



Die Ministerin

MGEPA Nordrhein-Westfalen • 40190 Düsseldorf

An die  
Präsidentin des Landtags  
Nordrhein-Westfalen  
Frau Carina Gödecke MdL  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf



**Für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

**Bericht des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege  
und Alter zum Thema „Betrug in der Pflege“**

04. Mai 2016

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

mit Schreiben vom 18.04.2016 haben die Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN um einen schriftlichen Bericht zu systematischen Betrugsfällen bei der Abrechnung von ambulanten Pflegeleistungen nach SGB V und SGB XI in Nordrhein-Westfalen für die nächste Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales gebeten. Dieser Bitte entsprechend übersende ich den beigefügten Bericht.

Für die Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales wäre ich dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Steffens

Horionplatz 1  
40213 Düsseldorf  
[www.mgepa.nrw.de](http://www.mgepa.nrw.de)

Telefon +49 211 8618-4300  
Telefax +49 211 8618-4550  
[barbara.steffens@mgepa.nrw.de](mailto:barbara.steffens@mgepa.nrw.de)

Öffentliche Verkehrsmittel:  
Rheinbahn Linien 706, 708  
und 709 bis Haltestelle  
Landtag/Kniebrücke



**Bericht**  
**des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter**  
**(abgestimmt mit dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales, dem**  
**Ministerium für Inneres und Kommunales und dem Justizministerium)**

**zum Thema „Betrug in der Pflege“**

**für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags**  
**Nordrhein-Westfalen**

**1. Vorbemerkung**

In der aktuellen Presse wird über Abrechnungsbetrug in der Pflege berichtet. Hierdurch sollen Sozialkassen und Beitragszahlenden Schäden in Milliardenhöhe entstanden sein. Als ein regionaler Schwerpunkt wird NRW genannt.

Die Artikel gehen auf Recherchen der „Welt am Sonntag“ und des Rechercheteams des Bayerischen Rundfunks (BR Recherche) zurück. Danach soll aus internen Dokumenten des BKA hervorgehen, dass es sich beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitssystem durch russische Pflegedienste<sup>1</sup> um ein bundesweites Phänomen handle.

Die vermutete Schadenssumme von mindestens einer Milliarde Euro pro Jahr beruhe hierbei auf einer Schätzung der Deutschen Fachpflege Gruppe<sup>2</sup>. Hiernach werde jeder fünfte Euro der ca. 22.000 Euro, die jede/jeder der bundesweit rund 19.000 Intensivpflegepatientinnen und -patienten die Kassen monatlich kostet, zu Unrecht bezahlt.

---

<sup>1</sup> Der Begriff „russische Pflegedienste“ wird aus der Presseberichterstattung und einigen Berichten, die das MGEPA erhalten hat, entlehnt. Er wird nach unserer Auffassung verwendet, um Pflegedienste zu bezeichnen, die mehrheitlich von Personen geführt werden, die aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion stammen. Ein Bezug zur aktuellen Staatsangehörigkeit dieser Personen besteht nicht.

<sup>2</sup> Die Deutsche Fachpflege Gruppe, die als Quelle benannt wird, ist nach eigenen Angaben mit rund 3.100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und über 600 Patientinnen und Patienten Marktführer in der außerklinischen Intensivpflege in Deutschland. Derzeit gehören siebzehn ambulante Pflegedienste und Wohngruppen zur Deutschen Fachpflege Gruppe, die bundesweit Patientinnen und Patienten in Einzelversorgungen und über 50 Wohngruppen versorgen. Es handelt sich hierbei also nicht um eine wissenschaftliche Hochrechnung, sondern vielmehr um die Darstellung eines Marktteilnehmers.

Vor diesem Hintergrund haben die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) um einen Bericht zum Thema „Betrug in der Pflege“ gebeten. Dabei soll insbesondere darüber informiert werden, inwieweit NRW von den Betrugsfällen betroffen ist und wie hoch der entstandene Schaden für Nordrhein-Westfalen ist.

## **2. Stellungnahme der Landesregierung**

Der Bericht des BKA zum „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch russische Pflegedienste“ liegt der Landesregierung vor. Er ist als „Nicht pressefrei“ gekennzeichnet und kann daher nicht beigefügt werden.

