

# **Bericht**

## **des Bundesministeriums für Gesundheit zu den mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

### **Allgemeines**

Fehlverhalten sowohl von ärztlichen- und nichtärztlichen Leistungserbringern als auch durch sonstige missbräuchliche Verwendung von Finanzmitteln ist im Gesundheitswesen kein grundsätzlich neues Phänomen; es ist jedoch in den letzten Jahren stärker in das Interesse der Öffentlichkeit und der Politik geraten. Spektakuläre Fälle wie z. B. Abrechnungsbetrug wie beim Herzklappenskandal 1994 oder beim "Globudent"-Fall schädigen die Patienten durch möglicherweise minderwertige Medizinprodukte und die Krankenkassen und deren Versicherte durch überhöhte finanzielle Belastungen. Nach Auffassung des Bundeskriminalamtes kann bei Straftaten im Gesundheitswesen nicht länger von sog. "Kavaliersdelikten" ausgegangen werden. Fehlverhaltensfälle haben eine Größenordnung angenommen, die konsequent angegangen werden muss. Dieser Einschätzung ist letztlich auch der Gesetzgeber gefolgt.

Die Verpflichtung zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist für die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände wie auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen zwar nicht neu, jedoch hat der Gesetzgeber diese Aufgabe gesetzlich manifestiert, um den Organisationen eine klare Grundlage für diese Tätigkeit zu geben.

Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004 sind Krankenkassen und die Spitzenverbände – wenn angezeigt, auch die Landesverbände der Krankenkassen – verpflichtet, organisatorische Einheiten einzurichten, die der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen dienen. § 197a SGB V Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bestimmt, dass Sachverhalten nachgegangen werden soll, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln hindeuten. Kassenärztliche Vereinigungen und deren Bundesvereinigungen werden im § 81a SGB V und die Pflegekassen in § 47a SGB XI mit vergleichbaren Regelungen zur Bildung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verpflichtet. Mit diesen Vorschriften wur-

de ein Zeichen gesetzt, dass die Bekämpfung von Fehlverhalten künftig eine besonders hervorgehobene Aufgabe der Verantwortlichen im Gesundheitswesen sein muss.

Über die Arbeit und die Ergebnisse dieser Stellen hat der Vorstand der jeweiligen Institution im Abstand von 2 Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2005, die jeweilige Vertreterversammlung bzw. den Verwaltungsrat schriftlich zu unterrichten. Die Berichtspflicht soll nach der Gesetzesbegründung dazu dienen, innerhalb des GKV-Trägers Transparenz zu schaffen und damit die internen Controllingmechanismen zu fördern. Der Bericht ist nach der Vorlage an die Vertreterversammlung bzw. den Verwaltungsrat zeitnah der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten.

### **Erkenntnisse über die Entwicklung und das Wirken der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

Die ersten beiden Jahre 2004 und 2005 standen im Zeichen des Aufbaus und der Organisation der Arbeit. Anzumerken ist hierbei, dass die GKV-Organisationen aufgrund unterschiedlicher Ausgangssituationen – einige Organisationen hatten z.B. bereits in den Jahren zuvor selbst interne Strukturen zur Korruptionsbekämpfung aufgebaut – zu verschiedenen Zeitpunkten mit dem Auf- bzw. Ausbau der notwendigen Organisationseinheiten begonnen haben.

Auf Bundesebene haben die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) im Laufe des Jahres 2004 die betreffenden organisatorischen Einheiten eingerichtet und erstmals Anfang 2006 ihre Berichte dem Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Aufsichtsbehörde vorgelegt.

Auch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nach Auskunft der zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundesversicherungsamtes (BVA) im Laufe des Jahres 2004 ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Einrichtung entsprechender organisatorischer Einheiten und zur Berichtsvorlage gegenüber der jeweiligen Aufsichtsbehörde nachgekommen.

