



FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN

10. BERICHT DES VORSTANDES
AN DEN VERWALTUNGSRAT ÜBER
DIE ARBEIT UND ERGEBNISSE DER
FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG

Berichtszeitraum
1.1.2022 bis
31.12.2023

DAK
Gesundheit
Ein Leben Lang.

03

INHALT

03 Vorwort

04

BEKÄMPFUNG VON FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN

05 Grundlagen der Fehlverhaltensbekämpfung

07 Zusammenarbeit der Krankenkassen und anderer Institutionen

09 Bericht über die Arbeit und Ergebnisse

10

FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG BEI DER DAK-GESUNDHEIT

11 Die wichtigsten Kennzahlen

14 Fallbeispiel 1 – Apotheke

15 Fallbeispiel 2 – Intensivpflege

17 Sonderaktion Heilmittel

18 20 Jahre Fehlverhaltensbekämpfung bei der DAK-Gesundheit

20

FAZIT UND AUSBLICK

21 Entwicklungen im Berichtszeitraum

22 Impulse zur Weiterentwicklung



23

ANLAGEN

23 Gesetzestexte §§ 197a SGB V und 47a SGB XI



VORWORT

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind seit 20 Jahren im Einsatz. Abrechnungsbetrug und Korruption verursachen weiterhin erhebliche finanzielle Schäden für Kranken- und Pflegekassen – somit auch bei der DAK-Gesundheit.

So ist immer wieder festzustellen, dass Leistungen abgerechnet wurden, die nicht erbracht oder gar nicht verordnet worden waren. Oder es wurden Leistungen zu überhöhten Preisen abgerechnet. Sicherlich liegt nicht jeder Auffälligkeit Betrug oder Korruption zugrunde, aber wir sehen es als unsere Pflicht an, Ungereimtheiten aufzuklären. Jedem Hinweis wird nachgegangen, um denjenigen das Handwerk zu legen, die sich an den Beitragsgeldern der Solidargemeinschaft bereichern wollen. Andernfalls würden diese Beitragsgelder letztendlich dem Gesundheitssystem entzogen und damit für die Versorgung der Versicherten nicht mehr zur Verfügung stehen.

Auf den folgenden Seiten informieren wir Sie über die Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfung der DAK-Gesundheit für den Berichtszeitraum vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2023. Besonders hervorzuheben ist die Sonderaktion Heilmittel, mit der die DAK-Gesundheit im Rahmen eines bereichsübergreifenden Projekts einen Millionenbetrag zurückholen konnte – mehr dazu lesen Sie auf Seite 17.

Dieser Bericht belegt, dass die DAK-Gesundheit ihren gesetzlichen Auftrag sehr gewissenhaft und engagiert wahrnimmt – auch und vor allem im Austausch mit den anderen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie den Strafverfolgungsbehörden.

Mit zusätzlichen Stellen hat die DAK-Gesundheit die Fehlverhaltensbekämpfung verstärkt und wird auch zukünftig aktiv gegen Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorgehen.

Hamburg, im Februar 2024



André Rutkis

Leiter der Stabsstelle Revision
und Fehlverhaltensbekämpfung



Dennis Zachert

Leiter des Fachbereichs
Fehlverhaltensbekämpfung



BEKÄMPFUNG VON FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN

GRUNDLAGEN DER FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG

Die Fehlverhaltensbekämpfung umfasst im rechtlichen Sinne auf Basis der §§ 197a SGB V und 47a SGB XI alle Sachverhalte, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen hindeuten. Der Aufgabenschwerpunkt liegt daher auf der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Leistungsbereich. Zu den möglichen Betrugsakteuren zählen dabei Leistungserbringer, Versicherte und Dritte sowie Arbeitgeber im Zusammenhang mit dem Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen.

WELCHE ARTEN VON LEISTUNGSMISSBRAUCH GIBT ES?

Nach aktuellen Erkenntnissen von Fehlverhaltensstellen treten insbesondere folgende Arten des Leistungsmissbrauchs auf:

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (Luftleistungen, Doppelabrechnung)
- Abrechnung nicht mit vertragsgemäßer Qualifikation erbrachter Leistungen
- Abrechnung höherwertiger Leistungen als erbracht (Aufwertung, Upcoding)
- Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen (unzulässige Delegation)
- Abrechnung anderer als der erbrachten Leistungen
- Abrechnung unwirtschaftlicher bzw. medizinisch nicht indizierter Leistungen
- Unzulässige Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer
- Urkundenfälschung, zum Beispiel Verordnungs-, Rezept- oder Zertifikatsfälschung
- Missbräuchliche Nutzung der Versichertenkarte



WELCHE MASSNAHMEN ERFOLGEN DURCH DIE FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG?

Der gesetzliche Auftrag der Fehlverhaltensbekämpfung wird durch den GKV-Spitzenverband in den „Näheren Bestimmungen“ genauer definiert. Diese regeln verbindlich Einzelheiten zur Organisation sowie Arbeitsweise der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen.

Es gehört zum gesetzlichen Auftrag, bei einem Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich die Staatsanwaltschaft einzuschalten. Die Kranken- und Pflegekassen stellen dazu entsprechende Verdachts- bzw. Strafanzeigen. Dabei steht die Fehlverhaltensbekämpfung in engem Austausch mit den Ermittlungsbehörden, beantragt Akteneinsicht und liefert notwendige Unterlagen.

Ein Anfangsverdacht besteht vor allem in Bezug auf Vermögensstraftaten wie Abrechnungs- und Computerbetrug gemäß §§ 263 und 263a StGB oder Untreue gemäß § 266 StGB. In engem Zusammenhang mit dem Betrugsvorwurf steht die Urkundenfälschung bzw. das Fälschen von Gesundheitszeugnissen gemäß §§ 276ff. StGB. Zudem kommt den Straftatbeständen der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen gemäß §§ 299a und 299b StGB praktische Bedeutung zu.

Die Kranken- und Pflegekassen kooperieren bei der Fehlverhaltensbekämpfung mit anderen Kassen sowie dritten Institutionen. Dabei beschränken sich die Partner nicht darauf, einzelne Hinweise zu bearbeiten, sondern es erfolgt eine umfassende, unter Umständen bundesweite Betrachtung.



Über das ggf. laufende Ermittlungs- bzw. Strafverfahren hinaus prüfen die Kranken- und Pflegekassen, wie der entstandene Schaden durch die betrügerischen Akteure (Leistungserbringer, Versicherte, Dritte oder Arbeitgeber) reguliert werden kann.



WELCHE FORMEN DER SCHADENSREGULIERUNG GIBT ES?