Dem Bericht lässt sich entnehmen, dass der Gesundheitsmarkt aus der Sicht der Organisierten Kriminalität (OK) attraktiv sei, da ein niedriges Entdeckungsrisiko bestehe, deutlich geringere Strafen als bei traditionellen Kriminalitätsfeldern der OK drohten und hohe Gewinne möglich seien. Das Phänomen trete insbesondere dort auf, wo sich durch Sprachgruppen geschlossene soziale Systeme bildeten. Durch den einfachen Marktzugang von neuen Pflegediensten (Kontrahierungszwang der Kranken- und Pflegekassen bei Vorliegen bestimmter Struktur-Standards) und die sehr personal- und zeitaufwändige Aufdeckung von Betrugsfällen sei der Pflegemarkt nach Auffassung des BKAs generell anfällig für Betrugsstraftaten.

Gleichzeitig stellt der Bericht aber auch klar, dass eine generelle Aussage dazu, ob das Pflegesystem systematisch durch OK-Gruppierungen zur illegalen Gewinnerzielung genutzt werde, nicht getroffen werden könne.

Auch die Landesregierung beobachtet mit Sorge die Aktivitäten einzelner Pflegedienste im Hinblick auf betrügerische Abrechnungen von Pflegeleistungen im ambulanten Bereich (s.u.). Hierbei handelt es sich nicht allein um ein Problem des SGB XI. Vielmehr sind auch die Rechtsbereiche des SGB V und SGB XII betroffen. Dies bedeutet einerseits, dass es auf Kostenträgerseite jeweils teilweise unterschiedliche Akteurinnen und Akteure und rechtliche Besonderheiten gibt und andererseits, dass die ambulanten Pflegedienste in der Regel Leistungen auf der Grundlage aller drei Rechtsbereiche erbringen.

Hinzu kommt, dass in der Regel auch das unmittelbare Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen und Patienten und/oder Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und Leistungserbringern berührt wird. Gerade hier ist es nach Auffassung der Landesregierung wenig hilfreich, flächendeckend bestimmte Nationalitäten oder Leistungsangebote unter Generalverdacht zu stellen. Unterschieden werden muss auch zwischen konkreten substantiierten externen Hinweisen und diskreditierenden Denunziationen. Insofern müssen Hinweise auf betrügerisches Verhalten seitens der Kostenträger mit der gebotenen Sensibilität personalaufwändig in jedem Einzelfall geprüft und nachgewiesen werden.

a. Im Einzelnen

I. Pflege- und Krankenversicherung:

Dass es sich im Schwerpunkt um Betrugsfälle im Bereich der Intensivpflege handeln soll, ist auch vor den unterschiedlichen Rahmenbedingungen des SGB V und des SGB XI zu sehen: Hier stehen die grundsätzlich ungedeckelten Leistungen des SGB V den gedeckelten Leistungen des SGB XI gegenüber. Dies bedeutet, dass die Leistungen des SGB V deutlich höhere finanzielle Anreize für betrügerische Machenschaften darstellen.

Ferner bedarf es hinsichtlich der Leistungen der Pflegeversicherung einer vorherigen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Die MDKs überprüfen darüber hinaus regelmäßig die Qualität der von Pflegediensten erbrachten Pflegeleistungen nach SGB XI. Im Unterschied dazu wird die medizinische Behandlungspflege grundsätzlich auf der Grundlage ärztlicher Verordnungen erbracht und unterliegt anschließend keiner geregelten weiteren Kontrolle.

Die sozialrechtliche Verfolgung von betrügerischen Handlungen wird durch die Kranken- und Pflegekassen bzw. deren Verbände in eigener Verantwortung durchgeführt. Zur Wahrnehmung dieser Aufgabe wurden auf der Grundlage der §§ 197a SGB V und 47a SGB XI bei den Kassen besondere Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet. Kranken- und Pflegekassen bzw. deren Verbände haben über diesen Weg die Möglichkeit, Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Kasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. In der Regel gibt es in diesem Zusammenhang auch kassen(arten)übergreifende Kooperationen, um die Effizienz zu verbessern.

Rückmeldungen von Seiten der Pflegekassen und der MDKs als primäre Prüfinstanzen bestätigen, dass die Aufdeckung von Betrugsfällen im Bereich des SGB XI durch die Gesetzesänderungen im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II effektiver gestaltet werden kann. Hiernach ist es nunmehr möglich, Anlassprüfungen bei ambulanten Pflegediensten unangemeldet durchzuführen (§ 114a Abs. 1 S. 3 SGB XI). Darüber hinaus können im Rahmen von Qualitätsprüfungen auch Abrechnungsprüfungen vorgenommen werden (§ 114 Abs. 3 S. 6 SGB XI). Soweit neben Pflegeleistungen auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbracht werden, umfassen die Qualitätsprüfungen auch diese Leistungen.

