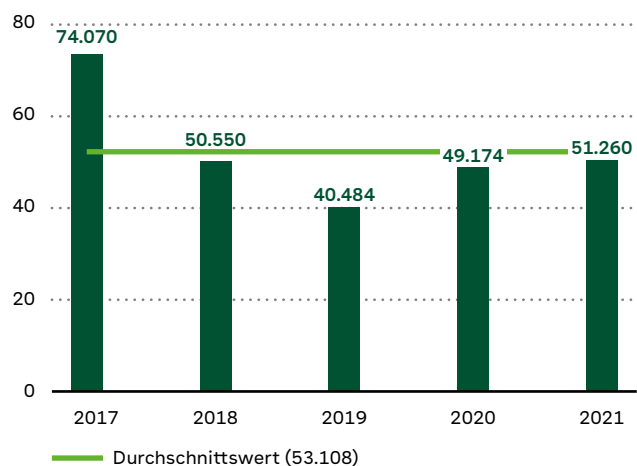
Aufgrund des BGH-Beschlusses des Gemeinsamen Senats<sup>2</sup> wurden mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen die §§ 299a StGB (Bestechlichkeit im Gesundheitswesen) und 299b StGB (Bestechung im Gesundheitswesen) neu

eingeführt. Die Neuschaffung der Straftatbestände soll der Integrität heilberuflicher Entscheidungen und der Effizienz des Gesundheitswesens dienen.

Bei Verstößen gegen § 299a StGB und § 299b StGB, drohen Geldstrafen oder bis zu drei Jahre Freiheitsstrafe, in besonders schweren Fällen bis zu fünf Jahre Freiheitsstrafe (§ 300 StGB).

Waren die Zahlen zu den neuen Korruptionstatbeständen zum Zeitpunkt des letzten Tätigkeitsberichts 2018/2019 noch nicht besonders aussagefähig, so geben die neueren Zahlen ein besseres Bild über die massiv gestiegenen Korruptionsstraftaten im Gesundheitswesen ab.

**Abb. 1: Fallentwicklungen Wirtschaftskriminalität<sup>3</sup>**



<sup>2</sup> BGH v. 29.03.2012 - GSSt 2/11 - NJW 2012, 2530;

<sup>3</sup> Vgl. S. 5, Bundeslagebild 2021 Wirtschaftskriminalität, Bundeskriminalamt Wiesbaden, Juni 2022

Das BKA führt im aktuellsten Bundeslagebild 2021 mit dem Schwerpunkt Wirtschaftskriminalität<sup>4</sup> unter dem Punkt „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“ ebenfalls weiter steigende Fallzahlen auf. Diese Zahlen werden auch durch das ebenfalls vom BKA

veröffentlichte Bundeslagebild 2021 Korruption untermauert. Insbesondere ist ein starker Anstieg von Fällen die unter Bestechung bzw. Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§§ 299 a und b StGB) fallen zu verzeichnen.

**Tabelle 1: Entwicklung in den einzelnen Bereichen der Wirtschaftskriminalität<sup>5</sup>**

Deliktsbereich	Fälle 2021 (2020)	Tendenz	Tatverdächtige 2021 (2020)	Tendenz	Schaden in Mio. Euro 2021 (2020)	Tendenz
Wirtschaftskriminalität gesamt	51.260 (49.174)	↗	28.989 (28.509)	↗	2.441 (3.011)	↘
Wirtschaftskriminalität bei Betrug	33.454 (27.907)	↗	16.262 (14.316)	↗	1.121 (725)	↗
Insolvenzdelikte	6.892 (8.635)	↘	6.682 (7.898)	↘	973 (1.109)	↘
Anlage- und Finanzierungsdelikte	4.671 (5.310)	↘	1.191 (1.175)	↗	590 (423)	↗
Wettbewerbsdelikte	1.068 (1.137)	↘	1.049 (1.172)	↘	16 (2,5)	↗
Arbeitsdelikte	4.677 (6.231)	↘	2.776 (3.576)	↘	53 (56)	↘
Betrug/Untreue i. Z. m. Kapitalanlagen	4.255 (4.865)	↘	809 (709)	↗	585 (429)	↗
Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen	11.328 (3.840)	↗	1.760 (1.559)	↗	58 (38)	↗

Die Bundeslageberichte Korruption des Bundeskriminalamtes zeichnen seitdem folgende Entwicklung auf:

**Tabelle 2: Übersicht der Korruptionsstraftaten<sup>6</sup>**

Straftat	2017	2018	2019	2020	2021	Tendenz
§ 299 StGB - Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr	1.197	535	729	748	735	↘
§ 299a StGB - Bestechlichkeit im Gesundheitswesen	624	40	135	165	393	↗
§ 299b StGB - Bestechung im Gesundheitswesen	66	29	146	46	172	↗
§ 300 StGB - Besonders schwere Fälle der Bestechlich- keit im Gesundheitswesen	2	2	138	2	0	↘

4 Vgl. S. 5, Bundeslagebild 2021 Wirtschaftskriminalität, Bundeskriminalamt Wiesbaden, Juni 2022

5 Vgl. S. 6, Bundeslagebild 2021 Wirtschaftskriminalität, Bundeskriminalamt Wiesbaden, Juni 2022

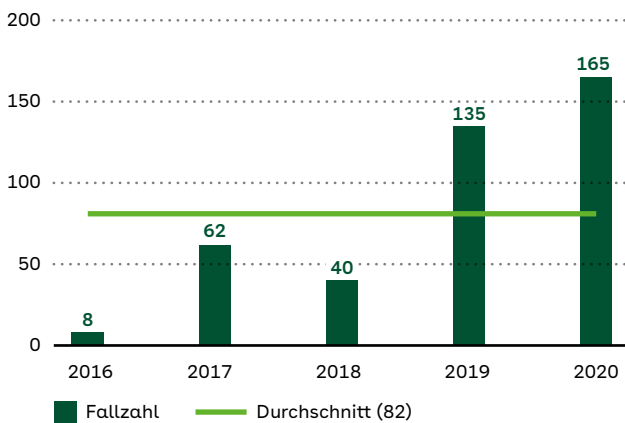
6 Vgl. S. 6, Bundeslagebild 2019 Korruption, Bundeskriminalamt Wiesbaden, November 2020; S. 9, Bundeslagebild 2020 Korruption, Bundeskriminalamt Wiesbaden, September 2021 sowie S. 7, Bundeslagebild 2021 Korruption, Bundeskriminalamt Wiesbaden, August 2022

Die Fallzahl bei Bestechlichkeit im Gesundheitswesen gem. § 299a StGB stieg laut BKA in 2021 stark an und erreichte einen bisherigen Höchststand. Die Anzahl der Fälle von Bestechung im Gesundheitswesen gem.

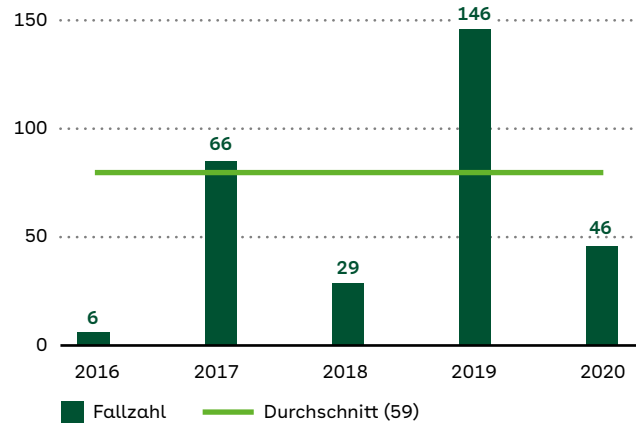
§ 299b StGB stieg ebenfalls stark und markiert in 2021 ihren traurigen Höchststand, wie aus der nachfolgenden Grafik zu entnehmen ist.

**Abb. 2: Fallentwicklungen (§ 299a und § 299b StGB)**

#### § 299a StGB – Fallentwicklung



#### § 299b StGB – Fallentwicklung



Das BKA konstatiert: „Im Bereich Korruption ist weiterhin von einem großen Dunkelfeld auszugehen. Da es sich bei Korruptionsstraftaten um sogenannte Täter-Täter-Delikte handelt, wird nur ein Teil aller begangenen Korruptionsstraftaten polizeilich bekannt und findet somit Eingang in die Statistik.“<sup>7</sup>

Das gesamtgesellschaftliche Bedrohungspotenzial durch Korruption wird auch am registrierten Gesamtschaden deutlich. Eine erfolgreiche Korruptionsbekämpfung setzt nach Ansicht des BKAs zielgerichtete Präventionsmaßnahmen in den besonders

korruptionsgefährdeten Bereichen von Behörden und Unternehmen voraus. Insofern sind die bislang von Bund und Ländern sowie in Unternehmen ergriffenen Maßnahmen zur Verhinderung korruptiver Strukturen konsequent fortzusetzen und weiterzuentwickeln. Hierzu zählen beispielsweise spezielle Aus- und Fortbildungsangebote sowie Sensibilisierungsmaßnahmen, zeitgemäße Aufklärungskampagnen mittels zielgruppenspezifischer Medien und die weitere Etablierung von Compliance-Strukturen sowie organisatorische und personelle Vorkehrungen.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Vgl. S. 21, Bundeslagebild 2020 Korruption, Bundeskriminalamt Wiesbaden, Juni 2021

<sup>8</sup> Vgl. S. 21, Bundeslagebild 2020 Korruption, Bundeskriminalamt Wiesbaden, Juni 2021

## 4. Organisation und Zusammenarbeit

### 4.1. Zusammenarbeit in der AOK-Gemeinschaft

Da der Verdacht auf ein Fehlverhalten in vielen Fällen nicht an der Landesgrenze und der damit oftmals verbundenen Grenze des Geschäftsgebietes einer AOK endet, müssen die Fehlverhaltensstellen der AOKs untereinander, aber auch mit anderen Kassenarten zusammenarbeiten, um Hinweisen nachzugehen und Fälle erfolgreich ermitteln und abschließen zu können.

Zur optimalen Zusammenarbeit der AOK-Gemeinschaft im Bereich Fehlverhaltensbekämpfung wurde im Jahr 2011 eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Diese wurde 2018/2019 überarbeitet und gilt seit dem 01. April 2019. Sie regelt neben den Grundsätzen zur Zusammenarbeit auch die Grundlagen der wechselseitigen Beauftragung und Fallbearbeitung sowie das Vorgehen im Rahmen der Schadensregulierung und Verteilung von zurückgeholten Geldmitteln.

### 4.2. AOK-Bundesverband

Der AOK-Bundesverband bündelt als Koordinierungsstelle für die Fehlverhaltensbekämpfung die Anforderungen der AOK-Gemeinschaft und vertritt diese auf der Bundesebene gegenüber der Politik, dem Gesetzgeber und im GKV-SV. Darüber hinaus stellt der AOK-Bundesverband eine Gremienstruktur zur Entscheidungsfindung sowie eine Kommunikationsplattform zur Verfügung, um den Informationsaustausch der Fehlverhaltensbeauftragten der AOKs zu unterstützen.

Im Rahmen der AOK-übergreifenden Zusammenarbeit finden unter der Leitung des AOK-Bundesverbandes regelmäßig Arbeitstreffen des Fachteams Fehlverhaltensbekämpfung statt. In den Sitzungen werden strategische und politische Fragestellungen sowie

gesetzliche Rahmenbedingungen der Fehlverhaltensbekämpfung erörtert. Ebenso erfolgt auf Ebene des AOK-Bundesverbandes eine Vernetzung mit anderen Fachgremien im AOK-System.

Zudem finden anlassbezogen Fallkonferenzen statt, bei denen AOK-übergreifende Sachverhalte besprochen werden. Im Rahmen der Arbeitssitzungen erfolgt ein fallorientierter Austausch über Sachverhaltskonstellationen und Vorgehens- bzw. Tatmuster im Fehlverhalten. In der Regel vom Ortsprinzip ausgehend übernehmen AOKs die Fallfederführung für das gesamte AOK-System, wenn überregionale Sachverhalte nachzuverfolgen sind. Die fallfederführende AOK unterrichtet dann die jeweils betroffenen AOKs regelmäßig über den Fortgang der Ermittlungen und übernimmt z. B. die Vertretung aller gegenüber Staatsanwaltschaften und Gerichten sowie die Schadensregulierung. Bei besonders komplexen Sachverhalten werden auch Arbeitsgruppen aus mehreren – in der Regel drei bis vier – AOKs gebildet, die dann den Sachverhalt arbeitsteilig lösen.