Die Schadensregulierung kann durch Erreichung eines Titels erfolgen, der die Rechtsverbindlichkeit sicherstellt und damit für die Kranken- und Pflegekassen zu einer gesicherten Forderung wird. Hierzu gehört neben Gerichtsurteilen aufgrund einer sozialgerichtlichen Durchsetzung von Rückforderungsansprüchen auch, dass nach Abschluss eines Insolvenzverfahrens ein Tabellenauszug vollstreckbar ausgefertigt wird. Zum überwiegenden Teil werden außergerichtliche Lösungen gefunden. Hierzu zählen beispielsweise die Aufrechnung mit bestehenden Vergütungsansprüchen, ein Vergleichsvertrag oder der Abschluss einer Schadensregulierungsvereinbarung durch Schuldanerkenntnis. Weiterhin gibt es auch im Strafverfahren die Möglichkeit einer Schadensregulierung zugunsten der Kranken- und Pflegekassen durch die Ermittlungsbehörden bzw. das Strafgericht. So kann ein Verfahren gegen Auflage einer Schadenswiedergutmachung eingestellt werden oder im Falle einer Verurteilung eine Vermögensabschöpfung erfolgen.

ZUSAMMENARBEIT DER KRANKENKASSEN UND ANDERER INSTITUTIONEN

ZUSAMMENARBEIT IM VERBAND DER ERSATZKASSEN (VDEK)

Zwischen den Ersatzkassen besteht eine Kooperationsvereinbarung, die eine weitgehend gemeinsame Bearbeitung bei der Fallverfolgung regelt. In den regelmäßig in den Bundesländern tagenden Arbeitsausschüssen „Abrechnungsmanipulation“ wer-



den Informationen und Erkenntnisse ausgetauscht und gemeinsame Vorgehensweisen festgelegt.

Neben dem Austausch von Informationen ist ein wesentliches Merkmal der Zusammenarbeit das Federführungsprinzip. Grundsätzlich wird für jeden Fall, der in einem regionalen Ausschuss bearbeitet wird, aus dem Kreis der Ersatzkassen ein Federführer bestimmt, der im Auftrag der anderen Ersatzkassen die Maßnahmen zum Ausgleich des Gesamtschadens sowie die notwendigen strafrechtlichen Maßnahmen umsetzt. Der Verband der Ersatzkassen (vdek) übernimmt die Organisation der Ausschusssitzungen und koordiniert die erforderlichen Aktivitäten.

Auf Bundesebene ist ein „Fachausschuss Abrechnungsmanipulation“ eingerichtet, der aus den Leitern und Leiterinnen der Fehlverhaltensbekämpfung der Ersatzkassen besteht. In diesem Kreis werden sowohl regelmäßig Informationen ausgetauscht als auch einheitliche Vorgehensweisen bei bundesweiten Fällen sowie bei gemeinsam durchgeführten Sonderprüfungen vereinbart. Zudem werden Strategien festgelegt, beispielsweise hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Kassenarten und deren Verbänden oder auch zur Positionierung der Ersatzkassen in den Gremien des GKV-Spitzenverbands.

KASSENARTENÜBERGREIFENDE KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN

In den verschiedenen Bundesländern arbeiten die Ersatzkassen auf Basis von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Kassenarten und -verbänden zusammen. Diese Vereinbarungen unterscheiden sich sowohl inhaltlich (gemeinsame Bekämpfung von Fehlverhalten in allen Leistungsbereichen oder lediglich Fokussierung auf einzelne Leistungsbereiche beispielsweise in der Pflege) als auch in puncto Intensität der Zusammenarbeit (arbeitsteilige Zusammenarbeit oder lediglich allgemeiner Informationsaustausch, Kooperationsvereinbarung oder Eckpunktepapier).

Kassenartenübergreifende Kooperationsvereinbarungen existieren in entsprechend unterschiedlicher Form in nahezu allen Bundesländern. Sie sind ein entscheidender Erfolgsfaktor und werden auch zukünftig ausgebaut und weiterentwickelt.



Übersicht der beteiligten Kassenarten

DIE ROLLE DES GKV-SPITZENVERBANDS

Beim GKV-Spitzenverband (GKV-SV) ist die Arbeitsgruppe „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ eingerichtet worden. Sie wird durch einen beim GKV-SV gemäß § 197a Abs. 1 SGB V beauftragten Mitarbeiter geleitet und besteht grundsätzlich aus Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen Kassenverbände. An diesen Sitzungen nehmen Vertreterinnen und Vertreter aller Kassenarten teil. Für die DAK-Gesundheit erfolgt die Vertretung durch den vdek sowie eine weitere Ersatzkasse. Die DAK-Gesundheit bringt sich hier regelmäßig mit Stellungnahmen ein und nimmt bei besonderen Anlässen auch an Sitzungen teil.



Vom 30. November bis zum 1. Dezember 2023 veranstaltete der GKV-SV zur Thematik „20 Jahre Fehlverhaltensbekämpfung“ einen Erfahrungsaustausch in der Zentrale des Spitzenverbands, an dem diverse Krankenkassen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Strafverfolgungsbehörden beteiligt waren.

DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind gemäß § 81a SGB V ebenfalls verpflichtet, eigene Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten. In einigen Bundesländern nehmen Vertreterinnen und Vertreter punktuell an den Sitzungen der Arbeitsausschüsse teil.

Die Schadensregulierungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten erfolgen durch sachlich-rechnerische Berichtigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dabei werden festgestellte finanzielle Schäden bei der DAK-Gesundheit überwiegend nicht durch direkte Rückzahlung ausgeglichen, sondern das zu zahlende ärztliche Honorar wird bei zukünftigen Abrechnungen korrigiert. Schäden aus von ärztlicher Seite zu Unrecht ausgestellten Verordnungen werden über Anträge auf sonstigen Schaden bei den gemeinsamen Prüfeinrichtungen der Länder durch die Fehlverhaltensbekämpfung regressiert.

ZUSAMMENARBEIT MIT DEN STRAFVERFOLGUNGSBEHÖRDEN

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn eine Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung bestehen könnte.

Das zugrundeliegende Sozialversicherungsrecht ist äußerst komplex und die gesetzlichen Rahmenbedingungen ändern sich ständig. Bei Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens handelt es sich um eine Spezialmaterie. Staatsanwaltschaften verfügen häufig nicht über entsprechende Fachkenntnisse der sozialgesetzlichen Vorschriften oder vertraglichen Vereinbarungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Auch nach 20 Jahren Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind die Strafverfolgungsbehörden auf das Fachwissen der Krankenkassen angewiesen. Sie stehen auch aufgrund knapper Ressourcen einer Zusammenarbeit offen gegenüber.

Der Begriff „Zusammenarbeit“ muss hier allerdings differenziert betrachtet werden, da die Behörden, obwohl sie mit den Krankenkassen zum Teil „an einem Tisch sitzen“, bei ihren Ermittlungen diesen gegenüber grundsätzlich das Neutralitätsprinzip wahren müssen.

In einigen Bundesländern kommt es in Form von sogenannten Runden Tischen zu regelmäßigen Treffen zwischen den Krankenkassen und Vertreterinnen und Vertretern der Staatsanwaltschaften sowie polizeilichen Ermittlungsbehörden, um allgemeine Informationen und Erfahrungen auszutauschen.