Der GKV-Spitzenverband hat beispielsweise eine kassenartenübergreifende Arbeitsgruppe „Abrechnungsprüfung“ eingerichtet, um diese Instrumente möglichst effektiv einzusetzen. Hier wird es darauf ankommen, die Erkenntnisse dieser

Arbeitsgruppe möglichst schnell den einzelnen Kassen in den Ländern zur Verfügung zu stellen.

## II. Prüfauftrag und Kontrollmöglichkeiten der WTG-Behörden

Mit Inkrafttreten des novellierten Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG NRW) am 16.10.2014 unterliegen auch ambulante Pflegedienste der ordnungsrechtlichen Kontrolle durch die für die Umsetzung dieses Gesetzes zuständigen Behörden (Kreise und kreisfreie Städte, im Folgenden WTG-Behörden genannt). Dazu gehört auch die Verpflichtung für alle ambulant tätigen Pflege- und Betreuungsdienste, sich bei den WTG-Behörden zu registrieren und dabei auch verantwortlich tätige Personen namentlich zu benennen, sowie Wohngemeinschaften, in denen sie Menschen betreuen, anzugeben. Betreute Wohngemeinschaften müssen mitteilen, mit welchen Diensten sie zusammenarbeiten.

Zu dem Bereich der Gefahrenabwehr gehört dabei die gesetzliche Verpflichtung, dass die Anbieterinnen und Anbieter bei allen Wohn- und Betreuungsangeboten des WTG NRW die notwendige Zuverlässigkeit besitzen müssen (§ 4 Abs. 2 WTG NRW). Die WTG-Behörden erhalten über das MGEPA Kenntnis von Straftaten, soweit Nr. 26 oder 28 MiStra (Mitteilung Strafsachen) einschlägig sind. Weitere Erkenntnisse erhalten die WTG-Behörden über die Kooperation mit den Prüfbehörden des SGB XI (vgl. § 44 WTG NRW).

Zwar stellen grundsätzlich auch die diskutierten Betrugsfälle Rechtsbrüche und damit ordnungsrechtliche Gefahren dar. Da das Leistungsgeschehen aber durch das Prüfsystem der Kranken- und Pflegekassen zu prüfen ist und im Fall strafrechtlich relevanter Sachverhalte die gesetzlichen Strafverfolgungsbehörden zuständig sind, ist die ordnungsrechtliche Kontrolle hier als subsidiär einzuordnen.

Wenn der WTG-Behörde Tatsachen bekannt werden, die der Zuverlässigkeit der Anbieterinnen und Anbieter entgegenstehen, kann sie den Betrieb des Leistungsangebots untersagen. Diese Untersagung stellt eine Ordnungsverfügung dar und gilt unabhängig und vorrangig vor der leistungsrechtlichen Zulassung als Pflegeeinrichtung nach §§ 72 SGB XI. Bei einer Betriebsuntersagung auf der Grundlage des WTG NRW kann der Versorgungsvertrag nach § 74 SGB XI fristlos gekündigt werden.

### b. Angeforderte Berichte aus dem Geschäftsbereich des MGEPA

Aufgrund der Presseberichte hat das MGEPA diverse Kostenträger (gesetzliche Kranken-/Pflegekassen) in NRW und einzelne Kommunen als Träger der Sozialhilfe um Stellungnahmen gebeten. Der wesentliche Inhalt dieser Stellungnahmen wird im Folgenden zusammengefasst.

Den Medienberichten zufolge wurden in diesem Zusammenhang auch die NRW-Kommunen Köln und Duisburg namentlich erwähnt, sodass diese um einen Beitrag gebeten wurden.

## I. Stadt Köln

Pflegedienste von Inhabern/Inhaberinnen russischer Herkunft versorgen ca. 1/3 der Leistungsbeziehenden von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Dies sind aktuell 743 Pflegebedürftige. In Köln wurden bislang 10 Strafanzeigen gegen die Verantwortlichen von „russischen Pflegediensten“ gestellt. 2 Verurteilungen mit Freiheitsstrafen, die zur Bewährung ausgesetzt wurden, sind bekannt. Dem systematischen Leistungsmissbrauch und Abrechnungsbetrug wird seit Jahren durch diverse Maßnahmen entgegengewirkt. Zudem wurde ein „Runder Tisch“ gegründet, um alle in Köln bei der Aufdeckung und Verfolgung des Leistungsmissbrauchs beteiligten Institutionen regelmäßig zusammenzubringen.