Durch diesen Austausch erfüllen die Vereinbarungspartner die gesetzlich normierte Pflicht zur Zusammenarbeit gem. § 197a Abs. 3 SGB V innerhalb der AOK-Gemeinschaft.

### 4.3. Kassenartenübergreifende Zusammenarbeit

Der § 197a SGB V verpflichtet die Krankenkassen in Abs. 3 Satz 1 dazu, bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten. Als Grundlage der Zusammenarbeit haben die Krankenkassen in vielen Bundesländern ebenfalls Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen. Die AOKs treffen sich regelmäßig mit den anderen Krankenkassenverbänden auf Ebene der Bundesländer und informieren sich gegenseitig über festgestellte Sachverhaltskonstellationen und beschließen eine gemeinsame Vorgehensweise.

Auf Basis der Kooperationsvereinbarungen können einzelne Kranken- und Pflegekassen bei örtlicher Zuständigkeit federführend für nahezu die gesamte GKV Aufgaben übernehmen. Dies sorgt für ein einheitliches und zielgerichtetes Vorgehen gegenüber Dritten und kann helfen, den Ermittlungsaufwand bei Polizei und Staatsanwaltschaft zu verkürzen und somit die Verfahren zu beschleunigen.

#### 4.4. GKV-Spitzenverband

Die kassenartenübergreifende Zusammenarbeit auf strategischer Ebene koordiniert die beim GKV-SV etablierte Stelle „Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen“. In einer innerhalb der Gremienlogik des GKV-SV eingerichteten Arbeitsgruppe treffen sich Fehlverhaltensbeauftragte der Krankenkassen und Verbände, um sich über das gemeinsame und strukturierte Vorgehen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen abzustimmen. Regelmäßige Schwerpunkte der Beratungen sind insbesondere gesetzliche Entwicklungen, Abstimmung von Stellungnahmen oder auch die Weiterentwicklung der Anwendung zur Fallerfassung.

Der GKV-SV stellt den gesetzlich geforderten Erfahrungsaustausch zwischen allen Kranken- und Pflegekassen, den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, den berufsständischen Kammern und den Staatsanwaltschaften in geeigneter Form, zum Beispiel Fachtagungen, sicher. Auch die Aufsichtsbehörden werden über das Ergebnis dieses Erfahrungsaustauschs informiert.

Der AOK-Bundesverband und die AOKs nehmen regelmäßig an den jährlichen Fachtagungen des GKV-SV teil, bei denen auch Staatsanwaltschaften und Kriminalbeamtinnen und -beamte aus den

unterschiedlichsten Regionen Deutschlands anwesend sind. Hierdurch wird ein intensiver Austausch über die jeweiligen Fachthemen sichergestellt.

#### 4.5. Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften und Polizei

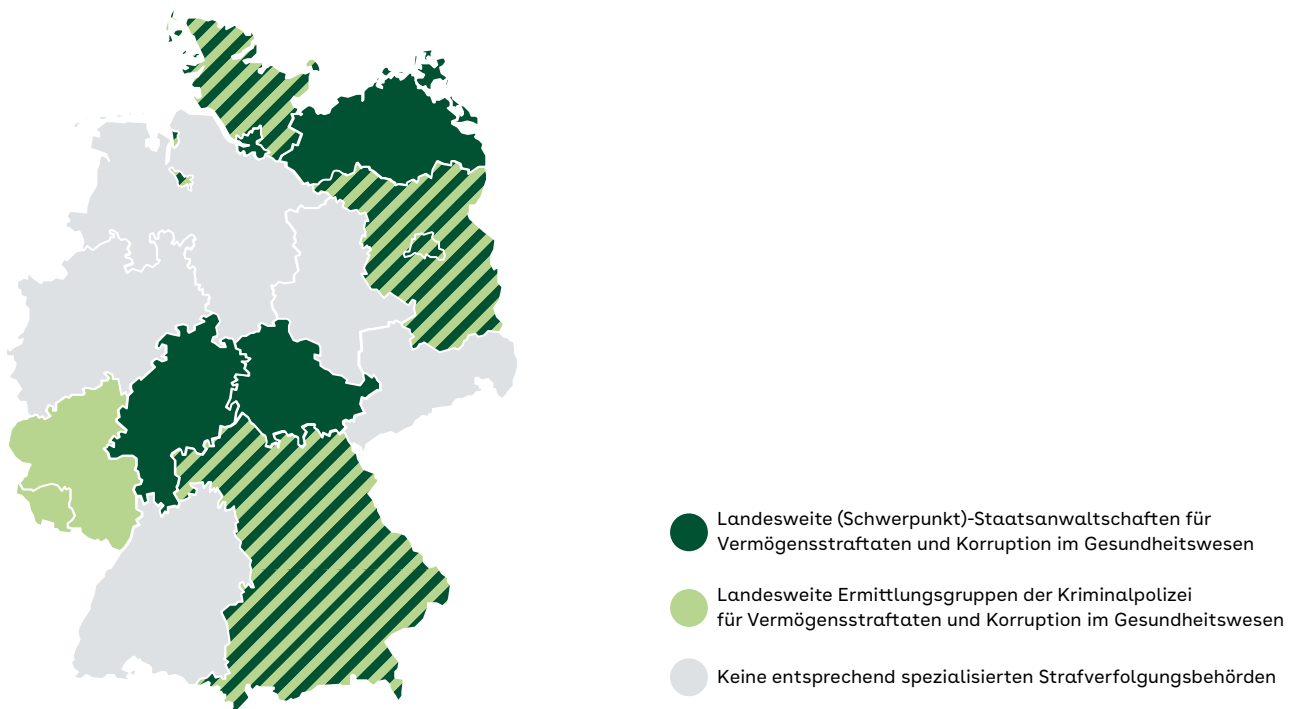
Die Zusammenarbeit mit den Polizeibehörden und Staatsanwaltschaften gestaltet sich länderspezifisch unterschiedlich. In manchen Ländern bestehen Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Fehlverhalten beziehungsweise Betrug im Gesundheitswesen, wie in Bayern, Brandenburg, Thüringen, Hessen, Schleswig-Holstein und in Mecklenburg-Vorpommern. In Bremen besteht in dem Bereich für Wirtschaftskriminalität eine Sonderzuweisung für Betrug im Gesundheitswesen von Angehörigen von Heilberufen. In Bayern wurden die drei Schwerpunktstaatsanwaltschaften „Betrug im Gesundheitswesen“ im Jahr 2020 nochmals gebündelt. Es wurde eine Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg eingerichtet. Seitdem kümmern sich 14 Staatsanwältinnen und Staatsanwälte um mögliche Betrugs- und Korruptionsfälle aus dem Gesundheitswesen. Unterstützt werden sie von medizinischem Fachpersonal und einem IT-Forensiker. Die Zentralstelle für Betrugs- und Korruptionsfälle aus dem Gesundheitswesen hat seit September 2020 bereits 445 Verfahren eingeleitet.<sup>9</sup> In Hessen wurde die an die Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt angegliederte Zentralstelle für Medizinwirtschaftsstrafrecht zum 31. Dezember 2020 aufgelöst. Seit dem 01. Januar 2021 hat die neu gegründete Zentralstelle für Medizinwirtschaftsstrafrecht bei der Staatsanwaltschaft Fulda die Verfahrensbearbeitung übernommen. Seitdem werden dort alle Verfahren bearbeitet, die dem Leistungserbringensektor der

<sup>9</sup> Vgl. S. 17, Operation Goldgrube, WirtschaftsWoche 17.06.2022

Krankenkassen sowie den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zugeordnet werden. Alle anderen Verfahren, wie z. B. gegen Versicherte und Arbeitgeber als Beschuldigte sowie alle Pflegedienstverfahren werden in den regionalen Staatsanwaltschaften bearbeitet. Und in Sachsen gibt es bis dato zwar noch keine Schwerpunktstaatsanwaltschaften, jedoch haben die Staatsanwalt-

schaften innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs das Thema Fehlverhalten im Gesundheitswesen gebündelt. So haben beispielsweise die Staatsanwaltschaften Dresden und Leipzig Abteilungen mit mehreren Personen und bei den Staatsanwaltschaften in Görlitz und Zwickau gibt es jeweils eine (Ober-) Staatsanwältin für dieses Thema.

**Abb. 3: Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen**



Quelle: GKV-Spitzenverband, Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Berlin 2020

In den vier Bundesländern Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt, gibt es jedoch nicht einmal landesweite Ermittlungsgruppen der Kriminalpolizei für Vermö-

gensstraftaten im Gesundheitswesen bzw. keine Schwerpunktstaatsanwaltschaften, die auf eben diese Fälle spezialisiert wäre.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Vgl. S. 19, Operation Goldgrube, WirtschaftsWoche 17.06.2022

Daher ist eine der wichtigsten Forderungen der AOK, dass in allen Bundesländern entsprechende Schwerpunktstaatsanwaltschaften mit landesweiter Zuständigkeit aufgebaut werden.

Eine effiziente Verfolgung wird durch die eingeschränkten personellen Ressourcen der „normalen“ Ermittlungsbehörden erschwert. Eine fachliche Spezialisierung innerhalb der Strafverfolgungsbehörden würde die Verfolgung erheblich stärken.

Die weitere Zusammenarbeit wird in einigen Ländern derart gestaltet, dass einige AOK-Fehlverhaltensbeauftragte Vorträge an Polizeihochschulen, bei der Kriminalpolizei oder anderen Ermittlungsbehörden halten. Ebenso fanden mehrere Hospitationen von Polizeibeamtinnen und -beamten in den AOKs mit dem Ziel statt, deren sozialrechtliche Kenntnisse für die polizeilichen Ermittlungen zu erweitern. Umgekehrt hospitierten AOK-Mitarbeitende bei Ermittlungsbehörden.

Die Strafverfolgungsbehörden greifen immer wieder auf das Spezialwissen und die Kenntnisse der AOKs zurück. Die Mitarbeitenden der AOKs unterstützen die polizeilichen und staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen mit ihrer Fachkenntnis. Dies betrifft beispielsweise die Schadensberechnung oder auch qualifizierte Zeugenaussagen in Gerichtsverhandlungen.

## 4.6. Vorgehen im Einzelfall

In den AOKs sind die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen unterschiedlichen Bereichen zugeordnet, wie z. B. dem Justizariat, dem Bereich Revision oder sie sind als eigener Stabsbereich eingerichtet. Die Stellen sind unabhängig und haben in der Regel den erforderlichen direkten Zugang zum Vorstand.

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der AOKs erhalten externe sowie interne Hinweise. Der Großteil der Hinweise stammt von externen Hinweisgebern, z. B. von Versicherten und deren Angehörigen, von Staatsanwaltschaften und Polizei, Mitarbeitenden der Leistungserbringer.

Nach Eingang der Hinweise und deren Aufnahme in eine Datenbank prüfen die Mitarbeitenden, ob der aufgenommene Fall ein Fehlverhalten darstellt und welche Möglichkeiten zur Nachweisführung des Fehlverhaltens bestehen.

Die anschließende umfassende Recherche zu den Sachverhalten erfolgt unter Berücksichtigung aller relevanten rechtlichen Grundlagen und vertraglichen Vereinbarungen. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit den jeweilig zuständigen Fachbereichen.

Nach Abschluss der Recherchen wird geprüft, ob ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bzw. Pflegeversicherung besteht und somit eine Mitteilung an die zuständige Ermittlungsbehörde erfolgen muss (vgl. § 197a Abs. 4 SGB V). Ebenfalls wird mit den zuständigen Fachbereichen die weitere Verfahrensweise für den sozialversicherungsrechtlichen Bereich abgestimmt.

Neben dem nun gegebenenfalls laufenden Ermittlungs-/Strafverfahren wird geprüft, wie der bei der AOK entstandene Schaden durch den Vertragspartner, Leistungserbringer oder Versicherten reguliert werden kann.

## 5. Kennzahlen des Berichtszeitraums 2020/2021

### 5.1. Standardisierte Fallerfassung des GKV-SV

Die Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der einzelnen Krankenkassen werden anhand vergleichbarer Kennzahlen im Wege der „Standardisierten Fallerfassung“, dokumentiert, die durch den GKV-SV vorgegeben sind.

Die Kennzahlen werden in zwei Tabellenblättern dargestellt. Hierbei wird in Teil 1 über die Summe der Hinweise, Fälle, Schäden und Forderungen sowie Strafanzeigen nach den jeweils betroffenen Leistungsbereichen berichtet. Dieser Berichtsteil wurde noch um die Kennzahlen der „nachgewiesenen Fälle“,

der „entstandenen Schäden“ sowie des „verhinderten Schadens“ ergänzt. Teil 2 gibt Auskunft darüber, welche Hinweise durch welche Leistungserbringer, Versicherte, Arbeitgebende und Mitarbeitende der Kranken- und Pflegekasse verursacht wurden, siehe Kapitel 5.6.