BERICHT

ÜBER DIE ARBEIT UND ERGEBNISSE

Die Vorstände der Kranken- und Pflegekassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, dem jeweiligen Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfung zu berichten.



VERGLEICHBARKEIT DURCH EINHEITLICHE KENNZAHLEN UND BERICHTSZEITRÄUME

Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, hat der GKV-SV genau definiert, welche Kennzahlen für welchen Zeitraum zusammengestellt werden sollen. Das einheitliche Berichtswesen umfasst im Wesentlichen die folgenden Zahlen, die sich auf den jeweiligen Berichtszeitraum beziehen:

- Eingegangene Hinweise (intern/extern)
- Verfolgte Fälle (Bestandsfälle/Neufälle)
- Abgeschlossene Fälle (inkl. nachgewiesener Fälle)
- Entstandener Schaden
- Gesicherte Forderungen
- Unterrichtung der Staatsanwaltschaft
- Betroffene Leistungsbrieger bzw. Versicherte oder Dritte



Alle genannten Kennzahlen werden zudem einem Leistungsbe-
reich zugeordnet wie z.B. Ärztliche Leistungen, Heilmittel oder
Häusliche Krankenpflege, um entsprechende Auffälligkeiten bzw.
Schwerpunkte identifizieren zu können. Die Aufstellung dieser
sowie weiterer Kennzahlen, bezogen auf die Fehlverhaltensbe-
kämpfung der DAK-Gesundheit, finden Sie in diesem Bericht ab
Seite 11.



FEHLVERHALTENS- BEKÄMPFUNG BEI DER DAK-GESUNDHEIT

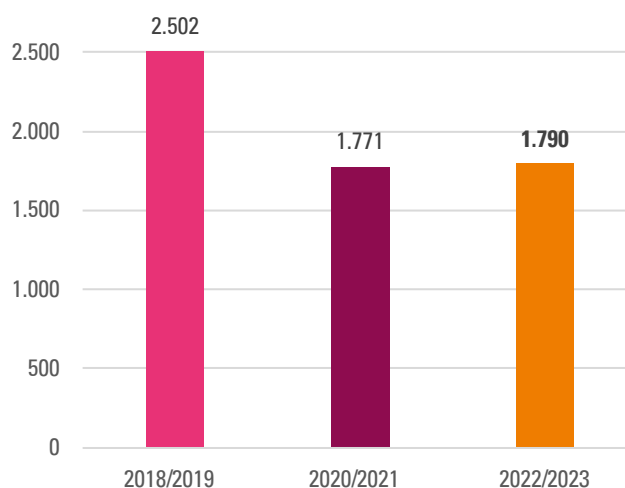
DIE WICHTIGSTEN KENNZAHLEN

Wie sich die Fallzahlen und das finanzielle Gesamtvolumen der Fehlverhaltensbekämpfung bei der DAK-Gesundheit seit dem Berichtszeitraum 2018/19 entwickelt haben, fassen wir im Folgenden zusammen. Der GKV-SV veröffentlicht zum Berichtszeitraum 2022/2023 einen entsprechenden Gesamtbericht für alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen.

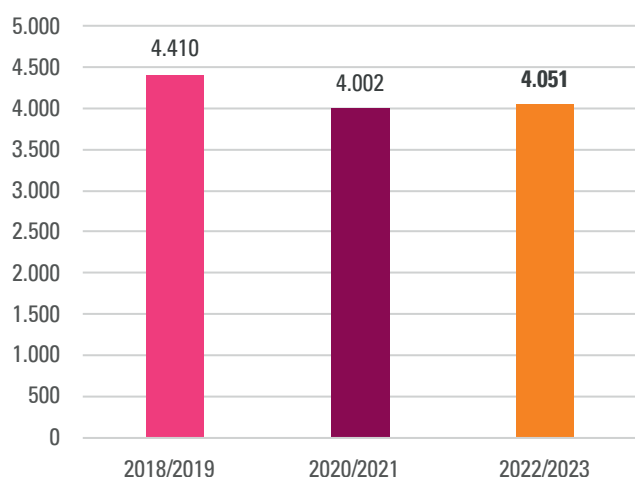
EINGEGANGENE HINWEISE

Die Kennzahl zu den neuen Hinweisen beinhaltet sowohl interne als auch externe Hinweise, die der Fehlverhaltensbekämpfung im Berichtszeitraum gemeldet wurden. Neue Fälle erreichen die DAK-Gesundheit beispielsweise über das eigene E-Mail-Postfach Manipulationsverdacht@dak.de oder entstehen im direkten Austausch mit anderen Krankenkassen sowie den Strafverfolgungsbehörden. Die aktuelle Kennzahl entspricht in etwa dem Niveau von 2020/2021; es liegt eine minimale Steigerung vor.

Die im Vergleich zu 2018/2019 zurückgegangenen Zahlen lassen sich auch in diesem Bericht noch mit den Nachwirkungen der Corona-Pandemie begründen. Insbesondere die zeitweilige Aussetzung der Regelbegutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 114 SGB XI führte zu einem Rückgang der Hinweise im Bereich der Pflege. Der Medizinische Dienst prüft dabei die Pflegedienste vor Ort und stellt auch entsprechende Auffälligkeiten hinsichtlich der Abrechnung fest, die durch die Fehlverhaltensbekämpfung weiterverfolgt werden. Insgesamt hat die Arbeitsgruppe Fehlverhaltensbekämpfung nur eingeschränkte Möglichkeiten, die Entwicklung der Hinweiszahl zu beeinflussen.