Die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder haben sich anlässlich ihrer Arbeitstagung im Mai 2006 mit diesen erstmals Anfang 2006 vorgelegten Berichten für die Jahre 2004 und 2005 befasst. Dabei wurde festgehalten, dass die Or-

organisationen ihrer gesetzlichen Verpflichtung der Berichtsvorlage grundsätzlich nachgekommen, die Berichte aber sowohl qualitativ als auch quantitativ sehr unterschiedlich ausgefallen sind. Von einer vertieften Diskussion, etwa über den gewünschten Detaillierungsgrad eines solchen Berichtes oder über die Frage einer Standardisierung des Berichtes, um eine gewisse Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurde abgesehen, da Konsens bestand, dass die zurückliegenden Jahre im Zeichen des Aufbaus und der Organisation der Arbeit gesehen werden müssen und den Organisationseinheiten zunächst einmal die Gelegenheit gegeben werden sollte, sich in ihre Arbeit einzufinden. Vertiefte Erkenntnisse über die Entwicklung und das Wirken der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind mit dem 2. Bericht für den Zeitraum 2006 bis 2007 zu erwarten, der den jeweiligen Aufsichtsbehörden Anfang 2008 vorliegen wird.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird auf einer Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder im Frühjahr 2008 die sich aus den 2. Berichten gewonnenen Erkenntnisse über die Entwicklung und das Wirken der Stellen zusammenfassen. Hierbei wird auch zu hinterfragen sein, ob die Effektivität und Effizienz der Stellen ausschließlich an den geltend gemachten Schadensersatzansprüchen gemessen werden sollte. In eine solche Betrachtung müsste auch der Effekt der Korruptionsprävention, der von einer solchen Stelle ausgeht, mit einfließen.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird entsprechend der Zusage in der 46. Ausschusssitzung am 21. März 2007 im Anschluss an die Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden, dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages über die gesammelten Erkenntnisse Bericht erstatten.

Zu der Effektivität und der Effizienz der organisatorischen Einheiten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auf der Ebene der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen liegen dem Bundesministerium für Gesundheit derzeit keine umfassenden dezidierten Informationen vor. Da die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die KBV und die KZBV im Gegensatz zu ihren jeweiligen Untergliederungen im Regelfall keine Leistungs- und Versicherungsfälle bearbeiten, sind die an sie herangetragenen Hinweise über Missbrauch und Korruption im Regelfall an die entsprechenden Untergliederungen weitergeleitet worden (siehe hierzu die anliegende Tabelle mit weitergehenden Informationen zu den Spitzenorganisationen). Lediglich den dem Bundesministerium für Gesundheit vorliegenden Berichten der Spitzenverbände lassen sich erste Hinweise auf die Effektivität der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten auf Krankenkassenebene entnehmen:

- Der 1. Bericht des AOK-Bundesverbandes, der – ohne gesetzliche Verpflichtung – auch die ihm übermittelten Ergebnisse aus den AOK-Landesverbänden zusammenfassend präsentiert, enthält erste Kennzahlen für das AOK-System. So hat das AOK-System diesem Bericht zufolge im Berichtszeitraum 5808 (externe und interne) Hinweise erhalten. 5492 Fehlverhaltensfälle wurden verfolgt, von denen 1954 Fälle im Berichtszeitraum abgeschlossen werden konnten. Es konnten Schadensersatzansprüche in Höhe von 20,3 Mio. Euro zu Gunsten des AOK-Systems durchgesetzt werden.
- Im 1. Bericht des VdAK werden 974 Hinweise genannt, die im Berichtszeitraum bei den bundesweiten VdAK/AEV-Landesvertretungen (nicht bei den einzelnen Ersatzkassen) eingegangen sind. Es konnten ca. 3 Mio. Euro Schadensersatzansprüche durchgesetzt werden.

Den Berichten der anderen Spitzenverbände der Krankenkassen und auch der KBV und KZBV sind solche vertiefende Einzelheiten nicht zu entnehmen.