Man unterscheidet somit in den beiden Tabellen zwischen den betroffenen Leistungsbereichen, in denen der Krankenkasse ein Schaden entstanden ist, und Verursachern, d. h. welche Leistungserbringer, Versicherte oder Mitarbeitenden für einen Schaden verantwortlich sind.

Entsprechend dieser Systematik weist die AOK-Gemeinschaft für den Berichtszeitraum 01. Januar 2020 bis 31. Dezember 2021 folgende Kennzahlen aus:

**Tabelle 3: Übersicht der eingegangenen Hinweise, Fälle, Meldungen bei der Staatsanwaltschaft**

Inhaltsbeschreibung	2018/2019	2020/2021	Differenz zum vorhergehenden Bericht	Relative Änderung
<b>1. Anzahl der eingegangenen Hinweise insgesamt</b>	<b>11.082</b>	<b>9.382</b>	<b>-1.700</b>	<b>-15,34%</b>
1.1 Anzahl der externen Hinweise	6.126	5.647	-479	-7,82%
1.2 Anzahl der internen Hinweise	4.956	3.735	-1.221	-24,65%
<b>2. Anzahl der verfolgten Fälle</b>	<b>15.294</b>	<b>13.662</b>	<b>-1.632</b>	<b>-10,67%</b>
2.1 Anzahl verfolgter Bestandsfälle	5.860	6.262	402	6,86%
2.2 Anzahl verfolgter Neufälle	9.434	7.400	-2.034	-21,56%
<b>3. Anzahl der abgeschlossenen Fälle</b>	<b>9.051</b>	<b>7.432</b>	<b>-1.619</b>	<b>-17,89%</b>
<b>4. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft</b>	<b>1.513</b>	<b>1.347</b>	<b>-166</b>	<b>-10,97%</b>
<b>5. Höhe der gesicherten Forderungen in Euro</b>	<b>37.185.178</b>	<b>35.404.601</b>	<b>-1.780.577</b>	<b>-4,79%</b>



Tabelle 4: Teil 1 – Summe der Hinweise, Fälle und Schäden nach jeweils betroffenen Leistungsbereichen

	Hinweise		Verfolgte Fälle		Abgeschlossene Fälle		Schäden			
	Anzahl der eingegangenen externen Hinweise	Anzahl der eingegangenen internen Hinweise	Anzahl der verfolgten Bestandsfälle	Anzahl der verfolgten Neufälle	Anzahl der abgeschlossenen Fälle insgesamt	Anzahl der nachgewiesenen Fälle	Entstandener Schaden in Euro	Gesicherte Forderungen in Euro	Verhinderter Schaden in Euro	Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft
<b>a) Krankenversicherung (SGB V):</b>										
aa) Ärztliche Leistung	499	154	428	477	441	154	6.675.640,2	2.956.450,1		56
bb) Zahnärztliche Leistung	141	172	212	281	227	78	374.277,84	504.556,24		5
cc) Arznei- und Verbandmittel	528	922	926	1.294	1.320	508	13.824.921	5.228.540,0		191
dd) Heilmittel	571	273	875	732	705	346	5.509.368,2	5.075.506,6		111
ee) Hilfsmittel	178	342	362	460	601	297	2.963.775,2	1.419.053,2		34
ff) Krankenhausbehandlung	165	43	141	113	119	42	10.223.569	2.968.870,1		11
gg) Fahrkosten	104	47	117	113	120	46	7.199.424,2	3.246.180,7		23
hh) Vorsorge und Rehabilitation	33	19	33	36	37	14	101.623,48	50.629,27		1
ii) Soziale Dienste, Prävention	19	16	31	40	45	23	26.783,47	25.893,97		7
jj) Schwangerschaft/Mutterschaft	56	93	87	139	141	75	1.106.893,7	410.378,50		11
kk) Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	736	333	1.165	877	1.115	593	14.427.657	8.674.079,5		121
<b>b) Pflegeversicherung (SGB XI)</b>	<b>1.137</b>	<b>392</b>	<b>824</b>	<b>1.066</b>	<b>989</b>	<b>436</b>	<b>5.988.426,7</b>	<b>2.579.306,5</b>		<b>222</b>
<b>c) Versichertenbezogene Leistungen</b>	<b>1.120</b>	<b>776</b>	<b>797</b>	<b>1.442</b>	<b>1.239</b>	<b>403</b>	<b>2.931.678,3</b>	<b>1.546.089,1</b>		<b>471</b>
<b>d) Arbeitgeberbezogene Leistungen</b>	<b>143</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>161</b>	<b>172</b>	<b>70</b>	<b>1.440.702,2</b>	<b>484.232,57</b>		<b>52</b>
<b>e) Sonstige Fälle</b>	<b>217</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>169</b>	<b>160</b>	<b>41</b>	<b>268.196,04</b>	<b>234.834,28</b>		<b>31</b>
<b>Summen der Hinweise, Fälle und Schäden</b>	<b>5.647</b>	<b>3.735</b>	<b>6.262</b>	<b>7.400</b>	<b>7.432</b>	<b>3.127</b>	<b>73.062.937,47</b>	<b>35.404.601,02</b>		<b>1.347</b>

## 5.2. Hinweise

Im Berichtszeitraum 2020/2021 wurden insgesamt **9.382 Hinweise** erfasst. Diese lassen sich unterteilen in 3.735 interne und 5.647 externe Hinweise. Im Vergleich zum Vorjahresbericht sind die Hinweise um 1.700 Hinweise (-15,34%) zurückgegangen. Es ist zu vermuten, dass dies im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie steht.

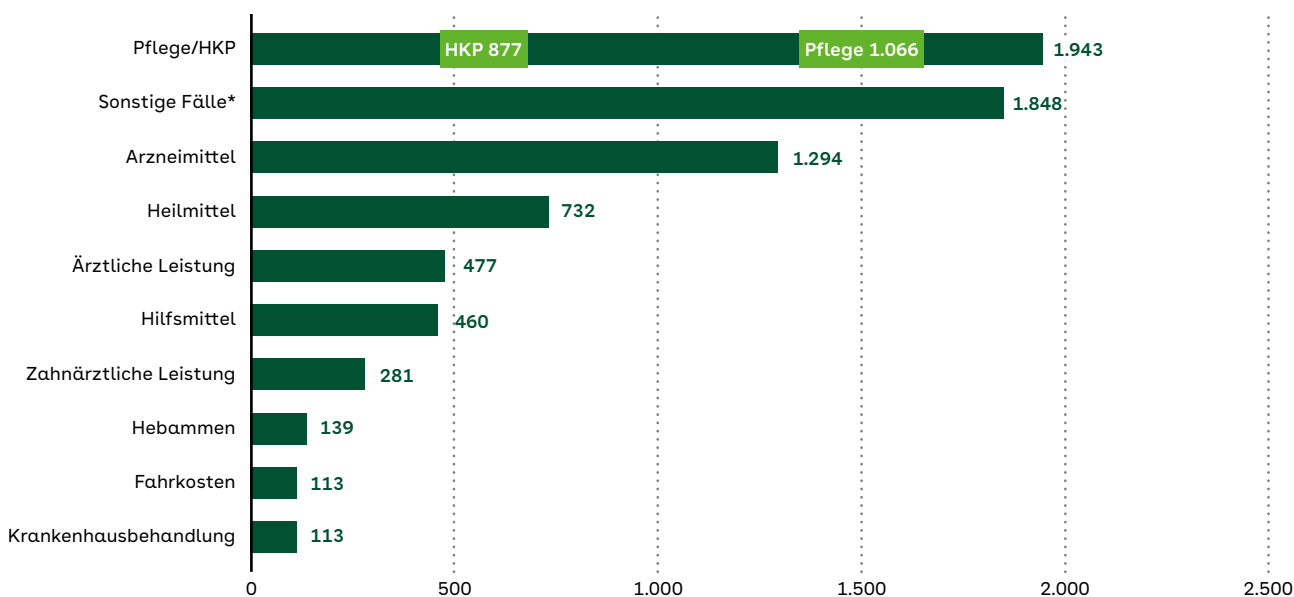
## 5.3. Verfolgte Fälle

Die Fälle in den einzelnen Leistungsbereichen unterteilen sich ebenso wie im letzten Berichtszeitraum

in verfolgte Bestandsfälle und verfolgte Neufälle. Verfolgte Bestandsfälle sind diejenigen Fälle, die im aktuellen Berichtszeitraum bearbeitet, jedoch bereits in einem vorherigen Berichtszeitraum eröffnet wurden. Als verfolgte Neufälle werden diejenigen Fälle gezählt, die im aktuellen Berichtszeitraum entstanden sind. Die Summe der verfolgten Bestands- und Neufälle ergibt somit die Anzahl der verfolgten Fälle im Berichtszeitraum 2020/2021.

Insgesamt wurden in diesem Berichtszeitraum **13.662 Fälle bei den AOKs verfolgt**. Diese unterteilen sich in **7.400 Neufälle** und 6.262 Bestandsfälle. 7.432 Fälle wurden abgeschlossen.

**Abb. 4: Neufälle nach Leistungsbereich**



\* davon 1.442 Versichertenbezogene

An **erster Stelle** bei den Fallzahlen stehen, wie im vergangenen Berichtszeitraum, Fehlverhaltensfälle im Kontext der **Pflege und häuslichen Krankenpflege mit 1.943** Neufällen.

Insbesondere das Medienecho auf die zahlreichen Pflegebetrugsfälle dürfte dazu beigetragen haben, dass Krankenkassen, Familienangehörige, aber auch Mitarbeitende der Leistungserbringer auf Unstimmigkeiten bei der häuslichen Krankenpflege und Pflege stärker achten und darauf hingewiesen haben.

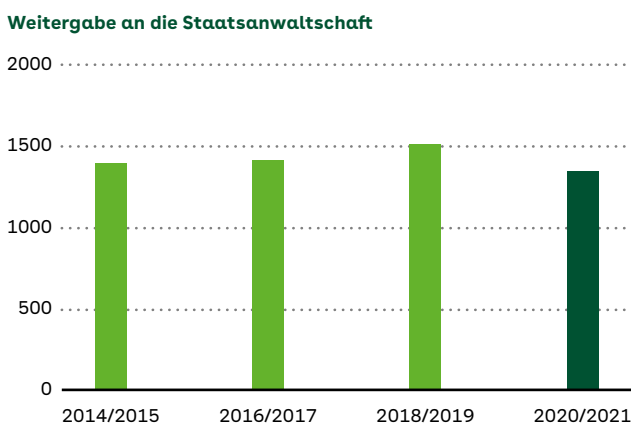
An **zweiter Stelle** rangieren **Versichertenbezogene Leistungen** mit **1.442** Fällen, diese werden unter sonstige Fälle subsumiert (vgl. Tabelle 4). Dahinter verbergen sich verschiedene Delikte, wie z. B. Falschangaben bei Leistungsanträgen, Einlösen einer gefälschten Arzneimittelverordnung in einer Apotheke oder Missbrauch der elektronischen Gesundheitskarte.

Wie im letzten Berichtszeitraum liegen **Arzneimittel** mit **1.294** Fällen **an dritter Stelle**. Hierunter fallen Tatbestände wie Rezeptmanipulationen und BtM-Delikte.

## 5.4. Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft

Im Berichtszeitraum 2020/2021 wurde insgesamt bei 1.347 Neufällen die Staatsanwaltschaft informiert, bei denen nach Ansicht der AOK ein Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung angenommen wurde. Dies entspricht einem Anteil von 18,2% aller registrierter Neufälle.

**Abb. 5: Unterrichtung der Staatsanwaltschaft**



11 Vgl. S. 24f, BT-Drs. 18/6446, 21.10.2015

## 5.5. Schäden und gesicherte Forderungen

Seit dem Berichtszeitraum 2018/2019 soll zusätzlich zu den gesicherten Forderungen auch über die entstandenen Schäden sowie verhinderten Schäden berichtet werden.

### 5.5.1. Entstandener Schaden

Laut Gesetzesbegründung soll mit der Darstellung des „entstandenen Schadens“ der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung beziffert werden, „der durch Prüfungen nicht vermieden werden konnte“.<sup>11</sup> Die entstandenen Schadenssummen bezeichnen somit die im Rahmen der Ermittlungen konkret feststellbaren bzw. berechenbaren Forderungsbeträge inklusive des normativen Schadens. Die Höhe der entstandenen Schäden im Berichtszeitraum beträgt ca. **73,1 Mio. Euro** und wurde spätestens zum Zeitpunkt des Fallabschlusses ausgewiesen.

