

## A n t w o r t

### des Ministeriums des Innern und für Sport

auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Michael Wäschenbach (CDU)  
– Drucksache 17/7096 –

### Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen

Die **Kleine Anfrage – Drucksache 17/7096** – vom 23. August 2018 hat folgenden Wortlaut:

Ende Juli 2018 berichteten mehrere Zeitungen über Ermittlungen über Betrugsfälle im Gesundheitswesen. Der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sei in den vergangenen beiden Jahren ein Schaden von etwa 2,8 Millionen Euro entstanden. Dies sei der höchste Wert seit 2004. Der Betrugsschwerpunkt läge mit rund 30 Prozent in der ambulanten Pflege.

Ich frage die Landesregierung:

1. Wie verteilen sich die Fälle in den fünf Polizeipräsidien in Trier, Ludwigshafen, Koblenz, Mainz und Kaiserslautern nach Leistungsbereichen im Gesundheitswesen (z. B. Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Krankentransporte, stationäre Pflege, ambulante Pflege, Intensivpflege oder ärztliche Leistungen)?
2. In wie vielen Fällen gegen wie viele Verdächtige wurden jeweils von den Ermittlungsgruppen die Staatsanwaltschaften eingeschaltet?
3. Wie kann diesen kriminellen Betrügereien, z. B. durch die Bildung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften oder durch andere geeignete Maßnahmen, entgegengewirkt werden?
4. Welche Informationen liegen vor, dass auch andere Krankenkassen im GKV- oder PKV-Bereich von derartigen Betrügereien betroffen sind?

Das **Ministerium des Innern und für Sport** hat die Kleine Anfrage namens der Landesregierung mit Schreiben vom 12. September 2018 wie folgt beantwortet:

Vorbemerkung:

Hintergrund der Anfrage ist eine Pressemitteilung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, wonach dieser in den Jahren 2016 und 2017 durch Abrechnungsbetrug ein Schaden von ca. 2,8 Millionen Euro entstanden sei und der Schwerpunkt der Betrugshandlungen im Bereich der ambulanten Pflege läge. Gemäß der Pressemitteilung wurde von der AOK in 68 Fällen die Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Der von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland für 2016/2017 genannte Schaden in Höhe von ca. 2,8 Millionen Euro wie auch die an die Staatsanwaltschaft gemeldeten 68 Fälle beziehen sich auf deren Zuständigkeitsbereich und betreffen daher die beiden Bundesländer Rheinland-Pfalz und das Saarland.

Aussagen zur Kriminalitätsentwicklung erfolgen regelmäßig auf der Grundlage der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS). Diese ist bundesweit gültig und unterliegt einheitlichen Erfassungs- und Qualitätskriterien. Gemäß den bundeseinheitlichen Richtlinien erfolgt die statistische Erfassung in der PKS zum Zeitpunkt des Abschlusses des Ermittlungsverfahrens bei Abgabe an die Staatsanwaltschaft oder das Gericht. Die PKS gibt daher nur einen Aufschluss über die Anzahl der im jeweiligen Beobachtungszeitraum abgeschlossenen Ermittlungsverfahren. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Fälle, die von der AOK in 2016 und 2017 zur Anzeige gebracht worden sind, sich möglicherweise 2018 noch in der polizeilichen Sachbearbeitung befanden und daher in der PKS auch noch nicht erfasst sind. Ferner ist zu beachten, dass in der PKS für 2016 und 2017 abgeschlossene Fälle erfasst sind, die bereits vor 2016 zur Anzeige gebracht wurden. Eine Vergleichbarkeit der Angaben der AOK gemäß der Pressemitteilung mit den Fallzahlen und Schadenssummen in der PKS für Rheinland-Pfalz ist daher nicht möglich.

Dies vorausgesetzt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Zu Frage 1:

Aus der nachfolgenden Tabelle ergibt sich auf der Grundlage der PKS die Anzahl der Straftaten von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, aufgliedert nach den Polizeipräsidien (PP), für den Zeitraum 2016 bis 2017:

Fälle von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen	2017	2016
Land Rheinland-Pfalz	518	505
PP Koblenz	22	24
PP Mainz	437 <sup>1)</sup>	211
PP Rheinpfalz	15	80
PP Trier	38	181
PP Westpfalz	6	9

Eine Differenzierung der Fälle des Abrechnungsbetruges im Gesundheitswesen nach Leistungsbereichen ist aufgrund einer fehlenden statistischen Erfassung nicht möglich.

Zu Frage 2:

In den bei der Polizei bearbeiteten Ermittlungsverfahren sind ohne Ausnahme die Staatsanwaltschaften eingeschaltet worden. Überwiegend erfolgte die Verfahrensinitiierung jedoch durch Anzeigen der Geschädigten unmittelbar bei den Staatsanwaltschaften. Diese beauftragten die Fachdienststellen der Polizei mit den weiteren Ermittlungen.