Das BVA als zuständige Aufsichtsbehörde für die bundesunmittelbare Krankenkassen hat auf Nachfrage nochmals bestätigt, dass die ihm vorliegenden Berichte sowohl qualitativ als auch quantitativ sehr unterschiedlich ausgefallen seien und insofern auch eine Vergleichbarkeit einzelner Aspekte nur bedingt möglich sei. Auch über die Effektivität der Arbeit dieser Stellen würden die dem BVA vorliegenden 1. Berichte nur bedingt Auskunft geben, da in dem zurückliegenden Zeitraum die Stellen zunächst aufzubauen waren. Geeignetes Personal musste erst gefunden bzw. ggf. geschult werden. Mit Hinweis auf diese Vorbehalte hat eine vom BVA erfolgte erste Auswertung über die Arbeit der Stellen folgendes ergeben: Bei den genannten Stellen der bundesunmittelbaren Krankenkassen sind ca. 8.500 Hinweise eingegangen, von denen zum Ende des Berichtszeitraums mehr als 6.000 Fälle abgeschlossen waren. In fast 300 Fällen wurden staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren eingeleitet. Dabei konnten bereits im Berichtszeitraum Schadensersatzforderungen von 8,5 Mio. Euro realisiert werden.

Auch das BVA erwartet, dass aussagekräftige Erkenntnisse über die Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erst mit dem 2. Bericht vorliegen.

Exakte belastbare Angaben über die durch Fehlverhalten verursachten jährlichen materiellen Schäden im Gesundheitswesen sind dem Bundesministerium für Gesundheit derzeit nicht möglich. Wegen der Struktur der Fehlverhaltensfälle geht man von einer beachtlichen Dunkelziffer aus. Ungeachtet der Dunkelziffer geht der materielle Schaden sicherlich auch über

die Gesamtvorteile der Nehmerseite hinaus, da mit dem einzelnen individuellen Fehlverhalten oftmals auch Folgeschäden verbunden sind (u.a. unnötiger Ressourcenverbrauch, Vermögensnachteile, Nachteile durch Preisabsprachen). Zum Ausmaß von Betrug und anderen Fehlverhalten im Gesundheitswesen gibt es unterschiedliche Schätzungen des Finanzvolumens. Die immer wieder in den Medien erwähnten Schätzungen von Transparency International, die von bis zu zweistelligen Milliardenbeträgen ausgehen, können jedoch nicht nachvollzogen werden. Belastbare Anhaltspunkte für eine realistische Einschätzung der finanziellen Größenordnungen fehlen.

Auch wenn dem Bundesministerium für Gesundheit bislang nur verhältnismäßig wenige harte Fakten über die Entwicklung und das Wirken der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten vorliegen, scheint die Arbeit dieser Stellen erfolgreich angelaufen zu sein. Die sich aus den 2. nächsten Berichten für die Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes ergebenden Erkenntnisse wird das Bundesministerium für Gesundheit in seine weiteren Überlegungen zur Verbesserung der Struktur der Versorgung der Versicherten sowie zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung einbringen.

Aus Sicht des Bundesministerium für Gesundheit bedarf es unter dem Eindruck der dem Ministerium vorgelegten 1. Berichte der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV und KZBV über die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen jedoch einer künftigen bundesweiten Standardisierung der Berichte, um eine gewisse Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Welche Möglichkeiten hinsichtlich der Vorgabe entsprechender Kriterien für die inhaltliche Gestaltung der Berichte (Zahl der Hinweise, geschätztes Schadensvolumen, realisierte Schadensersatzansprüche, Zahl der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren, etc) der GKV-Organisationen bestehen, sollte in Absprache aller Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder geregelt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird diese Thematik auf der nächsten Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder im Herbst diesen Jahres bereits ansprechen.

Mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird im Übrigen auch dem künftigen Spitzenverband Bund der Krankenkassen die gesetzliche Verpflichtung auferlegt, eine organisatorische Einheit einzurichten, die der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen dient.

## **Beispiele von Fehlverhaltensfällen aus dem 1. Berichtszeitraum**

Beispielhaft werden nachfolgend eine Reihe von Fallkonstellationen beschrieben, die verdeutlichen sollen, wie Fehlverhalten im GKV-Bereich abläuft. Die exemplarisch hier aufgeführten Fehlverhaltensfälle wurden ausschließlich dem 1. Bericht des AOK-Bundesverbandes entnommen und sind deshalb nicht zwingend repräsentativ für die gesamte GKV. Die Beispiele verdeutlichen aber, welche Varianten von Fehlverhalten im Gesundheitswesen möglich sind. Die Häufigkeit und die Schadenshöhe der aufgedeckten Fehlverhaltensfälle hängt dabei offensichtlich von der vorhandenen Datentransparenz in einem Versorgungsbereich und der möglicherweise selbst festgesetzten Schwerpunkte der Ermittlungsarbeit der Stellen ab.