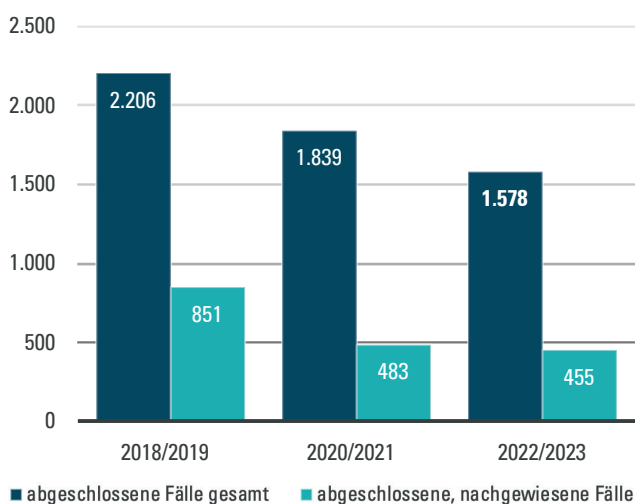


VERFOLGTE FÄLLE



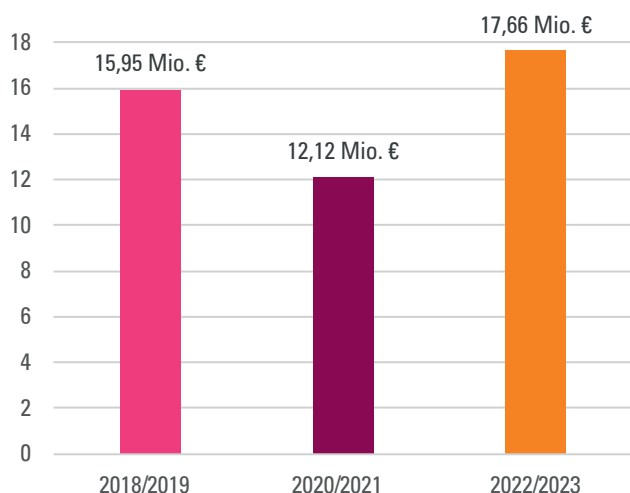
Die im Berichtszeitraum insgesamt verfolgten Fälle schließen neue sowie bestehende und im Berichtszeitraum noch offene Fälle aus den vorangegangenen Jahren (vor 2022, sogenannte Bestandsfälle) mit ein. Tendenziell werden die Fallbearbeitungszeiten immer länger. Die stark vernetzte und gut organisierte kassenartenübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht genauere Ergebnisse in der Recherche und ein einheitliches Vorgehen gegen den jeweiligen Betrugsakteur. Bedingt durch die immer komplexeren individuellen, nicht selten auch leistungsbereichsübergreifenden Fallkonstellationen müssen Hinweise intensiver geprüft werden und auch die anschließende Fallverfolgung verlängert sich. Wie Ansprüche durchgesetzt werden können, hängt vielfach vom Ausgang sich über mehrere Jahre hinziehender Straf-, Sozialgerichts- und Insolvenzverfahren ab.

ABGESCHLOSSENE FÄLLE (INKL. NACHGEWIESENER FÄLLE)



Der Rückgang der abgeschlossenen Fälle steht im Zusammenhang mit den im vorherigen Abschnitt ausgeführten Kriterien in der Fallbearbeitung. Die aktuelle Aufklärungsquote (nachgewiesene Fälle) liegt bei rund 30 Prozent und ist im Vergleich zum Berichtszeitraum 2020/2021 im Verhältnis zu den abgeschlossenen Fällen wieder leicht gestiegen.

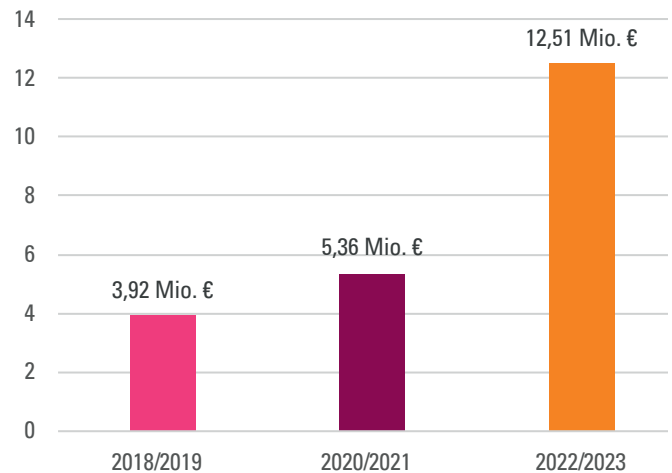
ENTSTANDENER SCHADEN



Nach der Gesetzesbegründung soll bei den entstandenen Schäden der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung beziffert werden, „der durch Prüfungen nicht vermieden werden konnte“. Der erhebliche Anstieg im aktuellen Berichtszeitraum ist die unmittelbare Folge von zunehmender Vernetzung und intensiverer Zusammenarbeit: Durch Fokussierung und höhere Qualität in der Bearbeitung ließen sich höhere Schäden ermitteln.

GESICHERTE FORDERUNGEN

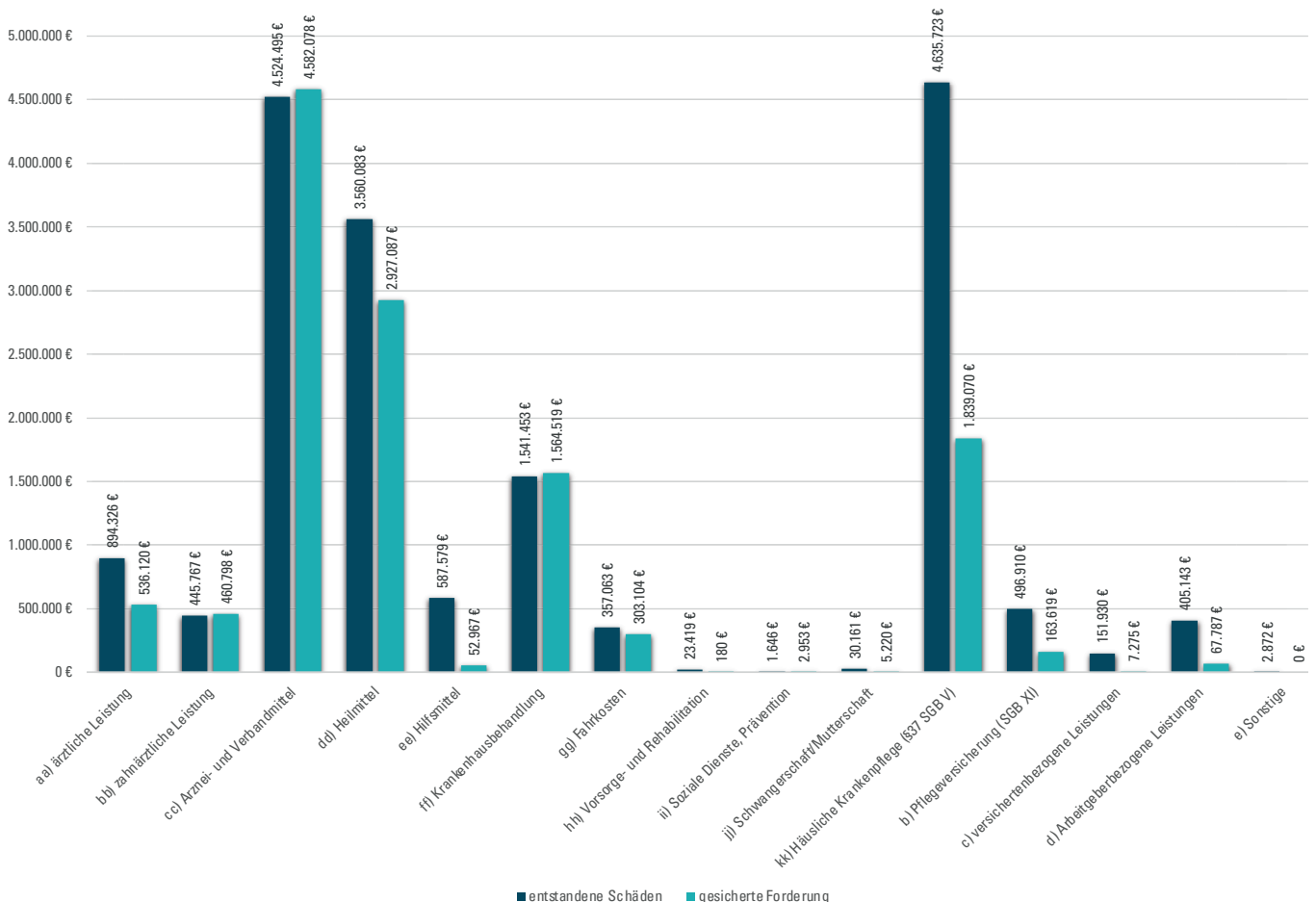
Die gesicherten Forderungen resultieren aus allen Fällen, die nach der Definition in den Näheren Bestimmungen „unanfechtbar“ sind, also auf Basis einer gerichtlichen oder außergerichtlichen Durchsetzung festgestellt worden sind. Genau wie bei den entstandenen Schäden wirkt sich die übergreifende Zusammenarbeit auch hier aus. 2022/2023 konnten zudem einige mit einem Millionenbetrag bezifferte Fälle gesichert werden, weshalb sich die gesicherten Forderungen für die DAK-Gesundheit im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum mehr als verdoppelt haben.