## II. Stadt Duisburg

Dem Sozialhilfeträger Duisburg sind im Bereich der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII bislang keine Fälle von Abrechnungsbetrug bekannt.

## III. AOK Rheinland/Hamburg

In den letzten 15 Monaten sind insgesamt 141 Sachverhalte zu Fehlverhalten von Pflegediensten im Gesundheitswesen bekanntgeworden. 62 Fälle (mit einer Regresssumme von 448.000 EUR nebst 20.000 EUR Vertragsstrafen) konnten abschließend bearbeitet werden. Nach dortiger Einschätzung kommt der überwiegende Anteil aus dem Bereich „russischer Pflegedienste“.

Darüber hinaus berichtet die AOK Rheinland/Hamburg als einzige Kasse, dass seit 2010 fünf Fälle bekannt geworden sind, in denen ambulanten Pflegediensten aufgrund betrügerischer Aktivitäten die Zulassungen entzogen wurden.

In einem Fall konnte jedoch aufgrund des bestehenden gesetzlich vorgesehenen Kontrahierungszwangs eine Wiedereröffnung in einer anderen Stadt nicht verhindert werden.

## IV. AOK NORDWEST

Bislang sind 160 Ermittlungsverfahren gegen Pflegedienste bekannt. Im aktuellen Rechenschaftsbericht nach § 197a SGB V werden 4 Sachverhalte aus 2014/2015 beschrieben, in denen die Kasse Ermittlungen gegen Pflegedienste eingeleitet hat. Die Regresssumme zugunsten der AOK NORDWEST belief sich hierbei auf ca. 325.000 EUR.

## V. Verband der Ersatzkassen (vdek)

Dem Verband liegen keine Informationen über organisierte Verbrechenstrukturen vor. Gegenwärtig sind 70 Ermittlungsverfahren bekannt, eine Zuordnung zu ethnischen Gruppen erfolgt dabei nicht. In den letzten beiden Jahren konnten Rückforderungen in Höhe von rund 350.000 EUR realisiert werden.

## VI. IKK classic

Aktuell sind 44 Betrugsfälle aus den Bereichen „Pflege“ und „Häusliche Krankenpflege“ anhängig. Zudem konnte im Zeitraum 2014/2015 eine Regresssumme in Höhe von 90.000 EUR geltend gemacht werden.

## VII. Knappschaft

Im Zusammenhang mit etwaigen Abrechnungsbetrugsfällen liegen dort keine besonderen Erkenntnisse über „russische Pflegedienste“ vor, auch nicht ein besonderes Drängen auf den deutschen Pflegemarkt. Zahlen zu Rückforderungen werden nicht genannt.

## VIII. BKK-Landesverband NORDWEST

Es wird berichtet, dass das aktuelle Phänomen um sogenannte „russische Pflegedienste“ die ermittelnden Stellen bei den Kassen und den Staatsanwaltschaften beschäftigt. Es seien regionale Schwerpunkte feststellbar und organisierte Strukturen auf der Leistungserbringerseite würden erkennbar. Im Zusammenhang mit Ermittlungen bei „russischen“ Pflegediensten sei besonders die Sprachbarriere hervorzuheben. Es werde deutlich, dass es auch Fälle gibt, in denen sowohl die Patientin/der Patient als auch die Ärztin/der Arzt in den Betrug einbezogen seien.

Im Bereich NRW ist auch der BKK-Landesverband Nordwest seit fast einem Jahr bei zwei Vorgängen in die Ermittlungsarbeit eingebunden. Zahlen zu Rückforderungen werden nicht genannt.

### Vorschläge:

Von den Kassen werden u.a. folgende Maßnahmen vorgeschlagen, mit denen dem Abrechnungsbetrag in der Pflege entgegengewirkt werden könnte:

- Bildung einer Schwerpunktstaatsanwaltschaft, die sich verstärkt mit den Abrechnungsstellen der Kassen abstimmen soll,
- Aufstockung des Personals bei den Ermittlungsbehörden,
- Elektronische Dokumentation erbrachter Leistungen durch die Pflegedienste gegenüber den Kassen,
- Möglichkeit, rechtskräftig verurteilte Leistungserbringer zeitweise oder dauerhaft von der Versorgung auszuschließen,
- Implementierung einer bundesweiten Datenbank zur Identifizierung von für Falschabrechnung Verantwortlichen.