### **Fehlverhalten bei Apotheken**

#### **Rezeptfälschung durch den Inhaber einer Apotheke**

Fallbeschreibung: Ein Apotheker, Betreiber einer Apotheke, fälschte in großem Umfang insbesondere solche ärztlichen Verordnungen, bei denen die Medikamente handschriftlich eingetragen wurden. Dabei wurden weitere, meist relativ teure Medikamente durch Nachahmung der Handschrift auf der Verordnung eigenmächtig hinzugesetzt.

Aufgreifkriterium: Durch Strafanzeige einer Krankenkasse beim Betrugsdezernat der Polizeidirektion wurde der Fall der AOK bekannt. Daraufhin erfolgte ein Abgleich von Verordnungen auf Auffälligkeiten.

Täter, Beteiligte, Netzwerke: Einzeltäter

Konkretes Vorgehen im Fall: Gegen den Apotheker wurde Strafanzeige bzw. Strafantrag gestellt. Die Apotheke wurde auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft geschlossen. Zur Zeit läuft eine Schadensersatzklage beim Landgericht, die möglicherweise auf einen Vergleich hinausläuft. Die übrigen Krankenkassen wurden über den Fall informiert.

### **Fehlverhalten bei Ärzten**

#### **Abrechnung nicht erbrachter Leistungen, KV-Kartenmissbrauch**

Fallbeschreibung: KV-Karten werden von Sportvereinen eingesammelt und beim Arzt eingelesen; ein Arzt-Patientenkontakt fand nicht statt. Der Arzt stellte Verordnungen für Physiotherapien aus; die bei der Krankenkasse abgerechnet wurden. Die so erzielten Finanzbeträge wurden dann zur Bezahlung der Physiotherapeuten während der Wettkämpfe der Mannschaften (Boxen, Fußball,...) genutzt.

Aufgreifkriterium: Zufälliges Gesprächsergebnis mit einem Trainer des Fußballvereins.

Täter, Beteiligte, Netzwerke: Arzt, mehrere Physiotherapeuten, Sportverein.

Konkretes Vorgehen im Fall: Identifizierung der Versicherten, Ermittlung der durch den Arzt und die Physiotherapeuten abgerechneten Leistungen, Rückforderung des entstandenen Schadens und Antrag auf Entzug der Kassenzulassungen.

## **Fehlverhalten bei der Abrechnung von Impfleistungen, Abrechnung von "Luftleistungen" (nicht erbrachte Leistungen)**

Fallbeschreibung: Ein niedergelassener Arzt wurde im Rahmen der AOK-internen Abrechnungsprüfung durch die überhöhte Abrechnung von Impfleistungen auffällig. Da Impfleistungen nicht über die Gesamtvergütung abgerechnet werden, sondern einzelfallbezogen durch die Krankenkassen zu tragen sind, stellt sich hier die mögliche Fehlabbuchung als ein unmittelbarer Schaden der AOK dar. Im Rahmen der Überprüfungen wurden weiterhin Abrechnungen "Luftleistungen" durch den Arzt festgestellt; der Arzt hatte bereits verstorbene Personen post mortem prophylaktisch geimpft. Neben dem ärztlichen Honorar wurden auch Sprechstundenbedarfskosten, die tatsächlich nicht entstanden sind, in Ansatz gebracht.

Aufgreifkriterium: Interne Rechnungsprüfung bei Impfleistungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich des Sprechstundenbedarfs.