ENTSTANDENE SCHÄDEN UND GESICHERTE FORDERUNGEN NACH LEISTUNGSBEREICHEN

Das folgende Schaubild zeigt die entstandenen Schäden und gesicherten Forderungen, die im Berichtszeitraum 2022/2023 festgestellt wurden, aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen. Der Bereich Pflege (SGB V und SGB XI) birgt nach wie vor ein hohes Betragspotenzial. Insbesondere die häusliche Krankenpflege führt angesichts hoher Kosten im Intensivpflegebereich und des Mangels an qualifiziertem Personal zu hohen Schadensbeträgen.

Danach folgen die höchsten Beträge sowohl bei den Schäden als auch bei den gesicherten Forderungen im Bereich der Arznei- und Verbandmittel. Hierbei sorgen wenige Fälle für hohe Summen. Danach folgt der Leistungsbereich Heilmittel, in dem insbesondere durch die ab Seite 17 beschriebene Sonderaktion ein Millionenbetrag ermittelt und gesichert werden konnte.



FALLBEISPIEL 1

APOTHEKE



Quelle: Website Süddeutsche Zeitung vom 12.12.2022

Durch einen internen Hinweis des Fachbereichs Arzneimittel wurde die Fehlverhaltensbekämpfung der DAK-Gesundheit auf das ungewöhnliche Ordnungsverhalten eines Zahnarztes aufmerksam. Das von diesem verordnete Medikament Stelara kommt gegen Schuppenflechte zum Einsatz, was im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung fachfremd und auf den ersten Blick nicht zu erklären war. Zudem ist die Anwendung der hochpreisigen Injektionslösung in einer Fertigspritze grundsätzlich nur angezeigt, wenn andere Therapien nicht angesprochen haben, kontraindiziert sind oder nicht vertragen werden. Normalerweise also ein Fall für eine Facharztpraxis.

Die Verordnungen waren ausgestellt auf die Ehefrau des Zahnarztes, die zum Zeitpunkt des Geschehens bei der DAK-Gesundheit versichert und gleichzeitig Inhaberin der Apotheke war, in der die Verordnungen eingereicht wurden. Die Prüfung der Verordnungen ergab in der Folge Auffälligkeiten im Hinblick auf Stempel und Unterschrift im Vergleich zu anderen Verordnungen des Zahnarztes. Die Arbeitsgruppe Fehlverhaltensbekämpfung stellte Strafanzeige bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg, Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG). Nach erfolgter

Durchsuchung konnte ermittelt werden, dass die Apothekerin sich Blankorezepte und Stempel ihres Ehemannes beschafft und die Unterschrift auf den Rezepten gefälscht hatte. Im Zeitraum von März 2019 bis Dezember 2020 rechnete sie über ihren Abrechnungsdienstleister 39 auf sie ausgestellte Verordnungen über insgesamt 108 Fertigspritzen des verschreibungspflichtigen Medikaments mit der DAK-Gesundheit ab und erhielt dafür zu Unrecht rund 520.000 Euro.

Durch die Strafanzeige der DAK-Gesundheit und die Ermittlungen der Generalstaatsanwaltschaft konnte der Fall vor der siebten Kammer des Landgerichts Augsburg zur Anklage gebracht werden. Die Angeklagte war geständig und kam einem Berufsverbot zuvor, indem sie ihre Approbation zurückgab. Sie wurde wegen Betrugs in Tateinheit mit Urkundenfälschung zu einer Freiheitsstrafe von insgesamt drei Jahren verurteilt. Der bei der DAK-Gesundheit entstandene Schaden konnte durch Verrechnungen, Direktzahlungen aufgrund von Verhandlungen mit der Strafverteidigung der geständigen Apothekerin und durch Einziehung der Strafvollstreckungsstelle bei der ZKG vollständig zurückgeführt werden.

FALLBEISPIEL 2

INTENSIVPFLEGE



Quelle: Website Lübecker Nachrichten vom 14.11.2022

Am Anfang stand ein interner Hinweis des Fachbereichs Häusliche Krankenpflege: Bei einer Intensivpflegepatientin hatten sich die Abrechnungsmodalitäten nach einem Wechsel des Pflegedienstes trotz gleichbleibender Versorgungssituation auf nicht nachvollziehbare Weise geändert. Die Arbeitsgruppe Fehlerhaltensbekämpfung der DAK-Gesundheit nahm daraufhin die Ermittlungen auf. Es bestand der Verdacht, der Pflegedienst könne durch Unterschreiten des vereinbarten Versorgungsschlüssels Mehrleistungen gegenüber der DAK-Gesundheit abrechnen.

Für die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit intensivpflegerischem Bedarf kommt eine Betreuung in der eigenen Häuslichkeit oder in dafür eingerichteten Wohngruppen in Betracht. Für diese Form der häuslichen Krankenpflege gibt es klare qualitative und quantitative Anforderungen, die seitens des Pflegedienstes erfüllt werden müssen, um die Leistungen anbieten und abrechnen zu können. Neben den notwendigen Zusatzqualifikationen der Pflegefachkräfte werden auch der Versorgungsschlüssel sowie der zu erstattende Stundensatz festgelegt. Im vorliegenden Fall handelte es sich um eine sogenannte 24-Stunden-Versorgung bei der Patientin.

Die Versicherte wurde vor dem Wechsel des Pflegedienstes gemeinsam mit einer Versicherten einer anderen Krankenkasse in einer ambulant betriebenen Intensivpflege-Wohngruppe betreut. Hierfür war mit dem vorherigen Pflegedienst eine Eins-zu-zwei-Versorgung vereinbart worden. Das heißt, der Pflegedienst setzte für die Behandlungspflege von zwei Patientinnen im vereinbarten zeitlichen Rahmen eine Pflegefachkraft ein. Der die Versicherte in der Folge betreuende neue Pflegedienst gab an, die Patientin nunmehr in einer Eins-zu-eins-Versorgung zu betreuen, und rechnete dafür gegenüber der DAK-Gesundheit den hierzu vereinbarten Stundensatz ab.