## Fazit:

Fälle von Abrechnungsbetrug sind landesweit bekannt und werden mit den zur Verfügung stehenden Mitteln entsprechend verfolgt. Eine besondere Zuordnung zu ethnischen Gruppen lässt sich jedoch nach den Berichten nicht regelhaft erkennen.

Die Angaben zur Schadenshöhe (eine Milliarde EUR, andere Berichte sprechen von zwei Milliarden EUR bundesweit) lassen sich aus den vorliegenden Stellungnahmen der Kassen nicht ableiten.

Insgesamt bestätigen auch die Kranken- und Pflegekassen, dass es gerade bei ambulanten Pflegeleistungen sehr schwierig ist, Missbrauch aufzudecken und rechtssicher zu belegen.

### c. Weitere Handlungsbedarfe aus Sicht des MGEPA:

Frau Ministerin Steffens hat sich bereits aufgrund eines Hinweises der AOK Rheinland/Hamburg Anfang des Jahres 2014 über das Thema „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“ berichten lassen. Dabei ging es um einzelne Verdachtsfälle und die Probleme bei der Durchführung der Ermittlungen.

Im Jahr 2015 wurde in den Medien über einen regelhaften „Handel“ mit Beatmungspatientinnen und -patienten berichtet. Nachfragen des MGEPA bei der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK NordWest führten zu der Erkenntnis, dass es zwar Hinweise auf Betrugsfälle gab, aber ein Nachweis im Einzelfall zum damaligen Zeitpunkt noch nicht erbracht werden konnte.

Das MGEPA unterstützt die Kassen in ihrem Handeln. So hat sich das MGEPA im Bundesratsverfahren zum Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) mit anderen Ländern zusammen erfolgreich dafür eingesetzt, dass Anlassprüfungen ambulanter Pflegedienste auch unangemeldet durchgeführt werden können (Aufnahme des § 114a Abs. 1 Satz 3 SGB XI in das PSG II). Darüber hinaus hat das MGEPA auch eine durch das PSG II eingeführte ergänzende Regelung mitgetragen, die es erlaubt, im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI nicht nur die Qualität der erbrachten Leistungen zu prüfen, sondern auch deren Abrechnung. Insofern sind die rechtlichen Grundlagen für Abrechnungsprüfungen in den letzten Jahren bereits erheblich verschärft worden.

Mit der neuen Meldepflicht für ambulante Dienste und der Möglichkeit für Betroffene, sich an die Behörden vor Ort wenden zu können, wenn aus ihrer Sicht eine Gefahr für Nutzerinnen/Nutzer des Dienstes gegeben ist, wurde eine Transparenz geschaffen, die die vielen guten und zuverlässigen Pflegedienste stärkt und Druck auf die Dienste ausübt, die sich nicht gesetzeskonform verhalten.

Weiterer Handlungs-/Prüfbedarf besteht jedoch:

- Die weit überwiegende Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI nimmt keine Sach-, sondern Geldleistungen in Anspruch. Bei dieser

Personengruppe bestehen keine regelhaften Prüfmöglichkeiten der MDKs nach § 114 SGB XI hinsichtlich der erbrachten Pflegequalität. Hier kommt lediglich das Instrument der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI zur Anwendung, die überwiegend ebenfalls durch ambulante Pflegedienste durchgeführt werden. In diesem Bereich ist daher bei betrügerischen Absichten durchaus die Möglichkeit gegeben, mit Hilfe eines Pflegedienstes einen „Pflegefall“ vorzutäuschen und dem gleichen Pflegedienst dann die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu übertragen. Dieses Instrument ist nach Auffassung der Landesregierung völlig unzureichend. Bereits im Jahr 2015 hat eine Bund-Länder-AG Empfehlungen „zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ abgegeben, darunter auch den Vorschlag einer Öffnung zur Durchführung dieser Beratungsbesuche durch die Kommunen. Der nun vorliegende Entwurf eines Pflegestärkungsgesetzes III (PSG III) der Bundesregierung greift diesen Vorschlag auf. Dies geschieht in Form einer Option („Beratungsbesuche können auch von anerkannten Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften durchgeführt und bescheinigt werden“). Zudem wird auch noch beabsichtigt, dass dies ohne Vergütung für die Kommunen erfolgen soll, obwohl nach gegenwärtigem Recht ambulante Dienst hierfür eine Vergütung erhalten. Vor diesem Hintergrund ist dieser Regelungsvorschlag aus der Sicht der Landesregierung unzureichend.

- Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit Betrugsvorwürfen in der Pflegeversicherung stellt der Kontrahierungszwang bei der Vergabe der Versorgungsverträge nach §§ 72 und 73 SGB XI dar. Danach sind Pflegedienste zwingend zur pflegerischen Versorgung nach SGB XI zuzulassen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Bei Ablehnung eines solchen Vertrages ist unmittelbar der Klageweg eröffnet. Selbst wenn es gelingt, einen bestehenden Vertrag wegen Qualitätsmängeln, nach § 74 SGB XI zu kündigen, etwa nach einer vorangegangenen Untersagung des Betriebs durch eine WTG-Behörde, ist es relativ einfach, einen Vertrag ggf. über einen „Strohmann/Strohfrau“ erneut abzuschließen.
- Prüfung, wie die bundesrechtlichen Prüfinstrumentarien des SGB V und des SGB XI harmonisiert und aufeinander angepasst werden können. So fehlt beispielweise eine vergleichbare Regelung für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst bei ambulanten Pflegediensten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Rahmen der Krankenversicherung erbringen (entsprechend der Regelungen in §§ 114, 114a SGB XI).
- Prüfung der Einrichtung einer kassenübergreifenden Datenbank - zur Identifizierung von für Falschabrechnung verantwortliche Pflegedienste - auf Bundesebene beim GKV-Spitzenverband.
- Prüfung einer gesetzlichen Regelung, die den Kranken-/Pflegekassen die Möglichkeit eröffnet, aufgrund einer Abrechnungsmanipulation rechtskräftig verurteilte Leistungserbringer, je nach Schwere des Falles, von der Versorgung zeitweise oder dauerhaft auszuschließen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den letzten Jahren durchaus weitere bundesrechtliche Instrumentarien zur Verfolgung betrügerischer Machenschaften geschaffen worden sind. Nach Auffassung des MGEPA bedarf es jetzt einer Überprüfung, ob diese Instrumentarien zur Verfolgung von Betrugsfällen ausreichen. Um Schnittstellenprobleme zu reduzieren, sollten weitergehende Lösungsansätze sozialrechtlich übergreifend diskutiert werden. Dies scheint auch die Bundesregierung erkannt zu haben. Nach einer Presseerklärung des BMG ist beabsichtigt, kurzfristig mit den Ländern und dem GKV-Spitzenverband entsprechende Gespräche zu führen. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die gesetzgeberische Handlungskompetenz im Bereich der Sozialgesetzbücher allein auf der Bundesebene liegt und die Länder hier keine eigenen Gesetzgebungskompetenzen haben.

### **3. Stellungnahme Bereich Sozialhilfe:**

Für den Bereich der Sozialhilfe lagen und liegen dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales (MAIS) keine konkreten Hinweise auf systematische Betrugsfälle bei der Abrechnung von Pflegeleistungen vor. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass das Land bzw. das MAIS kein Träger der Sozialhilfe ist und damit nur beschränkten Zugang zu Informationen über Vorfälle im Zusammenhang mit der Erbringung von Sozialhilfeleistungen hat. Allerdings hat das Bundeskriminalamt (BKA) im Rahmen der diesjährigen Frühjahrstagung der Konferenz der Obersten Landessozialbehörden (KOLS) am 10. und 11. März 2016 in Magdeburg allen Ländern die Ergebnisse seiner strategischen Auswertung zum Thema „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch bestimmte Pflegedienste“ vorgestellt. Das BKA trat hiermit erstmalig in diesem Themenzusammenhang an die Länder heran. Ziel dieses Herantretens war es, über die Länder die Kostenträger, also auch die Träger der Sozialhilfe, für diese Problematik zu sensibilisieren sowie den Trägern der Sozialhilfe über das Gremium der KOLS Schwachstellen und/oder Handlungserfordernisse aufzuzeigen.

Als Fazit stellte das BKA fest, dass es sich beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch bestimmte Pflegedienste um ein bundesweites Phänomen handele, das vorwiegend in Regionen mit einem hohen Anteil einer bestimmten Bevölkerungsgruppe auftrete.