Täter, Beteiligte, Netzwerke: Vertragsarzt

Konkretes Vorgehen im Fall: Prüfung der Abrechnungsunterlagen, Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigung, Gespräch zwischen KV-, AOK-Vertretern, dem Arzt und dessen Rechtsanwalt mit dem Ergebnis einer Schuldanerkenntnis und des Zulassungsverzichtes; Einschaltung der Staatsanwaltschaft und Übermittlung der Schadenswiedergutmachungserklärung des Arztes.

## **Fehlverhalten bei Zahnärzten Zahnersatz**

Fallbeschreibung: Ein Zahnarzt hat Zahnersatz aus Bangkok importiert (bis zu 80 % unter dem deutschen Preisniveau) und hierfür den Krankenkassen und den Versicherten deutsche Höchstpreise berechnet.

Aufgreifkriterium: Durch Zufall entdeckt aufgrund eines Flyers des Zahnarztes in einem Einkaufszentrum.

Täter, Beteiligte, Netzwerke: Zahnarzt.

Konkretes Vorgehen im Fall: Die Staatsanwaltschaft ermittelte gegen gewerbsmäßigen Betrug. Dem Zahnarzt wurde die Zulassung entzogen. Er hat mittlerweile eine Praxis in Norwegen eröffnet. Es ist geplant, den Zahnarzt vor einem norwegischen Gericht zu verklagen.

## **Missbrauch von Krankenversichertenkarten KV-Kartenmissbrauch durch einen Versicherten; Doctor-Hopping, Rezeptmissbrauch**

Fallbeschreibung: Ein ehemaliger Versicherter der AOK benutzte weiterhin die alte KV-Karte und lässt sich von Ärzten in ganz Deutschland massenhaft Rezeptverordnungen für Asthma-Medikamente ausstellen. Die selben Ärzte werden selten nochmals aufgesucht. Die Rezepte werden immer in verschiedenen Apotheken eingelöst.

Aufgreifkriterium: Auffällig wurde der Missbrauch durch eine Rechnungsprüfung der Abteilung Arzneimittel. Weitere interne Auswertungen haben die (vermutete) Vorgehensweise des Täters erhärtet. Anhand der Rezeptverordnungen, auf denen die Adressen der Ärzte und Apotheken ersichtlich sind, lässt sich schließen, dass der Täter sehr mobil sein muss.

Täter, Beteiligte, Netzwerke: Aufgrund der zielgerichteten Vorgehensweise und wegen des hierfür notwendigen Branchenwissens des Täters besteht der Verdacht, dass es sich hier um geplanten Betrug handelt.

Konkretes Vorgehen im Fall: In dem Fall wurde in 2005 Strafanzeige gestellt. Diese wurde jedoch innerhalb von vier Wochen aufgrund der bisher ergebnislosen Ermittlungen vorerst eingestellt. Über die KVen und die regionalen Apothekerverbände konnten deren Mitglieder bzgl. des Missbrauchs informiert werden.

Maßnahmen, Empfehlungen zur Prävention: Der Einzug der KV-Karte ist so zeitnah wie möglich zu veranlassen, Ausweispflicht bei ärztlicher Behandlung, genauere Prüfung bei Aufnahme in die freiwillige Versicherung.

### **Häusliche Krankenpflege**

Fallbeschreibung: Nach den bestehenden Verträgen sind behandlungspflegerische Leistungen (z.B. Insulininjektionen, Verbände wechseln) ausschließlich von Pflegefachkräften (Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern, Altenpflegern) durchzuführen. Die Pflegedienste haben dafür jedoch zum Teil angelernte Hilfskräfte bzw. Praktikanten eingesetzt.

Aufgreifkriterium: Die Hinweise kamen vom MDK und konkurrierenden Pflegediensten.

Täter, Beteiligte, Netzwerke: Pflegedienste

Konkretes Vorgehen im Fall: Anfangs wurden gezielt Einzelhinweise verfolgt. Seit 2004 werden grundsätzlich alle Dienste einer systematischen Prüfung unterzogen. Die Dienste wurden aufgefordert, der AOK prüfungsrelevante Unterlagen (Handzeichenlisten, Urkunden) zu überlassen. Diese wurden mit den Leistungsnachweisen, Rechnungen etc. abgeglichen.