Aus der nachfolgenden Tabelle ergibt sich auf der Grundlage der PKS die Anzahl der Tatverdächtigen (TV)<sup>2)</sup> von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen aufgliedert nach den Polizeipräsidien für den Zeitraum 2016 bis 2017:

TV von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen	2017	2016
Land Rheinland-Pfalz	58	112
PP Koblenz	22	22
PP Mainz	18	16
PP Rheinpfalz	11	13
PP Trier	5	50
PP Westpfalz	2	11

Zu Frage 3:

Im Zusammenhang mit Abrechnungsbetrug bzw. Korruption im Gesundheitswesen ist zwischen Fällen der Abrechnung nicht/ oder nicht ordnungsgemäß erbrachter Leistungen und Fällen der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen – §§ 299 a, b Strafgesetzbuch (StGB) – zu unterscheiden. Die Verfolgung von Vergehen der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen fällt in die Zuständigkeit der Zentralstellen für Wirtschaftsstrafsachen, die in Rheinland-Pfalz bei den Staatsanwaltschaften Koblenz und Kaiserslautern angesiedelt sind. Fälle des Betrugs im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Gesundheitsfürsorge werden dann von den Zentralstellen für Wirtschaftsstrafsachen bearbeitet, wenn besondere Kenntnisse des Wirtschaftslebens für die Bearbeitung notwendig sind. Vor diesem Hintergrund wird derzeit keine Notwendigkeit gesehen, darüber hinaus „Schwerpunktstaatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Wirtschaftskriminalität im Gesundheitswesen“ einzurichten. Das erforderliche Spezialwissen ist bereits bei den Zentralstellen für Wirtschaftsstrafsachen gebündelt.

Ferner hat der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Qualitätsprüfungs-Richtlinien überarbeitet. Sie wurden an die Regelungen des dritten Pflegestärkungsgesetzes angepasst. Die überarbeiteten Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Die neuen Regelungen stellen sicher, dass jeder ambulante Pflegedienst, der für Versicherte der Pflege- und Krankenkassen Leistungen erbringt, in die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen einbezogen wird. Dazu wurden zum einen die Prüfrechte nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erweitert und zum anderen neue Prüfrechte im Bereich der Häuslichen Krankenpflege für die Krankenkassen und ihre Landesverbände geschaffen. Diese wurden im Fünften Buch Sozialgesetzbuch geregelt.

In den neuen Richtlinien bilden aufwendigere und risikobehaftete Leistungen der medizinischen Behandlungspflege den Schwerpunkt der Prüfungen. Insbesondere für den Bereich der intensivpflegerischen Versorgung wurden spezifische Prüfparameter entwickelt, die Erkenntnisse zu Qualitätsmängeln liefern sollen. Ziel der neuen Prüfmöglichkeiten ist es, Versorgungsrisiken aufzudecken, einen Blick in den Versorgungsalltag zu werfen und damit auch die Patientensicherheit zu stärken.

1) Zwei Zahnärzte rechneten in bislang ca. 850 Fällen Verbrauchsmaterial doppelt ab. Von den 850 Fällen wurden 401 bereits Ende 2017 erfasst. Im Zeitraum Januar bis Juni 2018 wurden weitere 441 Fälle statistisch erfasst.

2) Die Anzahl der Tatverdächtigen richtet sich nach den Regeln der echten Tatverdächtigenzählung: Hat ein Tatverdächtiger mehrere Straftaten begangen, die gleichen oder verschiedenen Deliktsschlüsseln zuzuordnen sind, wird er zu jeder Schlüsselzahl und zu der (den) jeweils nächst höheren (Gruppe/n) sowie bei der Gesamtzahl nur einmal gezählt.

Im Rahmen des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) sollen mit der Einfügung eines neuen § 197 a Absatz 3 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt werden. Die Krankenkassen werden durch die neue Regelung in die Lage versetzt, sich mit den zuständigen Zulassungsstellen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auszutauschen und bereits präventiv mögliche Schäden zu verhindern, soweit es für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten erforderlich ist.

Zu Frage 4:

Nach polizeilichen Erkenntnissen sind neben der AOK auch andere Krankenkassen vom Abrechnungsbetrug betroffen. Die bekannten Fälle des Abrechnungsbetruges betreffen einen Querschnitt aller gesetzlichen Krankenkassen, aber auch alle privaten Krankenversicherungen.

Zu gesetzlichen Krankenkassen, die nicht der rheinland-pfälzischen Landesaufsicht unterstehen, liegen der Landesregierung keine Informationen vor. Bei der BKK Pfaff lagen vereinzelt Fälle vor, bei denen beispielsweise aufgrund von Rechnungsprüfungen auffiel, dass die eingereichten Leistungen nicht mit den dokumentierten Leistungen übereinstimmten. Darüber hinaus gab es auch Einzelfälle, bei denen Mitarbeiter von Pflegediensten ohne ausreichend nachgewiesene Qualifikation eingesetzt worden sind. Ein systematisches betrügerisches Vorgehen konnte von der BKK Pfaff nicht festgestellt werden. Eine genaue Schadenshöhe konnte zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht benannt werden.

Roger Lewentz  
Staatsminister