### 5.5.2. Verhinderter Schaden

Die Kranken- und Pflegekassen haben mit Wirkung ab dem 01. Januar 2017 gemäß § 197a Abs. 5 SGB V sowie § 47a SGB XI auch über den verhinderten Schaden zu berichten. Nach intensiver Diskussion zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Kranken- und Pflegekassen mit der Fragestellung, wie sich der Begriff des verhinderten Schadens zu definieren ist, konnte nach wie vor keine abschließende Klärung gefunden werden. Bereits im Berichtszeitraum 2018/2019 hatte der GKV-Spitzenverband das BMG gebeten, hierzu eine wissenschaftliche Untersuchung zu beauftragen, um über diesen Schaden einheitlich berichten zu können. In Ermangelung einer einheitlichen Berechnungsgrundlage kann daher auch für den Berichtszeitraum 2020/2021 nicht über diese Kennzahl berichtet werden. Die AOK setzt sich weiterhin für eine Klärung zur Definition ein.

### 5.5.3. Gesicherte Forderungen

„Gesicherte Forderungen“ sind laut den „Näheren Bestimmungen“ Schäden „in Euro, die unanfechtbar festgestellt wurden, durch gerichtliche oder außergerichtliche Durchsetzung“.

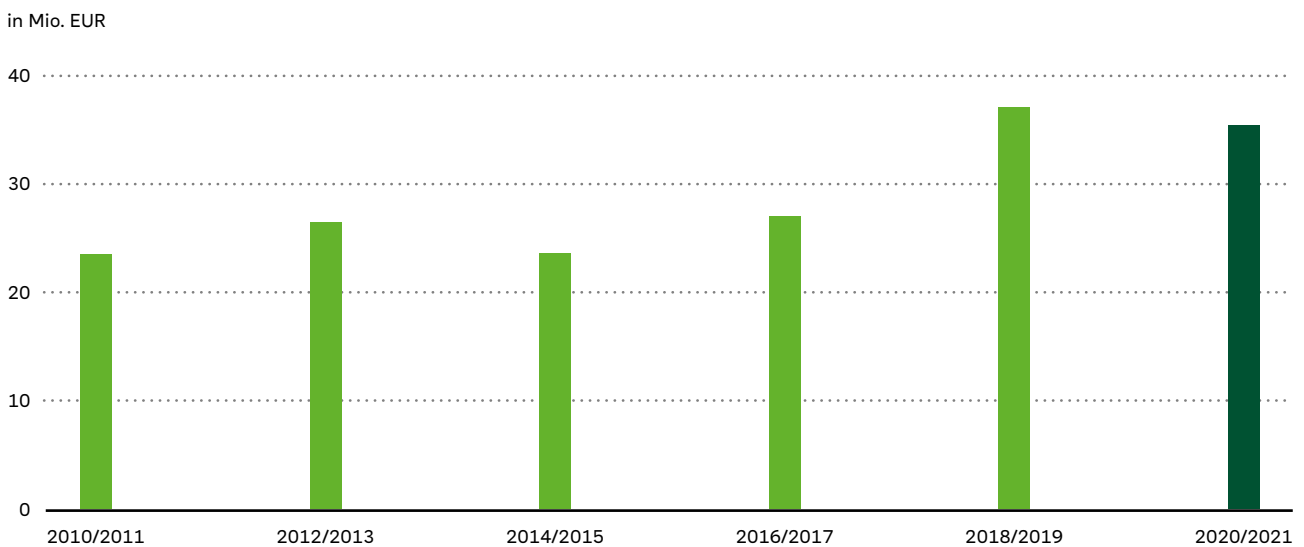
Die gesicherte Forderung bezieht damit den Teil des Schadens, der ursprünglich dem Gesundheitswesen und den Krankenkassen aus den für die Versorgung der Versicherten vorgesehenen Finanzmitteln durch Fehlverhalten entzogen wurde und durch die aktive Ermittlungsarbeit der Fehlverhaltensstelle wieder zurückgeholt werden konnte.

Ein Problem bei der Durchsetzung von Forderungen ist beispielsweise oft eine Insolvenz der Schuldner. Eine negative Entwicklung, die im aktuellen Berichtszeitraum insbesondere bei Pflegediensten zu beobachten war.

Aus diesem Grund entspricht der entstandene Schaden nicht den im jeweiligen Berichtszeitraum gesicherten Forderungen.

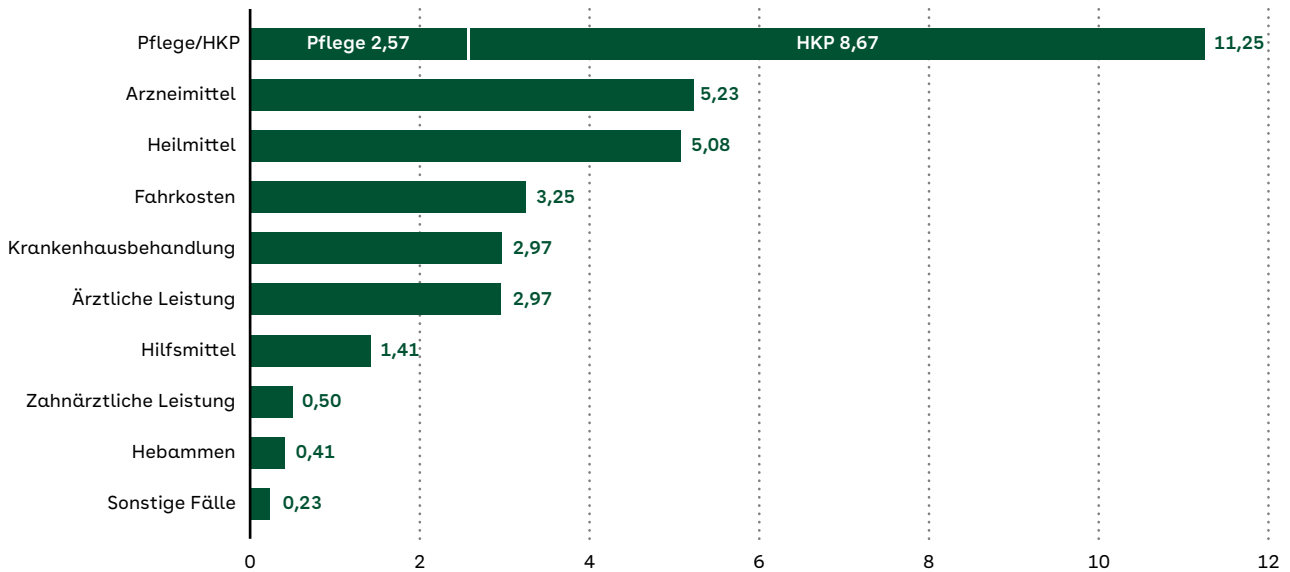
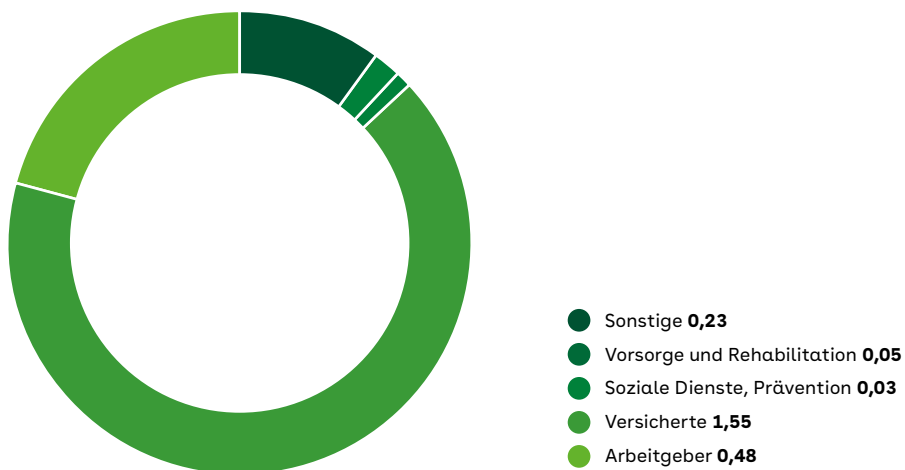
Die Höhe der gesicherten Forderungen der AOK Gemeinschaft betrug im Berichtszeitraum 2020/2021 insgesamt **35.404.601 Euro** und lag damit um 1.780.577 Euro (-4,8%) niedriger als im letzten Berichtszeitraum.

**Abb. 6: Gesicherte Forderungen 2020/2021 im Vergleich zu den vorhergehenden Berichtszeiträumen**



**Abb. 7: Gesicherte Forderungen nach Leistungsbereichen**

in Mio. EUR

**Sonstige Fälle**

Die Pflege (HKP und SGB XI) bildet wie in den letzten Jahren wieder den Schwerpunkt bei den gesicherten Forderungen. Im Vergleich zu 12,69 Mio. Euro im vergangenen Berichtszeitraum ist der Anteil der gesicherten Forderungen in diesem Leistungsbereich

im aktuellen Berichtszeitraum um 12,7% gesunken (vgl. Abb. 7). Dennoch konnte die AOK-Gemeinschaft **11,25 Mio. Euro** aufgrund falsch und betrügerisch abgerechneter Leistungen für die Versichertengemeinschaft sichern.

## 5.6. Verursacher

Neben dem Leistungsbereich, in welchem der Schaden für die AOKs entstanden ist, ist mitzuteilen, welchem Bereich der Schadensverursacher zugeordnet werden kann (vgl. Tabelle 5).

Die Neufälle bezogen sich zu fast 27% auf die Häuslichen Krankenpflege sowie ambulante Pflegedienste (SGB V und SGB XI), es folgten mit 17,5% die Arzneimittel und Verbandsmittel und mit 12,62% die Versicherten.

**Tabelle 4: Teil 2 – Anzahl der hinter Hinweisen und Fällen stehenden Leistungserbringer (Verursacher) bzw. Versicherten**

* Anzahl der Leistungserbringer (Verursacher), Versicherten, Arbeitgeber und Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen bei denen es im Berichtszeitraum bei der jeweils betroffenen Kasse Hinweise/Fälle von Pflichtverletzungen bzw. Leistungsmissbrauch gegeben hat.	Anzahl der Leistungserbringer (Verursacher) (Hinweise)		Anzahl der Leistungserbringer (Verursacher) (verfolgte Fälle)		Anzahl der Leistungserbringer (Verursacher) (abgeschlossene Fälle)	
	bei denen es die o.g. externen Hinweise gab	bei denen es die o.g. internen Hinweise gab	bei denen die o.g. Bestandsfälle verfolgt wurden	bei denen die o.g. Neufälle verfolgt wurden	bei denen die o.g. Fälle abgeschlossen wurden	bei denen die o.g. Fälle nachgewiesen wurden
<b>a) Krankenversicherung (SGB V):</b>						
aa) Ärztliche Leistungserbringer	669	348	906	843	862	274
bb) Zahnärztliche Leistungserbringer	130	185	247	287	244	82
cc) Apotheken	284	689	634	901	850	303
dd) Heilmittelerbringer	604	283	960	809	768	383
ee) Hilfsmittelerbringer	256	472	834	651	983	460
ff) Krankenhaus	149	52	160	147	145	47
gg) Krankentransportunternehmen	104	62	130	132	128	53
hh) Leistungserbringer Vorsorge und Rehabilitation	34	13	34	36	37	13
ii) Leistungserbringer Soziale Dienste, Prävention	25	19	28	47	46	22
jj) Hebammen	63	92	96	149	147	82
kk) Leistungserbringer Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	820	369	1.292	1.002	1.205	637
<b>b) Leistungserbringer Pflegeversicherung (SGB XI)</b>	<b>894</b>	<b>375</b>	<b>851</b>	<b>1.008</b>	<b>958</b>	<b>437</b>
<b>c) Versicherte</b>	<b>1.617</b>	<b>1.107</b>	<b>1.565</b>	<b>2.115</b>	<b>2.012</b>	<b>819</b>
<b>d) Arbeitgeber</b>	<b>173</b>	<b>115</b>	<b>191</b>	<b>217</b>	<b>202</b>	<b>87</b>
<b>e) Mitarbeiter Kranken- und Pflegekassen</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>5</b>
<b>f) Sonstige</b>	<b>290</b>	<b>123</b>	<b>219</b>	<b>316</b>	<b>248</b>	<b>108</b>
<b>Summen der Anzahl der Leistungserbringer (Verursacher)/Versicherten</b>	<b>6.145</b>	<b>4.326</b>	<b>8.183</b>	<b>8.867</b>	<b>8.867</b>	<b>3.812</b>

Besonders sticht in diesem Tätigkeitsbericht der Leistungsmissbrauch hervor, der primär den Leistungsbereich Versicherte betrifft. Dies sind vor allem Fälle, die zur Quersubventionierung anderer Leistungen dienen, z. B. Verhinderungspflegeleistungen, die zur Finanzierung anderer (Pflege-)Leistungen genutzt werden. Im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum hat sich diese Kennzahl deutlich erhöht.