Es war also zu prüfen, ob die Leistungen vom Pflegedienst wie in der Abrechnung angegeben erbracht wurden. Die Fehlerhaltensbekämpfungsstelle der DAK-Gesundheit stimmte sich mit weiteren gesetzlichen Krankenkassen zu dem Sachverhalt ab und erfuhr, dass durch den Pflegedienst bei weiteren Kassen ebenfalls Versorgungen im intensivpflegerischen Bereich abgerechnet wurden. Die Prüfung für zwei Versicherte zeigte durch den Abgleich von Leistungsnachweisen, Einsatzzeiten, Handzeichen, Abrechnungen, Adressen der versorgten Versicherten und den zugrundeliegenden Vereinbarungen auf, dass



der Pflegedienst von Oktober 2017 bis März 2018 keine Eins-zu-eins-Versorgung erbracht und damit den vertraglich vereinbarten Versorgungsschlüssel unterschritten hatte. Bereits durch diese Datenauswertung konnte für die DAK-Gesundheit ein vorläufiger Schaden in Höhe von 69.795 Euro ermittelt werden.

Die mit der Federführung beauftragte DAK-Gesundheit stellte für alle von ihr vertretenen gesetzlichen Krankenkassen am 13. Februar 2019 Strafanzeige. Im Dezember 2019 wurden im Rahmen des Ermittlungsverfahrens Durchsuchungsbeschlüsse erlassen, die im Februar 2020 umgesetzt werden konnten. Die Auswertung der beschlagnahmten Unterlagen und Daten ergab, dass neben der DAK-Gesundheit bei vier weiteren Kassen Schäden aufgrund der Falschabrechnung von erbrachten Leistungen der Behandlungspflege entstanden waren. Der Pflegedienst hatte bei mehreren Versicherten die vereinbarten Versorgungsschlüssel von eins zu eins oder eins zu zwei unterschritten und dafür Mehrleistungen abgerechnet.

Nach Abschluss des Ermittlungsverfahrens brachte die Staatsanwaltschaft Lübeck den Fall vor dem zuständigen Amtsgericht Ratzeburg gegenüber dem Geschäftsführer des Pflegedienstes zur Anklage und beantragte in Höhe von 134.945 Euro die Einzie-

hung erlangter Vermögenswerte gegenüber dem Angeklagten. Im Rahmen des dann durchgeführten Strafverfahrens stellte die DAK-Gesundheit in der Hauptverhandlung im November 2022 federführend für die geschädigten Krankenkassen einen Antrag auf Durchführung eines Adhäsionsverfahrens. Dabei wird innerhalb eines Strafverfahrens auf Antrag des Opfers einer Straftat über dessen Schadensersatzanspruch entschieden. Das im Regelfall gesondert geführte Klageverfahren auf Schadensersatz vor einem Sozial- oder Zivilgericht wird dabei in das laufende Strafverfahren inkludiert. Ein hier ergehendes Urteil oder ein abgeschlossener Vergleich sind gegenüber den Angeklagten vollstreckbar.

Im Adhäsionsverfahren verständigten sich die durch die DAK-Gesundheit vertretenen Krankenkassen mit dem Angeklagten auf eine vergleichsweise Schadensbereinigung in Höhe von 149.000 Euro. Dem Angeklagten wurde die Tilgung in sechs monatlichen Raten nachgelassen. Das Strafverfahren wurde vorläufig mit Erteilung einer Geldauflage zugunsten der Kassen gemäß § 153a StPO in Höhe der vergleichweisen Regelung eingestellt. Nach Eingang der vereinbarten Raten wurde das Strafverfahren im Mai 2023 endgültig eingestellt. Damit konnten für die DAK-Gesundheit Gelder in Höhe von 107.750 Euro zurückgeholt werden.

SONDERAKTION HEILMITTEL



Übersicht Projektbeteiligte

Im Bereich der Versorgung mit Physiotherapie- und Ergotherapie-Leistungen gibt es zwei Abrechnungspositionen für verordnete Hausbesuche. In den Vergütungsvereinbarungen zu den Verträgen wird die Hausbesuchspauschale für Versicherte, die in einer sozialen Einrichtung (z. B. Pflegeheim) wohnen, niedriger vergütet als die „normal“ abrechenbare Pauschale für Besuche in der privaten Häuslichkeit. Das hängt mit einem geringeren Aufwand für die Leistungserbringer zusammen, da davon auszugehen ist, dass diese in einer sozialen Einrichtung gleich mehrere Versicherte behandeln.

Eine interne Prüfung des Fachbereichs Heilmittel ergab, dass von etlichen Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten die erhöhte Pauschale für Hausbesuche abgerechnet worden war, obwohl die Versorgung tatsächlich in sozialen Einrichtungen stattfand.

Der Preisunterschied differiert je nach Leistungsart zwischen rund 35 und 40 Prozent. Die Falschabrechnungen betrafen die Jahre 2017 bis 2020. Seit Mitte 2020 schließt bei der DAK-Gesundheit ein besonderer Prozess in der Rechnungsprüfung die Möglichkeit einer erhöhten Abrechnung von vornherein aus. Von den Falschabrechnungen waren auch weitere Ersatzkassen betroffen.

In einem groß angelegten Projekt unter Leitung der Fehlverhaltensbekämpfung forderte die DAK-Gesundheit in den Jahren 2022/2023 die zu Unrecht abgerechneten Leistungen von den Leistungserbringern zurück. Durch die Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Heilmittel, weiteren Fachabteilungen und dezentralen Dienststellen sowie dem Abrechnungsdienstleister konnten rund 2,5 Mio. Euro zurückgeholt werden.

Aufgrund der Größe der Sonderaktion Heilmittel kam es, wie erwartet, zu Reaktionsschreiben von z. B. Berufsverbänden, Leistungserbringern und Abrechnungsstellen der betroffenen Leistungserbringer. Zu den Antwortschreiben stimmte sich die DAK-Gesundheit mit den betroffenen Ersatzkassen, die ebenfalls Forderungen geltend gemacht hatten, mehrfach ab und hielt sich auf dem Laufenden.

Eine partnerschaftliche, vertrauensvolle und unbürokratische Zusammenarbeit war entscheidend für den Erfolg dieses Projekts, das von der DAK-Gesundheit offiziell zum 30.11.2023 beendet wurde.