Maßnahmen, Empfehlungen zur Prävention: Stichproben, systematische Überprüfungen

### **Abrechnungsbetrug im Bereich Einzel- und Sammelfahrten**

Fallbeschreibung: Es wurden Einzelfahrten pro Versicherten abgerechnet, jedoch wurden diese im Sammeltransport gefahren. Ferner wurde die durch das Ordnungsamt ausgestellte Mietwagenkonzession gefälscht, um so einen Vertragsabschluss mit der AOK zu erwirken.

Aufgreifkriterium: Interner Hinweis einer AOK-Mitarbeiterin

Täter, Beteiligte, Netzwerke: Inhaber des Taxiunternehmens

Konkretes Vorgehen im Fall: Durchführung einer auf den Einzelfall bezogenen Versichertenbefragung, Anhörung des Vertragspartners, Stellung einer Strafanzeige (ebenso durch das Ordnungsamt wegen Urkundenfälschung), Kündigung der Vereinbarung über die Durchführung von Krankenfahrten mit dem Taxiunternehmer, Zusammenarbeit der AOK mit dem Ordnungsamt.

Maßnahmen, Empfehlungen zur Prävention: Um hier rechtlich eindeutige Fakten recherchieren zu können, ist vertraglich festzulegen, dass die Abrechnungsunterlagen die folgenden Daten enthalten: Das Kfz-Kennzeichnungen der eingesetzten Taxi- und Mietwagen und die Angabe der konkreten Uhrzeit der Leistungserbringung für eine Hin- und/oder Rückfahrt.



## **Fehlverhalten bei Hebammen Falschabrechnung von Hebammenleistungen**

Fallbeschreibung: Eine Versicherte hat gegenüber der AOK in einem Kundengespräch eher beiläufig erklärt, dass sie nach ihrer Entbindung nicht mehr von ihrer Hebamme betreut wurde. Die Hebamme hatte jedoch für diesen Zeitraum verschiedene Leistungen (z.a. auch Hausbesuche) abgerechnet.

Aufgreifkriterium: Hinweis einer Versicherten

Täter, Beteiligte, Netzwerke: Die Hebamme ist neben ihrer freiberuflichen Tätigkeit in einer gynäkologischen Arztpraxis angestellt. Bestimmte Leistungen wurden sowohl von der Gynäkologin als auch von der Hebamme abgerechnet.

Konkretes Vorgehen im Fall: Als es zunächst nur darum ging zu prüfen, ob bestimmte Abrechnungspositionen der Hebamme auch erbracht worden sind, hat die AOK die betreuten Mütter befragt. Später wurden dann auch die gesamten Abrechnungspositionen der Hebamme mit den von der Gynäkologin abgerechneten Leistungen abgeglichen und so die Doppelabrechnungen festgestellt.

Maßnahmen, Empfehlungen zur Prävention: Einführung der Patientenunterschrift für erhaltene Leistungen und stichprobenweise Überprüfung ähnlich gelagerter Fälle (Hebamme praktiziert in den Räumen eines Gynäkologen als Angestellte und auch als freiberufliche Hebamme).

## **Falschabrechnung von Heilmitteln**

Fallbeschreibung: Im Rahmen einer Tiefenprüfung eines Physiotherapeuten wurden u.a. folgende Sachverhalte festgestellt: Doppelabrechnung für gleiche Behandlungstage, Mehrfachbesuche in Heimen, Abrechnung von vollen Kosten für die Hausbesuche, Abrechnung nicht verordneter Leistungen, Abrechnung nicht erbrachter Leistungen, Veränderungen auf Verordnungen, Erhaltsbestätigung durch Mitarbeiter der Praxis, Zeitüberschneidung mit Krankenhausbehandlungen, Veränderung Beginndatum (Verfristung) usw..

Aufgreifkriterium: Recherchen und eigene Tiefenprüfung.

Täter, Beteiligte, Netzwerke: Physiotherapeut.