Unter die versichertenbezogenen Leistungen fällt vor allem das Krankengeld nach § 44 SGB V. Aber auch Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V oder die Familienversicherung § 10 SGB V kommen in Betracht.

Die Fallzahlen bei den Versicherten stiegen um 12,6% von 1.878 neuen Fällen auf 2.115 neue Fälle. Dabei stieg der entstandene Schaden von 2.324.051 Euro auf **2.931.678 Euro**, ein Zuwachs von ca. 26,2%.

## 5.7. Vergleich AOK-Zahlen/GKV-Zahlen

Auch im vergangenen Berichtszeitraum wurde die Bekämpfung von Fehlverhalten als gemeinschaftliche Aufgaben aller Kranken- und Pflegekassen gesehen. Die Krankenkassen stehen hier nicht im Wettbewerb, sondern ergänzen sich. Ein vergleichender Blick auch auf der GKV-Ebene, um den Beitrag der AOK-Gemeinschaft an dieser wichtigen Gesamtaufgabe deutlich zu machen, ist in diesem Tätigkeitsbericht nicht möglich, da der GKV-SV die Gesamtzahlen noch nicht zur Verfügung gestellt hat. Dies wird voraussichtlich erst mit Veröffentlichung des GKV-SV-Berichtes geschehen.

Man kann, wie in der Vergangenheit, davon ausgehen, dass der Anteil der gesicherten Forderungen der AOKs im Verhältnis zur GKV wieder mindestens dem AOK-Marktanteil an Mitglieder- und Versicherungszahlen in der GKV entspricht. Das waren zum Stichtag 31. Dezember 2021, dem Ende des aktuellen Berichtszeitraumes ca. 37,2%.

## 6. Ausgewählte Fallbeispiele aus dem AOK-System aus den Jahren 2020 bis 2021

### Pflegedienste I

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

Beispielhaft werden nachfolgend die Entwicklungen bei zwei der 13 Pflegedienste ausführlicher dargestellt. Nach wie vor wurde gegen zahlreiche der Beteiligten noch keine Anklage erhoben, da die Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden noch nicht abgeschlossen sind.

#### Ambulanter Pflegedienst A

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

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

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

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

#### Ambulanter Pflegedienst B

In einem weiteren Verfahren wurden die vier Hauptbeschuldigten dieses Pflegedienstes nach 32 Verhandlungstagen vor dem Landgericht wegen banden- und gewerbsmäßigen Betruges in bis zu 200 Fällen zu Bewährungsstrafen von einem Jahr



und zehn Monaten bis zu Haftstrafen von sechs Jahren verurteilt. Der finanzielle Schaden lt. Urteil beträgt 2,5 Mio. Euro, liegt vermutlich aber – siehe unten – weitaus höher.

Den Verantwortlichen des Pflegedienstes wurde folgendes vorgeworfen:

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

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

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

Die Versorgungsverträge mit dem Pflegedienst wurden im Dezember 2019 aufgelöst, ein Jahr später wurde ein Insolvenzverfahren eröffnet. Im Rahmen des Insolvenzverfahrens konnte eine außergerichtliche, zivilrechtliche Einigung mit dem Hauptbeschuldigten erzielt und ein Vergleich geschlossen werden. Insgesamt konnten so 6,5 Mio. Euro dem Insolvenzverfahren zugeführt werden; der Großteil dieses Betrages konnte an die Kassen und Sozialhilfeträger zurückfließen.

**Aufgreifkriterium:** Eigene Recherchen und MD

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

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## Pflegedienste II

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

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

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

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

**Aufgreifkriterium:** Anlassprüfung des MD

**Täter, Beteiligte:** Pflegedienstbetreiber

**Vorgehen im Fall:** Corona-bedingt waren persönliche Gespräche nicht möglich. Daher wurden die Verhandlungen mit dem Pflegedienst, dessen Anwälten und den Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen von Telefonkonferenzen geführt.

Über den Abschluss der Schadensregulierungsvereinbarung und die Auskehrung der Beträge an die Krankenkassen hat die AOK absprachegemäß die zuständige Staatsanwaltschaft informiert. Diese hat daraufhin das Ermittlungsverfahren gem. § 153 a StPO eingestellt.

## Pflegedienste III

**Fallbeschreibung:** Bei einem Pflegedienst kamen Personen im Bereich der häuslichen Krankenpflege zum Einsatz, die nicht über die notwendige Qualifikation verfügten. Der Pflegedienst wurde zu einem persönlichen Gespräch eingeladen, in dessen Verlauf die Vertretung des Pflegedienstes mitteilte, dass dieser einer Organisation angehöre, die ebenfalls betreutes Wohnen, Tagespflege und stationäre Pflege anbiete. Im Bereich des betreuten Wohnens würde die erforderliche Versorgung der Patienten durch den ambulanten Pflegedienst erfolgen. Aber auch die Mitarbeitenden des betreuten Wohnens würden im Bedarfsfall im ambulanten Bereich eingesetzt. Der Pflegedienst räumte ein, dass diese Gemengelage die Gefahr einer Unübersichtlichkeit und damit auch die Gefahr einer fehlerhaften Dokumentation berge. So sei es durchaus vorgekommen, dass bei der Erbringung der Behandlungspflege nichtqualifizierte Personen aus dem stationären Bereich zum Einsatz kamen.

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

Die Schadensaufstellungen wurden durch die Pflegefachbereiche der betroffenen Krankenkassen überprüft und zum Teil ergänzt. Aufgrund der so erstellten Schadensberechnung konnte eine Schadenssumme für den Gesamtzeitraum in Höhe von über 100.000 Euro ausgewiesen werden.

Weitere Gesprächstermine fanden Corona-bedingt als Telefonkonferenz statt. Es konnte festgestellt werden, dass der Pflegedienst nicht bewusst und vorsätzlich gehandelt hat. Der Pflegedienst verpflichtete sich, an die betroffenen Krankenkassen den ermittelten Schadensbetrag zu zahlen.

**Aufgreifkriterium:** MDK-Prüfung

**Täter, Beteiligte:** Pflegedienstbetreiber

**Vorgehen im Fall:** Gespräche

## Hebammen

**Fallbeschreibung:** Der Fall einer Hebamme beschäftigt eine AOK schon über mehrere Jahre und ist im Berichtszeitraum noch nicht abgeschlossen, da noch kein Urteil im Strafverfahren erfolgt ist. Dennoch führte der Fall zu einer (vorläufigen) Beendigung des Vertragsverhältnisses zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Hebamme gegen Ende des Berichtszeitraumes.

Der Fall begann im Jahr 2015, als gegenüber der Hebamme eine Rückforderung wegen Zeitüberschneidungen, Doppelabrechnungen von Pauschalen und Änderungen auf den Versichertenbestätigungen gestellt wurden. Zur damaligen Zeit bestand eine Zusammenarbeit mit einer weiteren Hebamme mit jeweils eigenständig handelnden Hebammenpraxen. Belastende Aussagen der zweiten Hebamme führten dann auch zu weiteren Untersuchungen der Vorgehens- und Abrechnungsweise. Die Ergebnisse konnten

einen Abrechnungsbetrug nicht ausschließen, so dass im Jahr 2017 ein Hinweis an die Staatsanwaltschaft erfolgte.

Die Hebammen gründeten in der Vergangenheit zwei Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR): eine für das Betreiben eines Geburtshauses und das Anbieten von Notfallsprechstunden und andere Hebammen-Dienste. Die andere GbR diente der Abrechnung von Leistungen mit den Krankenkassen, der Unternehmensberatung für Hebammen, außerdem der Beschaffung von Praxisgegenständen und der Personalverwaltung, da beide Hebammen noch separate Hebammenpraxen führten. Des Weiteren arbeitete die angeklagte Hebamme mit verschiedenen Arztpraxen zusammen und hatte auch noch angestellte Hebammen in ihrer Praxis.

Die Zusammenarbeit und die Art der Abrechnung von Hebammen mit den Krankenkassen ermöglichte es der beschuldigten Hebamme, dass ihr „Geschäftsmodell“ lange Zeit unbemerkt geblieben ist. Die beschuldigte Hebamme ging dabei wie folgt vor:

- **Abrechnung zeitüberschneidende Leistungen**  
Hier hatte sich die Hebamme Versichertenbestätigungen im Voraus unterschreiben lassen, um dann später mit den Krankenkassen nicht geleistete Tätigkeiten abzurechnen. Dabei achtete sie besonders darauf, dass die Versicherten bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert waren, wenn sie überschneidende Leistungen abrechnen wollte.
- **Abrechnung zweite Hebamme**  
Auch über die im Voraus unterschriebenen Versichertenbestätigungen konnte die Hebamme die Anwesenheit einer zweiten Hebamme abrechnen, obwohl diese bei Leistungserbringung nicht anwesend war.
- **Abrechnung nicht vollendete Geburt**  
Die Hebamme rechnete Leistungen für eine nicht vollendete Geburt ab, obwohl sie wusste, dass die Voraussetzungen nicht vorlagen.
- **Abrechnung Rückbildungsgymnastik**  
Hier wurden über Blanko-Versichertenbestätigungen die Teilnahme von Versicherten an Kursen abgerechnet, obwohl diese tatsächlich nicht teilgenommen haben.

Nach einer Hausdurchsuchung im Jahr 2019 änderte die Hebamme ihr Verhalten bezüglich der Abrechnung mit den Krankenkassen nur kurzzeitig und rechnete anschließend wieder in erhöhtem Maße und fraglicher Art und Weise ab. Insgesamt konnte für die betroffenen Krankenkassen ein Formalschaden in Höhe von etwa 2,6 Mio. Euro festgestellt werden. Das Strafverfahren ist noch nicht beendet, ein Ergebnis wird im Jahr 2022 erwartet.

Parallel zum strafrechtlichen Ermittlungsverfahren wurde dem GKV-Spitzenverband von der AOK empfohlen, ein Vertragsausschlussverfahren gegen die Hebamme einzuleiten. Das Vertragsverhältnis wurde unter Zustimmung des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) im Dezember 2021 beendet. Zum ersten Mal wurde auf Basis der neuen gültigen Rahmenverträge des GKV-SV in einer solchen Fallkonstellation ein Verfahren zum sofortigen Vollzug der Vertragskündigung durchgeführt. Im sich hieraus ergebenden sozialgerichtlichen Verfahrens (einstweiliger Rechtsschutz) wurde neben der Anerkennung der Kündigungsgründe auch die Argumentation der Krankenkassen zur streng formalen Schadensbetrachtung bekräftigt, sodass jetzt unabhängig vom Ausgang des Strafverfahrens eine Schadensregulierung durchgesetzt wird.

**Aufgreifkriterium:** Externer Hinweisgeber und interne Recherchen im Rahmen der Rechnungsprüfung  
**Täter, Beteiligte:** Hebamme  
**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren, Vertragsausschlussverfahren

## Ärzte

**Fallbeschreibung:** Eine AOK wurde von der Polizei im September 2020 in einem Ermittlungsverfahren wegen eines Todesfalls im Zusammenhang mit Medikamentenmissbrauch um eine Aufstellung aller Verordnungen für den Verstorbenen gebeten. Der Versicherte hatte die überwiegende Anzahl an Medikamenten von einer Ärztin verordnet bekommen, die zur ärztlichen Psychotherapie ermächtigt ist. Weitere interne Auswertungen haben ergeben, dass die Ärztin auch für andere Versicherte große

Mengen insbesondere von Benzodiazepinen, Z-Drugs und Pregabalin verordnet hat. Im September 2020 erstatte die AOK Strafanzeige gegen die Ärztin. Aus den Ermittlungsakten geht hervor, dass die Ärztin Wunschverordnungen für Drogensüchtige und Medikamentenabhängige ausgestellt hat. Dies sei teils aus Angst vor den Patienten und teils aus Mitleid („da die Süchtigen ja teilweise in der Substitution nicht all die Medikamente bekommen würden, die sie bräuchten/haben möchten“) geschehen.