20 JAHRE FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG BEI DER DAK-GESUNDHEIT



DIE ANFÄNGE (2004–2007)

„Wir bekämpfen Missbrauch und Verschwendung im Gesundheitswesen und setzen uns für die Rechte unserer Versicherten ein“ – dieser Satz wurde 2004 in das Leitbild der DAK aufgenommen. Für die in dem Jahr eingeführten §§ 197a SGB V und 47a SGB XI richtete man zum 1.12.2004 zunächst eine Stelle in der Zentrale in Hamburg im Bereich der Revision ein. In die damit neu geschaffene „Fehlverhaltensbekämpfung“ wurden Aufgaben vom Versorgungsmanagement verlagert. Die Fallbearbeitung und Ausschussarbeit erfolgte dezentral über die 15 Ansprechpersonen in den Vertragsbereichen, die bereits seit dem Jahr 2000 für dieses Thema verantwortlich waren. Der Mitarbeiter der neuen Fehlverhaltensbekämpfung war unterstützend und koordinierend tätig. Bereits seit 2003 bestand die Kooperationsvereinbarung zwischen den Ersatzkassen beim vdek inklusive des bereits beschriebenen Federführungsprinzips (vgl. Seite 7), wonach eine Krankenkasse für alle Aktivitäten in dem jeweiligen Fall die Koordination und Verantwortung übernimmt.

DIE NEUAUSRICHTUNG DER FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG (2008–2009)

Im Rahmen der Reorganisation der Zentrale wurde die Fehlverhaltensbekämpfung im Jahr 2008 organisatorisch und personell neu aufgestellt. Neben dem Leiter wurden weitere sechs Mitarbeitende mit der Fallbearbeitung betraut. Sie vertraten die DAK-Gesundheit zudem beim vdek in den regionalen Arbeitskreisen zur Abrechnungsmanipulation. Eine eigens für das Thema zuständige Volljuristin sowie die Möglichkeit, über die Revision Daten auszuwerten, komplettierten die Neuaufstellung. Bei fachlichen Fragen unterstützten ab diesem Zeitpunkt die Fachbereiche und Fachzentren u.a. für Arznei- und Heilmittel sowie die Hilfsmittelkompetenzzentren. Ein neu eingeführtes eigenes Datenbanksystem ermöglichte es, die Fälle systematisch zu erfassen und aktuelle Sachstände einheitlich zu dokumentieren. Die Datenbank auf Basis der Microsoft-Anwendung Access bildete fortan die Grundlage für die Steuerung der Arbeitsgruppe und für das Berichtswesen nach § 197a SGB V.

ERSTE ENTWICKLUNGEN ZU EINEM EINHEITLICHEN BERICHTSWESEN (2010–2013)

In den folgenden Jahren einigten sich die Fehlverhaltensstellen der Kranken- und Pflegekassen mit dem GKV-SV auf ein einheitliches Berichtswesen und entwickelten ein vom GKV-SV initiiertes Tool zum Erfassen von Fällen, an dem auch die DAK-Gesundheit im Rahmen der Erprobung mitwirkte. Trotzdem setzte die DAK-Gesundheit weiterhin auf ihre eigene stetig weiterentwickelte Datenbanklösung, die einen individuelleren Ansatz und auf die Kasse abgestimmte Prozesse beinhaltet.

Der § 197a SGB V wurde mit Wirkung zum 1.1.2012 u. a. um den Absatz 3a ergänzt. Dadurch wurde eine Rechtsgrundlage und damit Rechtssicherheit für den Austausch personenbezogener Daten geschaffen, soweit dieser erforderlich ist, um Fehlverhalten im Gesundheitswesen festzustellen und zu bekämpfen.

STÄRKUNG DER FEHLVERHALTENS- STELLEN DURCH NEUE GESETZE (2014–2020)

Im Jahr 2016 folgte ein neues Gesetz der Bundesregierung zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, das die Einführung neuer Straftatbestände vorsah. Im Strafgesetzbuch wurden der § 299a Bestechlichkeit im Gesundheitswesen sowie der § 299b Bestechung im Gesundheitswesen eingeführt, die als Strafandrohung Freiheitsstrafen von bis zu drei Jahren und Geldstrafen vorsehen. Zudem wurde der § 197a SGB V dahingehend erweitert, dass der GKV-SV einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch zwischen Fehlverhaltensstellen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern sowie Staatsanwaltschaften zu organisieren hatte. Es oblag dem GKV-SV außerdem, in den „Näheren Bestimmungen“ zu definieren, wie die Arbeit der Fehlverhaltensstellen sowie das Berichtswesen erfolgen sollten. Die Näheren Bestimmungen wurden im November 2017 beschlossen und führten bereits für den dann folgenden Berichtszeitraum 2018/2019 zu einheitlichen Kennzahlen für alle Fehlverhaltensstellen der Kranken- und Pflegekassen. Die Befugnisse bei der Übermittlung von personenbezogenen Daten an andere Stellen, z. B. den Medizinischen Dienst oder Abrechnungsdienstleister, wurden 2019 durch eine weitere Anpassung des § 197a Absatz 3 SGB V mit der Ergänzung durch den Absatz 3b) erheblich erweitert.

PERSONALAUFBAU UND WEITERENTWICKLUNG DER NÄHEREN BESTIMMUNGEN (2021–2023)

Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass die immer komplexer werdenden individuellen Fallkonstellationen besondere Sach- und Fachkompetenz in unterschiedlichen Bereichen und Stadien der Fallbearbeitung erfordern. Durch eine 2021 intern erfolgte Stellenanalyse wurden zusätzliche Bedarfe für die Fehlverhaltensbekämpfung identifiziert und zudem zwei neue Stellentypen geschaffen. Die Arbeitsgruppe Fehlverhaltensbekämpfung bei der DAK-Gesundheit besteht inklusive des Stelleninhabers nach §§ 197a SGB V sowie 47a SGB XI aktuell aus einem 18-köpfigen Team.

Die Näheren Bestimmungen wurden in Abstimmung zwischen den Krankenkassen sowie dem GKV-SV weiterentwickelt und sind mit diversen Änderungen zum 1. Januar 2024 in Kraft getreten. Mit dem Hinweis auf deutlich höhere Aufklärungs-, Strafverfolgungs- und Vermögensrückführungsquoten bei personell gut aufgestellten Fehlverhaltensstellen wurde die Aussage zur Organisationsverpflichtung der Kranken- und Pflegekassen geschärft. Zudem wird festgestellt, dass künstliche Intelligenz auch mit zusammengeführten Datenbeständen verschiedener Kassen eingesetzt werden kann, um Fehlverhalten im Gesundheitswesen aufzudecken und zu verhindern. Bis zu einer entsprechenden gesetzlichen Klarstellung ist dies aus Gründen der Rechtssicherheit aber stets nach § 80 SGB X bei der zuständigen Aufsichtsbehörde anzuzeigen. Die datenschutzrechtliche Bewertung obliegt hier weiterhin der einzelnen Kasse. Im Hinblick auf das neue Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) wird klargestellt, dass die Regelungen der §§ 197a SGB V und 47a SGB XI nicht berührt werden, da die Fehlverhaltensstellen weder interne noch externe Meldestelle nach dem HinSchG sind. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Thema Transparenz – hier wurde von Seiten des GKV-SV nochmals betont, dass die Berichte über die Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfung von den Kranken- und Pflegekassen veröffentlicht werden können. Neben weiteren Änderungen wird noch stärker herausgestellt, dass die Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensprävention) eine zunehmend bedeutsamere gesetzliche Aufgabe darstellt.