Konkretes Vorgehen im Fall: Der Physiotherapeut hat mehrfach gegen die Heilmittelrichtlinien verstoßen. Die Einzelfälle wurden in einem persönlichen Gespräch im Beisein des Anwalts der Gegenseite diskutiert und es wurden die Forderung der AOK fixiert. Verständigt hat man sich schließlich auf eine Quote von 50 %. Andere Kassenarten wurden durch die AOK informiert.

Maßnahmen, Empfehlungen zur Prävention: Datenanalysen in konkreten Verdachtsfällen.

	Bericht liegt dem BMG vor - ja/nein - Umfang in Seiten	Wurde der Bericht dem Vorstand und dem Verwaltungsrat bzw. VV vorgelegt ?	Welcher Berichtszeitraum wurde angegeben ?	Wie sind die Stellen besetzt ?	Der Spitzengeneration gemeldete Verdachtsfälle im Berichtszeitraum insgesamt	Verdachtsfälle weitergeleitet an Untergliederungen	Erreichbarkeit	Besondere Informationen
<b>AOK-Bundesverband</b>	Ja 71 Seiten	Ja	1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2005	1 Pers. - Personalunion durch Abteilungsleiter Innenrevision	22 Hinweise erhalten	keine nähere Erläuterung	Telefon - ja Fax - ja Internet - ja Post - ja	Bericht geht auf Hinweise der Untergliederungen ein; dort 5808 Hinweise
<b>VdAK/AEV</b>	Ja 14 Seiten	Ja	1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2005	1 Person - Stabsstelle	23 Hinweise erhalten	16 Hinweise	Telefon - ja Fax - ja Internet - ja Post - ja	Bericht geht auf Hinweise der Untergliederungen ein; dort 974 Hinweise
<b>BKK-Bundesverband</b>	Ja 7 Seiten	Ja	1. Januar 2004 bis 31. August 2005	1 Pers. - Personalunion durch Abteilungsleiterin Innenrevision und Finanzcontrolling	8 Hinweise erhalten	4 Hinweise	Telefon - ja Fax - ja Internet - ja Post - ja	
<b>IKK-Bundesverband</b>	Ja 18 Seiten	Ja	1. Januar 2004 bis 31. Oktober 2005	1 Pers. - Personalunion durch den Pressesprecher	Mehrere unbedeutende Hinweise	2 Hinweise	Telefon - ja Fax - ja Internet - ja Post - ja	Der Bericht geht in erster Linie auf die AG Abrechnungsmanipulation ein und deren Maßnahmen und Erfolge
<b>Knappschaft als Spitzenverband</b>	Ja 15 Seiten	Ja	1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2005	1 Person - im Rahmen einer Personalunion	keine Hinweise erhalten	-	Telefon - ja Fax - ja Internet - ja Post - ja	Der Bericht geht auf die AG Abrechnungsmanipulation ein und auf die Arbeit der Knappschaft als Kasse
<b>Seerkrankenkasse</b>	Ja 2 Seiten	Ja	1. September 2004 bis 31. November 2005	1 Pers. - Personalunion durch den Abt.-L. der Beitrags- und Mitglieberabteilung	keine Hinweise erhalten	-	Telefon - ja Fax - ja Internet - ja Post - ja	Hinweis auf Mitarbeit in der AG Abrechnungsmanipulation beim IKK-Bundesverband
<b>Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen</b>	Nein - Bericht liegt dem BVA als zuständige Aufsichtsbehörde vor	Keine Information	Keine Information	Keine Information	keine Information	keine Information	Keine Information	Keine Information
<b>Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung</b>	Ja 2 Seiten	Ja	23. April 2004 bis 31. August 2005	1 Pers. - Personalunion durch Leiter der Rechtsabteilung	6 Hinweise erhalten	6 Hinweise an KZVen weitergeleitet	Telefon - ja Fax - ja Internet - ja Post - ja	
<b>Kassenärztliche Bundesvereinigung</b>	Ja 4 Seiten	Ja	1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2005	1 Person - Personalunion	Keine Information	keine Information	Telefon - ja Fax - ja Internet - ja Post - ja	

Bericht gemäß §§ 81a, 197a SGB V bzw. § 47a SGB IX über Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hier: Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen; vereinfachte Darstellung der Informationen