Ein von der Staatsanwaltschaft beauftragtes forensisch-psychiatrisches Gutachten zu den Patientenakten sagt aus, dass die verordneten Mengen isoliert betrachtet bedeuten würden, dass ein Zuviel an Medikamenten verordnet worden sei. Man müsse die Mengen jedoch im Kontext zum zusätzlichen Drogenkonsum sehen und daher könne der beschuldigten Ärztin eine eindeutige Fehlverordnung nicht vorgeworfen werden. Das Ermittlungsverfahren wurde daraufhin nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt.

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

**Täter, Beteiligte:** Arzt/Versicherte

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

## Arzneimittel

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

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

Im Mai 2021 hat die Staatsanwaltschaft ein neues Ermittlungsverfahren gegen den Versicherten eingeleitet. Das zweite Urteil vom 28. Oktober 2021 legte als medizinisch indizierte Tageshöchstdosis 900 mg zugrunde, da diese Menge von der Mehrheit der Ärzte verordnet wurde. Zwischen dem 05. Oktober 2020 und dem 18. Juni 2021 suchte der Versicherte in 23 Fällen acht Kassenärzte auf, um nach oben beschriebenem Muster größere Mengen Pregabalin zu erlangen. Der AOK entstand ein erneuter Schaden in Höhe von 1.230,72 Euro. Der Versicherte wurde wegen Betrugs zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von elf Monaten verurteilt. Mit dem Urteil wurde die Einziehung in Höhe von 1.230,72 Euro angeordnet.

**Aufgreifkriterium:** interne Recherchen

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

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## Teststreifen I

**Fallbeschreibung:** Im Rahmen der Apothekenabrechnungsprüfung (Juli 2017) fiel auf, dass einem dialysepflichtigen Versicherten durch mehrere Arztpraxen – zum Teil sogar taggleich – Teststreifen zur Bestimmung des Gerinnungswertes des Blutes verordnet wurden. Einmalig ließ sich der Versicherte diese Teststreifen sogar taggleich durch fünf Arztpraxen verordnen.

Durch diese Parallelversorgung standen ihm alleine im Jahr 2016 über 2.000 Teststreifen zur Verfügung. In der Regel wird nur einmal wöchentlich getestet, bei stark schwankenden Werten auch mehrmals. Auf Rückfrage bestätigten die Ärzte, dass bei dem Versicherten aktuell nur noch einmal wöchentlich der Gerinnungswert bestimmt werden sollte. Faktisch hätte er aber zeitweise sogar täglich mehrere Testungen vornehmen können.

Bekanntermaßen werden immer wieder Teststreifen (meist online) weiterverkauft. Daher wurde – nachdem die Rückmeldung der ausstellenden Ärzte vorlag – der Vorgang zur Anzeige gebracht.

Während des Ermittlungsverfahrens nahmen wir auch Kontakt zum behandelnden Dialysezentrum auf, um zu klären, ob vereinzelt erkrankungsbedingt eine häufigere Testung notwendig sei. Laut behandelndem Arzt war dies nicht mehr der Fall. Darüber hinaus wurde uns mitgeteilt, dass zwischenzeitlich auch die normalerweise notwendige wöchentliche Prüfung der Gerinnungswerte nicht durch den Versicherten erfolgen müsse, da alle notwendigen Messungen seit längerem vollständig durch das Gerinnungszentrum erfolgten. Eine selbsttätige Messung sei nur dann angebracht, wenn der Versicherte schwankende Werte hätte und selbstständig seine einzunehmende Medikamentenmenge an die schwankenden Werte anpassen müsse; dies sei bei unserem Versicherten aber nicht der Fall.

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

zu jeweils 300,00 Euro, insgesamt 10.800,00 Euro, wiedergutzumachen.

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

**Aufgreifkriterium:** interne Recherche

**Täter, Beteiligte:** Versicherter

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

## Teststreifen II

**Fallbeschreibung:** Im Zuge von Plausibilitätsprüfungen fiel eine Arztpraxis auf, die taggleich bis zu 18 Rezepte für einzelne Versicherte ausstellte, auf denen jeweils Blutzuckerteststreifen verordnet wurden. Die Krankenkasse beantragte eine Prüfung in besonderen Fällen bei der Prüfstelle der Kassenärztlichen Vereinigung und erstattete Strafanzeige.

Im Verlauf des Ermittlungsverfahrens verdichteten sich die Hinweise, dass die Fälschungen durch eine Praxismitarbeiterin erfolgten, die Rezeptvordrucke ihres Arbeitgebers verwendete und die durch die Rezepteinlösung erlangten Produkte mit Ebay-Konten weiterverkaufte.

Anklage wurde bei Gericht eingereicht. Das Gericht sah im Vorgehen der Angeklagten eine erhöhte kriminelle Energie. Die Praxismitarbeiterin wurde wegen Betrugs in 114 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten verurteilt, die Vollstreckung wurde zur Bewährung ausgesetzt. Durch diesen Betrug war den geschädigten Krankenkassen insgesamt ein Schaden von 71.588,69 Euro entstanden. Während des laufenden Gerichtsverfahrens erklärte sich die Beschuldigte bereit den angeklagten Schaden zu ersetzen. Zusätzlich konnten mit der Beschuldigten Ratenzahlungen vereinbart

werden für weitere geltend gemachte Schäden in Höhe von 32.000 Euro. Die Schadensrückführung ist zwischenzeitlich abgeschlossen.

**Aufgreifkriterium:** interne Recherche

**Täter, Beteiligte:** Praxismitarbeiterin

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

## Psychotherapeuten

**Fallbeschreibung:** Erstmals im August 2020 erhielt eine AOK durch ein Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) Kenntnis von einem rechtskräftigen Urteil des Amtsgerichts Mannheim gegen einen Rettungssanitäter, der mit einem gefälschten Psychologie-Diplom und einem gefälschten Diplom über die Verleihung des Doktorgrades die Erteilung einer Approbation beantragt hat um zukünftig als Psychotherapeut praktizieren zu können. Bei den Urkunden handelte es sich um Totalfälschungen. Der 41-Jährige war zu keinem Zeitpunkt Student der besagten Universitäten und erwarb auch keinen derartigen Abschluss. Nach der Zuteilung eines ärztlichen Vertragssitzes, eröffnete er in Mannheim eine Praxis für Psychosomatik und nannte sich „Dr. med. Dipl. Psych.“, obwohl er hierzu nicht befugt war. Für die Jahre 2015 und 2016 rechnete er mehr als 111.000 Euro mit der KVBW ab. Wegen Betruges wurde er vom Amtsgericht Mannheim zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten verurteilt, wobei die Vollstreckung der Strafe zur Bewährung ausgesetzt wurde. Die KVBW forderte die Honorare für die Quartale 4/2015 – 4/2016 komplett zurück. Da dem 41-Jährigen die Zulassung entzogen wurde und keine Möglichkeit mehr besteht, die Honorarforderungen gegenüber der KVBW aufzurechnen, hat die KVBW die Ansprüche der Krankenkasse zu den Rückforderungen abgetreten. Zwischenzeitlich wurde über das Vermögen des 41-Jährigen ein Insolvenzverfahren eröffnet. Die AOK hat ihre Forderung – unter dem Hinweis, dass die Forderung aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung resultiert – in Höhe von 417,05 Euro zur Insolvenztabelle angemeldet. Da der 41-Jährige die Forderung der AOK

dem Grund und der Höhe nach bestreitet, hat die AOK Klage erhoben. In dem Klageverfahren äußerte der Beklagte im März 2022, dass er glaubt, den „Versorgungsauftrag der KVBW ohne Mangel erfüllt, die Leistungen ohne Beanstandungen erbracht und auch ordnungsgemäß abgerechnet“ zu haben.

**Aufgreifkriterium:** Externer Hinweis durch die

Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

**Täter, Beteiligte:** betrügerischer Bürger

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## Haushaltshilfe

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

Bei einer ergänzenden Prüfung wurde festgestellt, dass auch für das Jahr 2017 Haushaltshilfe beantragt, genehmigt und in Höhe von 555,00 Euro erstattet wurde. Als Haushaltshilfe wurde der Schwiegersohn unserer Versicherten benannt der laut Antrag/Abrechnung mit der Versicherten nicht bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist. Für das Jahr 2017 ist der AOK ein Schaden in Höhe von 555,00 Euro entstanden. Im Dezember 2019 hat die AOK eine Mitteilung gem. § 197a SGB V an die Staatsanwaltschaft gesandt. Das Ermittlungsverfahren wurde im April 2020 vorläufig gem. § 153a StPO

eingestellt. Die Staatsanwaltschaft hat unserer Versicherten aufgegeben, zur Schadenswiedergutmachung einen Geldbetrag in Höhe von 555,00 Euro an die AOK. Die Ratenzahlung ist zwischenzeitlich abgeschlossen und das Ermittlungsverfahren endgültig eingestellt.

**Aufgreifkriterium:** interne Recherchen

**Täter, Beteiligte:** Versicherte

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## Verhinderungspflege

**Fallbeschreibung:** Im Januar 2019 meldete sich eine männliche Person telefonisch in unserem Dienstleistungsteam Pflege und erkundigte sich nach dem Bearbeitungsstand des eingereichten Antrags auf Verhinderungspflege für eine Versicherte einer AOK. Da der AOK für den Anrufer keine Vollmacht vorlag, erfolgte eine Nachfrage bei dem bevollmächtigten Sohn und zugleich Pflegeperson unserer Versicherten. Dieser gab an, weder verhindert gewesen zu sein, noch die Ersatzpflegeperson zu kennen. Auch unsere Versicherte gab an, dass sie die Ersatzpflegeperson nicht kenne und dass diese zu keiner Zeit in ihrer Wohnung gewesen sei. Sie bestätigte zudem, dass die Pflege stets durch ihren bevollmächtigten Sohn A sowie dessen Lebensgefährtin durchgeführt wird. Interne Ermittlungen haben ergeben, dass es sich bei dem Anrufer um einen Kollegen eines weiteren Sohnes B unserer Versicherten handelt und bei den Ersatzpflegepersonen um die Schwester sowie den Neffen dieses Kollegen. Der Sohn B und sein Kollege waren lediglich bei unserer Versicherten um ihre Unterschrift unter die Formulare einzuholen. Auch in den Vorjahren 2015 - 2018 waren die Verwandten des Kollegen als Ersatzpflegepersonen benannt. Von einer Auszahlung der Verhinderungspflege für das Jahr 2019 wurde wegen des Betrugsversuches abgesehen. Im Juli 2019 verfasste die AOK eine Mitteilung gem. § 197a Abs. 4 SGB V i. V. m. § 47a SGB XI an die Staatsanwaltschaft. Die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft haben ergeben, dass sämtliche beantragte Verhinderungspflegen der Jahre 2015 - 2019 tatsächlich nicht durchgeführt worden

sind. Laut rechtskräftigen Urteils des Amtsgerichts Hannover vom 16. November 2021 wurden der Sohn B sowie sein Kollege wegen Betruges zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von jeweils sieben Monaten - ausgesetzt zur Bewährung - verurteilt. Dem Neffen des Kollegen wurde eine Zahlung in Höhe von 800 Euro aufgegeben. Der AOK ist ein Gesamtschaden in Höhe von 9.672,00 Euro (4\*2.418,00 Euro) für die Jahre 2015 - 2018 entstanden. Im Rahmen der Vermögensermittlung der Staatsanwaltschaft Hannover wurden Beträge arretiert, die den Gesamtschaden abdecken. Die Angeklagten haben bereits in der Hauptverhandlung auf die Rückzahlung des Betrages in Höhe von 9.672,00 Euro verzichtet. Ein Teilbetrag in Höhe von 2.418,00 Euro ist bereits bei der AOK eingegangen.

**Aufgreifkriterium:** interne Recherchen

**Täter, Beteiligte:** betrügerischer Bürger

**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## Häusliche Krankenpflege

**Fallbeschreibung:** Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg hat in einem ambulanten Intensivpflegedienst im Dezember 2015 eine anlassbezogene Abrechnungsprüfung durchgeführt. Insgesamt wurden bei zehn Versicherten mit intensivpflegerischer Versorgung die Abrechnungen vom 01. Januar 2014 bis 31. Oktober 2015 geprüft. Das Gutachten über die Abrechnungsprüfung wurde im Februar 2017 fertiggestellt und kam zu dem Ergebnis, dass Mitarbeiter im Einsatz waren, die laut Dienstplan so nicht gearbeitet haben, die laut Stundenachweis so nicht im Einsatz waren, für die keine Urkunden zur Erlaubnis des Führens der Berufsbezeichnung vorliegen und deren Angaben auf dem Leistungsnachweis nicht mit den Eintragungen auf den Pflegedokumentationen übereinstimmen. Insgesamt hat der ambulante Intensivpflegedienst den Krankenkassen 470.586,44 Euro zu viel in Rechnung gestellt. Allein einer AOK ist in dem Prüfzeitraum für eine Versicherte ein Schaden in Höhe von 183.238,24 Euro entstanden. Die Zulassung des ambulanten Intensivpflegedienstes endete zum 30. Juni 2017.