FAZIT UND AUSBLICK

ENTWICKLUNGEN IM BERICHTSZEITRAUM



Die Ergebnisse des Berichtszeitraums zeigen deutlich, dass Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen – auch nach 20 Jahren Fehlverhaltensbekämpfung – eine große Rolle spielen. Sowohl die entstandenen Schäden in Höhe von über 17 Mio. Euro als auch die gesicherten Forderungen in Höhe von 12,5 Mio. Euro haben dabei einen neuen Höchststand erreicht. Insbesondere die gesicherten Forderungen haben sich im Vergleich zu 2020/2021 mehr als verdoppelt. Dabei ist zu beobachten, dass Fälle mit außergewöhnlich hohen Schadenssummen zunehmen und maßgeblich zu dem Gesamtergebnis beitragen.

Die Fallzahlen entsprechen in etwa dem Niveau des vorherigen Berichtszeitraums. Zudem ist festzustellen, dass der Leistungsbereich Pflege (inklusive Häuslicher Krankenpflege) mit rund 45 Prozent aller Fälle auch in diesem Berichtszeitraum am häufigsten betroffen ist.

Auch wenn nicht hinter jeder fehlerhaften Abrechnung eine betrügerische Absicht steckt und zu berücksichtigen ist, dass die überwiegende Mehrheit der Leistungserbringer korrekt abrechnet, ist es auch in Zukunft unser Ziel, im Sinne der gesetzlichen Verpflichtung allen Hinweisen auf einen möglichen Abrechnungsbetrug konsequent nachzugehen.

Durch den Aufbau weiterer Ressourcen ist der Fachbereich Fehlverhaltensbekämpfung der DAK-Gesundheit personell gut ausgestattet, um auch in den kommenden Jahren in einem sich stark verändernden Gesundheitsmarkt erfolgreich gegen Abrechnungsbetrug und Korruption vorzugehen.

IMPULSE

ZUR WEITERENTWICKLUNG

CHANCEN UND RISIKEN DER DIGITALISIERUNG

Gerade vor dem Hintergrund der voranschreitenden Digitalisierung ist eine Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung von entscheidender Bedeutung. Durch den technischen Fortschritt und damit verbundene Änderungen ergeben sich laufend neue Betrugsmuster. Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen dürfen in diesem Themenfeld nicht den Anschluss verlieren. Künstliche Intelligenz (KI) bietet hier sowohl bei der Betrugaufklärung als auch in der Betrugsprävention neue Möglichkeiten. Entsprechende Angebote sind bereits auf dem Markt. Um das darin liegende Potenzial voll und effizient ausschöpfen zu können, ist eine krankenkassenübergreifende Anwendung unumgänglich. Für eine gemeinsame Nutzung, insbesondere bei der Betrugsprävention, ist datenschutzrechtliche Sicherheit erforderlich. Zur Klarstellung fordert die DAK-Gesundheit, den § 197a SGB V um einen Absatz 3c) zu erweitern, der den Einsatz von KI auch unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten eindeutig definiert.

STRAFVERFOLGUNGSBEHÖRDEN WEITER SPEZIALISIEREN

Eine weitere wichtige Stellschraube ist die Spezialisierung der Strafverfolgungsbehörden, die es voranzutreiben gilt. Es gibt aus Sicht der DAK-Gesundheit nach wie vor zu wenige Spezialeinheiten bei der Polizei und den Staatsanwaltschaften, um mit Nachdruck gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen vorgehen zu können. Die Komplexität der Fälle erfordert besonderes Fachwissen und eine Fokussierung auf die bestehenden und sich entwickelnden Betrugsmuster.

Aus Erfahrung wissen wir, dass es nicht ausreicht, wenn Fälle im Rahmen der allgemeinen Wirtschaftskriminalität bearbeitet werden. Vorreiter wie die Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung

von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) in Nürnberg zeigen, dass sich der Einsatz von qualifiziertem Personal in den Verfahren bemerkbar macht. Die ZKG nutzt durch die Besetzung neuer Stellentypen unter anderem das Abrechnungswissen von ehemaligen Beschäftigten aus Pflegediensten und beschäftigt zudem Fachkräfte aus der IT-Forensik. Die DAK-Gesundheit spricht sich dafür aus, die Rahmenbedingungen in allen Bundesländern durch strukturelle Änderungen in Form von Spezialisierungen weiter zu verbessern und auszubauen.

DUNKELFELDSTUDIE FÜR EINE KLARERE STRATEGISCHE AUSRICHTUNG

Der unerforschte Anteil eines Problemfeldes wird als Dunkelfeld bezeichnet. Eine derartige Forschung ist für das Fehlverhalten im Gesundheitswesen bisher ausgeblieben. In anderen Feldern der Kriminalität, etwa im Bereich der Geldwäsche oder der häuslichen Gewalt, konnten Dunkelfeldstudien einen entscheidenden Beitrag zur Identifikation von erforderlichen Handlungsfeldern und Strategien in der Bekämpfung des jeweiligen Kriminalitätsfeldes leisten.

Bis heute gibt es in Deutschland lediglich Schätzungen, dass sich die jährlichen Schäden im Gesundheitswesen auf einen zweistelligen Milliardenbetrag belaufen. Mit einer Dunkelfeldstudie, die im optimalen Fall durch das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben wird, könnte neben der genaueren Bezifferung des Gesamtschadens zudem wissenschaftlich fundiert erforscht werden, welche Schwerpunkte sich ergeben und wie wirkungsvollere Maßnahmen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aussehen könnten. Nur wer sein genaues Ziel und dessen Umfang kennt, kann auch zielgerichtete Maßnahmen auf den Weg bringen. Aus diesen Gründen fordert die DAK-Gesundheit eine Dunkelfeldstudie zum Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

ANLAGEN



GESETZESTEXTE §§ 197A SGB V UND 47A SGB XI

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 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. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
4. den Medizinischen Dienst und
5. die 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 nachge-

wiesenen 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.

NOCH FRAGEN?

WIR SIND RUND
UM DIE UHR ERREICHBAR.

DAK Service-Hotline 040 325 325 555

Für alles zu Leistungen, Beiträgen und Mitgliedschaft.

Meine DAK

Ihr Online-Servicezentrum. Für alles, was Papierkram ist. Und für so viel mehr. Immer und überall, im Web oder per DAK App: „Meine DAK“ für die Hosentasche und Ihr Schlüssel für mehr Sicherheit bei jedem Web-Login.

Mehr erfahren: [dak.de/online](https://www.dak.de/online)

Online-Beratung: [dak.de/chat](https://www.dak.de/chat)

DAK-Gesundheit

Gesetzliche Krankenversicherung
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg
www.dak.de



W418-0003/Gedruckt 04/24.

Nachträglich kann es z. B. durch Gesetzesänderungen zu abweichenden Regelungen kommen.

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.