Die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene waren als Gäste bei der Frühjahrstagung der Länder zugegen und haben von den Erkenntnissen des BKA ebenfalls Kenntnis erhalten.

Das BKA machte keine Angaben dazu, wie sich die Betrugsfälle auf die Länder verteilen und in welcher Höhe Schäden entstanden sind.

#### **4. Stellungnahme Bereich Justiz:**

Weder in den staatsanwaltschaftlichen Verfahrensstatistiken noch in der Strafverfolgungsstatistik, die Auskunft über etwaige Verurteilungen gibt, werden Verfahren wegen Betruges in der Pflege gesondert erfasst. Auch eine gesonderte Erfassung aller Fälle, in denen Krankenkassen als Geschädigte betrügerischer Abrechnungen in Betracht kommen, wird nicht geführt.

Allerdings werden einschlägige Ermittlungsverfahren in Nordrhein-Westfalen zumeist von besonders qualifizierten Dezernentinnen und Dezernenten in den Wirtschaftsabteilungen oder in den Sonderdezernaten für Medizinschadensfälle bearbeitet. Auf dieser Grundlage konnten die Generalstaatsanwältinnen und der Generalstaatsanwalt in ihren jeweiligen Geschäftsbereichen durch eine Umfrage - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - insgesamt 51 Verfahren ermitteln, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit von Pflegediensten seit 2010 eingeleitet wurden. Eine nähere Auswertung erforderte eine Sondererhebung von Hand. Dies ist in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich.

Zur Forderung, Schwerpunktstaatsanwaltschaften einzurichten, wird wie folgt Stellung genommen:

Schwerpunktstaatsanwaltschaften können für den Bezirk mehrerer Landgerichte - innerhalb des Bezirks einer Generalstaatsanwaltschaft - oder für den Bezirk mehrerer Oberlandesgerichte - landesweit - eingerichtet werden. Die Bildung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften ist gemäß § 143 Absatz 4 Gerichtsverfassungsgesetz jedoch nur möglich, wenn dies für eine sachdienliche Förderung oder schnellere Erledigung der Verfahren zweckmäßig ist.

Organisierter Abrechnungsbetrug ist eine Form der Wirtschaftskriminalität. Bei der Aufdeckung kommt in der Praxis der Zusammenarbeit der Ermittlungsbehörden mit den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort erhebliche Bedeutung zu. In Nordrhein-Westfalen sind Schwerpunktstaatsanwaltschaften für die Verfolgung von Wirtschaftskriminalität in Bielefeld, Bochum, Köln und Düsseldorf eingerichtet. Daneben verfügt die Schwerpunktstaatsanwaltschaft für Korruptionsdelikte in Wuppertal über eine eigene Ermittlungseinheit für Korruption und Abrechnungsbetrug im Medizinalwesen. In deren Zuständigkeit fallen bei entsprechendem Verfahrensumfang auch Fälle organisierter Betrugstaten zum Nachteil der Pflegekassen.

Die Verfahren werden dort durch jeweils besonders erfahrene Staatsanwältinnen und Staatsanwälte bearbeitet, die zudem bei Bedarf durch ebenfalls dort tätige Wirtschaftsreferentinnen und Wirtschaftsreferenten oder Buchhalterinnen und Buchhalter unterstützt werden können. Die auf lokaler Ebene bereits vorhandenen Strukturen würden durch eine weitere Zentralisierung der Ermittlungstätigkeit entwertet.

## **5. Bereich Polizei und Kriminalitätsprävention:**

Betrugsfälle zum Nachteil von Kranken- und Pflegekassen finden bundesweit statt. Die Bekämpfung dieser Deliktsform erfolgt bei der Polizei des Landes Nordrhein-Westfalen - je nach Komplexität und Umfang der Tatausführung - grundsätzlich durch spezialisierte Fachkommissariate zur Bekämpfung der Wirtschaftskriminalität bzw. der Organisierten Kriminalität sowie in den entsprechenden Fachdezernaten des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen.

Darüber hinaus steht das Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen mit der Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen im ständigen Austausch zu kriminalpräventiven Themen. Aufgrund der festgestellten Betrugsfälle zum Nachteil von Kranken- und Pflegekassen ist hierzu kurzfristig ein Arbeitstreffen geplant. Im Rahmen dieses Arbeitstreffens soll unter anderem die Erstellung gemeinsamer kriminalpräventiver Hinweise und deren Publikation erörtert werden.