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

**Aufgreifkriterium:** Externer Hinweis durch den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg  
**Täter, Beteiligte:** Intensivpflegedienst  
**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## Fahrkosten

**Fallbeschreibung:** Der Verband der Ersatzkassen informierte die AOK im Juli 2016 über eine Beschwerde gegen ein Krankentransportunternehmen (Verein), bei dem es gravierende Mängel in der Qualifikation des Personals geben sollte. So sollte der Verein lediglich einen Rettungssanitäter im Bereich des Krankentransports beschäftigen. Alle anderen Mitarbeiter sollten lediglich als Ersthelfer ausgebildet sein. Das Personal sollte trotz der fehlenden Ausbildung mit Krankentransporten beauftragt worden sein, die eine Qualifikation zum Rettungssanitäter oder Rettungshelfer erfordern. Die gesetzlichen Krankenkassen haben daraufhin die Aufsichtsbehörde (Landkreis) über die Beschwerde informiert. Der Landkreis hat im Rahmen einer angemeldeten Überprüfung festgestellt, dass das Krankentransportunternehmen nur über zwei Rettungssanitäter verfügt. Laut behördlicher Genehmigung müssen die Krankentransporte im Einsatz mit mindestens zwei Personen besetzt sein. Das im Krankentransport eingesetzte Personal muss gem. § 28 NRettDG geeignet sein, die erforderliche Zuverlässigkeit besitzen und mindestens folgende Qualifikation haben: Rettungssanitäter oder Rettungshelfer. Aufgrund des Anfangsverdachts, dass Fahrten

durchgeführt worden sind ohne die entsprechend - behördlich vorgeschriebene - Besetzung zu haben, hat die AOK die Staatsanwaltschaft informiert. Im Juli 2020 wurde ein 74-Jähriger, als verantwortlich Handelnder des Vereins, wegen gewerbsmäßigen Betruges in 73 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten verurteilt, wobei die Vollstreckung der Strafe zur Bewährung ausgesetzt wurde. Für die zu Unrecht abgerechneten Krankentransporte ist der AOK ein Schaden in Höhe von 60.026,50 Euro entstanden. Zwischenzeitlich wurde über das Vermögen des 74-Jährigen ein Insolvenzverfahren eröffnet. Die AOK hat ihre Forderung - unter dem Hinweis, dass die Forderung aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung resultiert - in Höhe von 60.026,50 Euro zur Insolvenztabelle angemeldet. Da der 74-Jährige die Forderung der AOK dem Grund und der Höhe nach bestreitet, hat die AOK Klage erhoben.

**Aufgreifkriterium:** Externer Hinweis durch den Verband der Ersatzkassen  
**Täter, Beteiligte:** Rettungsdienst  
**Vorgehen im Fall:** Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

## Heilmittel

**Fallbeschreibung:** Im September 2020 meldete sich eine Arztpraxis im Unternehmensbereich Heilmittel und berichtete, dass die Inhaberin einer Physiotherapiepraxis für eine Patientin dieser Arztpraxis Verordnungen über Krankengymnastik und Manuelle Lymphdrainage anfordert, obwohl die Manuelle Therapie nach Rücksprache mit der Patientin schon länger nicht mehr stattfinden soll. Darüber hinaus berichtete der Arzt, dass die Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen (KG ZNS), die einer entsprechenden Zusatzqualifikation der Therapeutin/des Therapeuten bedarf, von der Inhaberin der Physiotherapiepraxis erbracht werden soll, ohne dass diese über die erforderliche Zusatzqualifikation verfügt. Im Rahmen einer Versichertenbefragung haben vier von vier befragten Versicherten mit KG ZNS - Verordnungen angegeben, dass die Behandlung - trotz nicht ausreichender fachlicher



Zusatzqualifikation – durch die Inhaberin der Physiotherapie erbracht wurde. Weitere fünf Versicherte wurden zu den ärztlich verordneten und abgerechneten „Kompressionsbandagierungen“ befragt. Vier von fünf befragten Versicherten haben angegeben, dass sie die „Kompressionsbandagierung“ nicht erhalten haben. Da sich der Anfangsverdacht bezüglich der Durchführung von „KG ZNS“ durch nicht ausreichend qualifiziertes Personal und die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen („Kompressionsbandagierung“) durch die Versichertenbefragung erhärtet hat, hat die AOK im November 2020 eine Mitteilung gem. § 197a SGB V an die Staatsanwaltschaft gesandt. Im Oktober 2021 wurde das Ermittlungsverfahren gem. § 153a StPO (Auflage: 500 Euro) eingestellt. Den entstandenen Schaden in Höhe von 48.000 Euro zahlt die Inhaberin der Physiotherapiepraxis in monatlichen Raten an die AOK zurück.

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

## Hilfsmittel

**Fallbeschreibung:** Im März 2020 wurden eine AOK von einem Dienstleistungsteam Pflege über die Beschwerde eines Versicherten informiert, der von einem Sanitätshaus für das von der AOK genehmigte Pflegebett eine Privatrechnung in Höhe 80 Euro erhalten hat. Im Rahmen eigener Recherchen fiel auf, dass das Sanitätshaus auf seiner Homepage mit einer Filiale wirbt, die nicht über eine nach dem SGB V erforderliche Präqualifizierung (§ 126 SGB V) verfügt und vertraglich nicht mit der AOK verbunden ist. Die Inhaber des Sanitätshauses (Rechtsform: GbR) wurden zu einem Gespräch eingeladen. Während des Gesprächs berichteten sie, dass das Sanitätshaus im April 2017 seinen Betriebssitz verlegt hat. Die alte Präqualifizierung sei im Februar 2017 ausgelaufen. Die Neubeantragung der Präqualifizierung sei im Umzugstress versehentlich untergegangen. Nach dem Schreiben der AOK habe man umgehend eine neue Präqualifizierung beantragt und problemlos bekommen.

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

Da die Inhaber des Sanitätshauses deutlich machen konnten, dass sie zu keinem Zeitpunkt bewusst Fehlrechnungen vorgenommen haben, hat die AOK von einer Strafanzeige abgesehen.

**Aufgreifkriterium:** interne Recherche  
**Täter, Beteiligte:** Sanitätshaus  
**Vorgehen im Fall:** Ratenzahlungsvereinbarung

## 7. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen

Um die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zielgerichteter unterstützen zu können und die eintretenden Schäden für das Solidarsystem zu minimieren, empfiehlt der AOK-Bundesverband folgende Anpassungen:

### **Klare datenschutzrechtliche Regelungen**

Zwei Ergänzungen des § 197a Abs. 3b SGB V zur Datenübermittlung an andere Stellen empfahl der AOK Bundesverband bereits in seinem Tätigkeitsbericht 2018/2019. Zum einen sollte die Ziffer 4 um „die Gesundheitsämter und weiteren Aufsichtsbehörden“ ergänzt werden.

Darüber hinaus sollte mit einer weiteren Ziffer die Datenübermittlung an „andere Träger der gesetzlichen Sozialversicherungen, insbesondere die DRV, Berufsgenossenschaften, Arbeitsagenturen und Jobcenter“ zulässig werden.

Unter anderem vor dem Hintergrund aktueller Schadensfälle bei der Erschleichung von Erwerbsminderungsrenten gibt es große Unsicherheiten hinsichtlich der Frage, ob Daten an andere Behörden, wie zum Beispiel Arbeitsagentur und Jobcenter, übermittelt werden dürfen.

Sinnvoll ist insofern eine Ergänzung des § 197a Abs. 3b Satz 1 SGB V um folgende Ziffern wie folgt:

6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,

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

Ferner sollte der § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V wie folgt gefasst werden:

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

### **Whistleblower-Schutz**

Am 16. Dezember 2019 trat die **Richtlinie (EU) 2019/1937** des Europäischen Parlaments und Rates zum Schutz von Personen, die Verstöße gegen Unionsrecht melden, in Kraft. Die EU setzt mit dieser Whistleblower-Richtlinie europaweite Standards zum Schutz von Hinweisgebern. Diese können Meldungen zukünftig schriftlich, telefonisch oder persönlich abgeben und sollen vor Vergeltungsmaßnahmen geschützt werden. Bis Ende 2021 hatten die EU-Mitgliedsstaaten Zeit, die Vorgaben der Richtlinie in eigene, nationale Gesetze umzuwandeln. Dieser Termin wurde durch Deutschland nicht eingehalten,

da die große Koalition sich nicht auf einen gemeinsamen Regierungsentwurf einigen konnte. Im neuen Koalitionsvertrag der Ampelkoalition wurde eine Umsetzung der Richtlinie in deutsches Recht angekündigt.

Bei der nationalen Umsetzung der sog. EU-Whistleblower-Richtlinie darf der Schutz von Hinweisgebern nicht auf die Meldung von Verstößen gegen EU-Recht beschränkt bleiben. Der Anwendungsbereich muss auf die Meldung von Verstößen gegen nationales Recht ausgeweitet werden und auch das SGB V und SGB XI erfassen.

Gem. § 197a Abs. 2 SGB V kann sich jeder mit Hinweisen auf ein Fehlverhalten an die Stelle wenden kann. Hierfür fehlt nach Auffassung der AOK jedoch eine notwendigen Absicherung. Eine Anordnung einer Verschwiegenheitspflicht entsprechend der §§ 6 Abs. 5, und 38 Abs. 2 BDSG wird hierfür als hilfreich angesehen.

Vollständige Vertraulichkeit können die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen Hinweisgebenden bislang nicht versprechen, weil sie eine solche Zusage aus strafprozessualen Gründen nicht einhalten können. Das hat zur Folge, dass die hinweisgebende Person unter diesen Umständen von einer Meldung Abstand nimmt. Bei einem anonymen Hinweis ist hingegen damit zu rechnen, dass diesem von den Strafverfolgungsbehörden weniger Glauben geschenkt wird. Außerdem gehört es in der Regel zur ersten polizeilichen Aufklärungspflicht, die Identität der Hinweisgeberin oder des Hinweisgebers trotzdem ermitteln zu müssen.

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sollten deshalb ein Zeugnisverweigerungsrecht erhalten, damit sie die Identität von Hinweisgebenden zukünftig auf deren Wunsch effektiv schützen können.

### **Künstliche Intelligenz und Datenschutz**

Ein Thema, welches die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im letzten Tätigkeitszeitraum bewegte und in Zukunft immer weiter an Relevanz zunehmen wird, ist der Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Fehlverhalten. Insbesondere um große Datenmengen zielgerichteter bearbeiten zu können und mögliche, nicht offensichtliche Tatmuster zu erkennen, eröffnet der Einsatz von KI neue Möglichkeiten.

Dem Einsatz von KI-Systeme in der Fehlverhaltensbekämpfung standen die Krankenkassen bislang eher zurückhaltend gegenüber, da er einen immensen spezifischen Aufwand, insbesondere für die Entwicklung und das Training der KI-Algorithmen, verursacht. Zudem war unklar, ob die notwendige Datenbasis vorhanden war. Darüber hinaus waren Fragen des Datenschutzes ungeklärt.

Ableitend vom Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union (Urteil des Gerichtshofs in der Rechtsache C-817/19), kann im Umgang mit großen Datenmengen festgehalten werden, dass aufgrund der Fehlerquote, die automatisierten Verarbeitungen innewohnt und zu erheblichen falsch positiven Ergebnissen führen kann, in einem zweiten Schritt klare und präzise Regeln aus nicht-automatisierten Maßnahmen vorzusehen sind, die eine individuelle Überprüfung erlauben. Hierzu sind objektive Kriterien für die Mitarbeitenden aufzustellen, die es ermöglichen, zum einen zu prüfen, ob und inwieweit ein Treffer tatsächlich eine Person betrifft, die möglicherweise an Straftaten beteiligt ist, und zum anderen, ob die automatisierten Verarbeitungen keinen diskriminierenden Charakter haben. Somit liegt ein erster Handlungsrahmen für die Ausgestaltung von KI-gestützten Ermittlungsansätzen vor.

In seiner Empfehlung vom 10. Dezember 2021 befasste sich der Digitalausschuss des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) mit dem „Einsatz von KI-Systemen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ mit der Frage, ob unter den derzeit bestehenden gesetzlichen Grundlagen der Einsatz von KI zulässig ist.

Als Rechtsgrundlage kommt laut BAS hierfür zunächst § 197a Abs. 1 SGB V in Betracht, wonach die Krankenkassen, Fälligen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Das BAS sieht hierin eine technikneutrale Formulierung, die eine Anwendung von KI-basierten Lösungen legitimiert.

Eine gesonderte Legitimation aufgrund einer möglichen Zweckänderung der gespeicherten Daten ist nicht erforderlich, da die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a Abs. 1 S. 2 SGB V in Verbindung mit § 67c Abs. 3 SGB X Kontrollbefugnisse wahrnehmen.

Die Übermittlungsbefugnis der personenbezogenen Daten stellt grundsätzlich § 197a Abs. 3a SGB V dar, der gestattet, die Daten auch kassenübergreifend zu übermitteln, wobei die Zweckbindung und die damit einhergehende Aufgabenstellung des § 197a Abs. 1 SGB V zu beachten ist.

Das BAS befasste sich daher mit der Frage, ob die Verarbeitungserfordernisse KI-gestützter Systeme unter Übermittlungs- und Verarbeitungsbefugnisse des § 197a SGB V subsumiert werden können.

Es empfiehlt aufgrund der technikneutralen Formulierung des § 197a SGB V eine Erweiterung der Verarbeitungsgrundlage. Auf eine konkrete Nennung der „KI-Technik“ als alleinige Technik sollte jedoch verzichtet werden, vielmehr sollte den Fehlverhaltensstellen die Datenanalysen „nach dem Stand der Technik ermöglicht werden.“ Dies würde weitere bereits bekannte Techniken wie z. B. Data Mining, Process Mining, Text Mining sowie Blockchain-Technologien umfassen und würde die Notwendigkeit stetiger späterer Anpassungen des Wortlautes des Gesetzes überflüssig machen, sobald sich der Stand der Technik weiterentwickelt hat.

Ein neu einzuführenden Absatz 3c könnte wie folgt lauten:

Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen Datenbestände mit denen anderer Kassen zusammenführen, um Sachverhalte und Muster herauszuarbeiten, die auf Basis der eigenen Datenbestände nicht erkennbar sind. Der Versichertenbezug ist zuvor zu entfernen. Eine Anwendung der Muster ist nur auf die eigenen Datenbestände zulässig. Eine präventive Verwendung solcher Muster ist zulässig, soweit diese im Einzelfall überprüft werden. Artikel 22 DSGVO ist zu beachten.

Mittels KI-gestützter Systeme sollen somit künftig aus den kassenübergreifenden zusammengeführten Datenbeständen (z. B. Abrechnungsdaten) Muster analysiert werden, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten. Die hierbei eruierten Auffälligkeiten müssen von der jeweiligen Krankenkasse geprüft werden und ggf. weiterverfolgt werden.

Die klarstellenden datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen des BAS in Verbindung mit dem aktuellen Urteil des EuGH werden seitens der AOK ausdrücklich begrüßt.

#### **Änderungsbedarf im Apothekenrecht**

Auch im Arzneimittelbereich sind durch Fehlverhalten hohe Schäden entstanden, insbesondere wenn ein Apotheker mit einem Arzt oder Versicherten an einem Fehlverhalten mitwirkt und einen Teil der Rezepte nicht bzw. nicht vollständig – wie abgerechnet – beliefert. In der Regel erhält der Versicherte oder der Arzt, der das Rezept einreicht, statt der verordneten Arzneimittel andere geldwerte Vorteile.

Sinnvoll ist insofern eine Ergänzung des § 17 Abs. 6 Apothekenbetriebsordnung hinsichtlich einer elektronischen Übermittlung der Buchungsnummer durch Apotheken bei der Buchung der Warenabgabe im Datensatz des Datenträger austausches bei der Apothekenabrechnung.

### **Erweitertes BTM-Register**

Der Gesetzgeber hat mit der Bundesopiumstelle, die am BfArM angesiedelt ist, eine zentrale Institution geschaffen, die mittels Substitutionsregister folgende Aufgaben erfüllt:

- die frühestmögliche Unterbindung von Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch verschiedene Ärzte für denselben Patienten,
- die Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchtmmedizinische Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte,
- die Übermittlung statistischer Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden.

Das Substitutionsregister leistet als bundesweites Überwachungsinstrument auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz sowie zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs im Rahmen der Substitutionsbehandlungen.“

Was für Betäubungsmittel wie Methadon geregelt ist, findet bei anderen Wirkstoffen der BtM-Verordnung wie insbesondere Fentanyl, Methylphenidat und Oxycodon bislang keine Anwendung. Seit Jahren wird von den Krankenkassen beobachtet, dass eine steigende Zahl von Versicherten problemlos an Rezepte für diese Medikamente kommt, da viele Ärzte in sehr kurzen Abständen konsultiert werden können, ohne dass diese die Möglichkeit hätten, zum Zeitpunkt der Verordnung zu prüfen, wie sich das historische BtM-Verhalten des Patienten darstellt. Durch das Aufsuchen verschiedener Apotheken entfällt auch die Kontrollmöglichkeit durch die Apothekerinnen und Apotheker. Rezepterschleichung durch Ärztehopping in Verbindung mit Arzneimittelmissbrauch bilden zwei Seiten der gleichen Medaille, die zu hohen Finanzschäden der Krankenkassen, aber auch zur Gefahr für Leib und Leben der Versicherten und, bei Handel, Dritter führen kann.

Analog zum Substitutionsregister ist daher ein erweitertes BTM-Register notwendig, das durch die Daten der abgebenden Apotheken gespeist wird und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten elektronisch und on-demand niederschwellig zur Verfügung steht; die

Krankenkassen wären im „Daten-Dreieck Apotheke-Register-Ärzteschaft“ nicht beteiligt. Der Gesetzgeber ist gefordert, hier einen rechtlichen Rahmen zu schaffen, der analog zum Substitutionsregister auch datenschutzrechtliche Freiheitsgrade schafft, um Prävention überhaupt erst möglich zu machen.

### **Gemeinsame Betrugspräventions-Datenbank**

Erkenntnisse des Bundeskriminalamtes über den bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug, zum Beispiel durch Pflegedienste, haben aufgezeigt, dass zur effektiven Verhinderung von Fehlverhalten der Aufbau einer organisationsübergreifenden GKV-Betrugspräventions-Datenbank erforderlich ist. Deshalb setzt sich die AOK dafür ein, den Austausch von personenbezogenen Daten im Rahmen der Fehlverhaltensbekämpfung auch Datenbanken zuzulassen, die von Dritten betrieben werden.

### **Flächendeckende Schaffung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften oder Zentralstellen**

Wie bereits oben angesprochen, ist für eine effiziente Fehlverhaltensbekämpfung auch eine entsprechend ausgestattete Ermittlungsbehörde notwendig. Daher müssen in allen Bundesländern spezielle Schwerpunktstaatsanwaltschaften, die sich mit landesweiter Zuständigkeit ausschließlich mit Wirtschaftskriminalität im Gesundheitswesen befassen, eingeführt werden.

# Anlage: Liste der Ansprechpartner

## Fehlverhaltensbekämpfung im AOK-Bundesverband

**AOK-Bundesverband**

Fehlverhaltensbekämpfung  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

**Kontakt: Herr Schadly**

Telefon: (030) 34646 2435

fehlverhaltensbekaempfung@bv.aok.de

## Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der AOK

## Beauftragte für Fehlverhaltensbekämpfung

**AOK Baden-Württemberg**

Fehlverhaltensbekämpfung  
Presselstraße 19  
70191 Stuttgart

**Kontakt: Herr Schnell**

Telefon: (0711) 2593 1232

fehlverhaltensbekaempfung@bw.aok.de

**AOK Bayern**

Fehlverhaltensbekämpfung  
Carl-Wery-Straße 28  
81739 München

**Kontakt: Herr Schirmer**

Telefon: (089) 62730 607

fehlverhalten@by.aok.de

**AOK Bremen-Bremerhaven**

Fehlverhaltensbekämpfung  
Bürgermeister-Smidt-Str. 95  
28195 Bremen

**Kontakt: Frau Dr. Weber**

Telefon: (0421) 1761 86100

fehlverhalten@hb.aok.de

**AOK Hessen**

Fehlverhaltensbekämpfung  
Kölner Straße 8  
65760 Eschborn

**Kontakt: Frau Degenhardt-Reinmold**

Telefon: (06196) 406 122

fehlverhalten@he.aok.de

**AOK Niedersachsen**

Fehlverhaltensbekämpfung  
Hildesheimer Straße 273  
30519 Hannover

**Kontakt: Herr Scherler**

Telefon: (0511) 8701 13 110

taskforce@nds.aok.de

**AOK Nordost**

Fehlverhaltensbekämpfung  
14456 Potsdam

**Kontakt: Herr Selle**

Telefon: (0800) 265080 24769

fehlverhaltensbekaempfung@nordost.aok.de

---

<b>AOK NordWest</b> Fehlverhaltensbekämpfung Kopenhagener Straße 1 <b>44269 Dortmund</b>	<b>Kontakt: Herr Dr. Mosler</b> Telefon: (0231) 4193 10180  bekaempfung_von_fehlverhalten@nw.aok.de
<b>AOK PLUS</b> Fehlverhaltensbekämpfung Augustiner Straße 38 <b>99084 Erfurt</b>	<b>Kontakt: Herr Schrodi</b> Telefon: (0800) 10590 80696  fehlverhaltensbekaempfung@plus.aok.de
<b>AOK Rheinland/Hamburg</b> Fehlverhaltensbekämpfung Pappelallee 22-26 <b>22089 Hamburg</b>	<b>Kontakt: Frau Lötzer</b> Telefon: (0211) 8791 28302  fehlverhalten@rh.aok.de
<b>AOK Rheinland-Pfalz/Saarland</b> Fehlverhaltensbekämpfung Virchowstraße 30 <b>67304 Eisenberg</b>	<b>Kontakt: Herr Behrendts</b> Telefon: (02641) 388 140  fehlverhalten-im-gesundheitswesen@rps.aok.de
<b>AOK Sachsen-Anhalt</b> Fehlverhaltensbekämpfung Lüneburger Str. 4 <b>39106 Magdeburg</b>	<b>Kontakt: Frau Hüttenrauch</b> Telefon: (0391) 2878 45453  ermittlungsgruppe.fehlverhalten@san.aok.de

---

# Gesetzestexte: § 197a SGB V und § 47a SGB XI

## Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)

### Gesetzliche Krankenversicherung

(Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

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

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

(1) Die Krankenkassen, wenn angezeigt ihre Landesverbände, und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen wenden. Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1, an dem die Vertreter der Einrichtungen nach § 81a Absatz 1 Satz 1, der berufsständischen Kammern und der

Staatsanwaltschaft in geeigneter Form zu beteiligen sind. Über die Ergebnisse des Erfahrungsaustausches sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

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

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
2. 2die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
3. 3die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
4. den Medizinischen Dienst und



5. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

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

(4) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

(5) Der Vorstand der Krankenkassen und der weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen hat dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über

die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuzuleiten. In dem Bericht sind zusammengefasst auch die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle, die Art und Schwere des Pflichtverstoßes und die dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sowie sonstige geeignete Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft bis zum 1. Januar 2017 nähere Bestimmungen über

1. die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 bei seinen Mitgliedern,
2. die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2,
3. die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2,
4. die Zusammenarbeit nach Absatz 3,
5. die Unterrichtung nach Absatz 4 und
6. die Berichte nach Absatz 5.

Die Bestimmungen nach Satz 1 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt die Berichte nach Absatz 5, die ihm von seinen Mitgliedern zuzuleiten sind, zusammen, gleicht die Ergebnisse mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab und veröffentlicht seinen eigenen Bericht im Internet.

## Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI)

### Soziale Pflegeversicherung

#### (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)

##### **§ 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

(1) § 197a des Fünften Buches gilt entsprechend; § 197a Absatz 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, auch mit den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften

Buches zuständig sind, zusammenzuarbeiten. Die organisatorischen Einheiten nach § 197a Abs. 1 des Fünften Buches sind die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

(2) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. An die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, dürfen die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 personenbezogene Daten nur übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Zusammenhang mit den Regelungen des Siebten Kapitels des Zwölften Buches erforderlich ist und im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen. Der Empfänger darf diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Ebenso dürfen die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen dürfen diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 sowie die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, haben sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.

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

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
4. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,
5. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und
6. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

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



**AOK-Bundesverband**

Interne Revision, Interner Datenschutz,  
Fehlverhalten im Gesundheitswesen  
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin