

**Beitrag der AOKen und der Verbindungs- und Koordinierungsstelle
für Fehlverhalten im Gesundheitswesen des AOK-Bundesverbandes**

**für den Bericht des Vorstandes über Arbeit und Ergebnisse der Stelle
zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des
GKV-Spitzenverbandes**

**Auswahl anonymisierter Beschreibungen kassenübergreifender Fälle
von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aus der Ermittlungspraxis
der AOKen im Berichtszeitraum 2010–2011**

Anonymisierte Beschreibungen kassenübergreifender Fälle aus der Ermittlungspraxis der AOKen

Die folgende Auswahl dokumentiert Fälle, die im aktuellen Berichtszeitraum im AOK-System verfolgt worden sind, einige davon wurden bereits im vorherigen Berichtszeitraum bekannt. Diese Fälle wurden dem AOK-Bundesverband von seinen Mitgliedskassen übermittelt und als anonymisierte Kurzbeschreibungen zusammengefasst.

Bei der Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um kassenübergreifende Fehlverhaltensfälle. Das sind Fälle, von denen mehrere AOKs oder mehrere Krankenkassen in einem Bundesland betroffen sind. Deshalb wurden diese Fälle durch die in vielen Bundesländern von den Krankenkassen gegründeten Prüfgruppen und Kooperationsgemeinschaften gemeinsam verfolgt.

AOKen kooperieren in den meisten Bundesländern aktiv mit anderen Krankenkassen. Häufig sind die AOK-Fehlverhaltensbekämpfungsstellen federführend tätig und verfolgen bspw. kassenübergreifende Fälle im Auftrag anderer Krankenkassen (unterschiedliche Kooperationsmodelle in der Praxis).

8.1 Hilfsmittel von Sanitätshäusern, Orthopädieschuhmachern, Optikern und Hörgeräteakustikern

Sanitätshäuser: Abrechnung nicht erbrachter Leistungen

Die Versorgung der Versicherten mit Duschhockern und Duschstühlen als Hilfsmitteln ist durch das bundesweit gültige Hilfsmittelverzeichnis sichergestellt. Daneben werden landesunmittelbare Rahmenverträge zur Versorgung der Versicherten mit den Leistungserbringern, u.a. mit Sanitätshäusern, vereinbart. In diesen Rahmenverträgen sind individuelle vertragliche Regelungen zu den Ausstattungsmerkmalen und zum (Höchst)Abgabepreis sowie mögliche Abweichungen von diesen Verträgen festgelegt worden.

Bei der Überprüfung der Abrechnungspositionsnummern (APNR) von Hilfsmitteln bspw. von Duschhockern oder Duschstühlen als Leistungen eines Sanitätshauses können die Kranken- und Pflegekassen keine Auffälligkeiten bzw. Falschabrechnung feststellen, i.d.R. kann der Nachweis der Abgabe eines anderen als verordneten Produktes nur durch eine Versichertenbefragung vor Ort getroffen werden.

Im landesunmittelbaren Rahmenvertrag sind im Hilfsmittelverzeichnis bspw. Duschhocker mit Ausstattungsmerkmalen wie Hygieneausschnitt und Armlehnen gelistet und dafür wurde ein Höchstpreis festgelegt. Tatsächlich liefern Sanitätshäuser an die Versicherten aber andere oder ähnliche und wesentlich günstigere Hilfsmittel mit fehlenden Ausstattungsmerkmalen aus.

In einem Fall hatte ein Sanitätshaus u.a. runde Duschhocker ohne Hygieneausschnitt und ohne Armlehnen geliefert, die einen wesentlich geringeren Preis aufgrund der anderen Ausstattung hatten und rechnete unter Angabe der APNR mit den Kranken- und Pflegekassen den Höchstpreis ab. In einem anderen Fall waren nach den landesunmittelbaren Rahmenverträgen u.a. Duschstühle mit den Ausstattungsmerkmalen Hygieneausschnitt und faltbar abgerechnet worden, aber es wurden andere Duschstühle ohne Hygieneausschnitt und nicht faltbar geliefert.

Die vertragliche Verpflichtung zur individuellen Versorgung der Versicherten mit der notwendigen Genehmigung durch die Krankenkasse wurde von den Leistungserbringern nicht beachtet. Es wird vermutet, dass diesen Handlungen finanzielle Motive zugrunde liegen, weil vertragskonforme Hilfsmittel durch ihre Ausstattungsvoraussetzungen wesentlich teurer sind als die nicht gelistete „weiße Ware“. Der Preis dafür liegt bspw. bei den Duschhockern bei ca. 20 - 30 % des Preises nach dem landesunmittelbaren Rahmenvertrag.

Täter: Sanitätshaus

8.2 Arznei- und Verbandsmittel aus Apotheken und Versandhandel

Gefälschte Medikamente

In den Jahren 2009 bis 2011 wurden durch einen deutschen Großhändler in einer Vielzahl von Fällen hochwertige HIV-Medikamente der Marken COMBIVIR, VIRAMUNE und EPIVIR an dritte Firmen veräußert, von denen sie über weitere Zwischenfirmen an Apotheken und schließlich an Endverbraucher weiterveräußert wurden. Bei dem Verkauf der Medikamente durch den Beschuldigten war diesem bekannt, dass es sich nicht um Originalpackungen der jeweiligen Hersteller der Medikamente und mithin um in Deutschland nicht verkehrsfähige Originalmedikamente handelte.

Die Medikamente wurden in einer Art „weltweitem Kreisverkehr“ aus Südafrika beschafft und vor dem Verkauf in gefälschte Blister verpackt. Die Medikamente – es handelt sich zum Teil um zweckentfremdete Hilfslieferungen zur Behandlung der HIV-Krankheit – wurden im Rahmen der Vertriebskette mit den Krankenkassen als deutsche Originalware abgerechnet. Ein erster Anfangsverdacht ergab sich erst, nachdem in einer Delmenhorster Apotheke ein leerer Blister in einer für einen an Aids erkrankten Patienten bestimmten Packung aufgetaucht war.

Die AOK hatte im Auftrag der mit ihr in einem Bundesland kooperierenden anderen Krankenkassen der GKV die Ermittlungen aufgenommen. Den Krankenkassen ist bundesweit insgesamt ein Schaden in Millionenhöhe entstanden.

Ob der südafrikanischen Bevölkerung ein Schaden durch die Vorenthaltung der Hilfslieferungen entstanden ist, kann vermutet, aber nicht bewiesen werden. Der Kausalitätsnachweis ist bezogen auf die einzelnen Erkrankten in Südafrika nicht möglich. Die zu diesem Fall eingegangenen Hinweise auf einen Lagerort der Medikamente in Kapstadt wurden an die Sicherheitsbehörden in Südafrika weitergeleitet. Im Dezember 2011 wurden dann in Kapstadt zwei Personen festgenommen.

In einem weiteren Fall wurden große Mengen eines gleichfalls gefälschten (lebenserhaltenden) Medikaments nach Europa eingeführt. Im Gegensatz zu der o.a. Kasuistik mit Immunsuppressiva handelte es sich um Totalfälschungen eines Arzneistoffes, der die Blutgerinnung hemmt und zur Vorbeugung der Bildung von Blutgerinnseln (Thromben) verwendet wird.

Die Tabletten enthielten nicht den vorgeschriebenen Wirkstoff und waren wirkungslos.

Tätergruppe: Großhändler, Zwischenhändler, weitere Beteiligte

Apotheker: Rezeptfälschungen bei Sprechstundenbedarf

In mehreren Fällen wurden in erheblichem Umfang Rezepte über Sprechstundenbedarf verfälscht. Die Fälschungen bestanden in der Manipulation von Mengenangaben bspw. wurde eine „5“ zu einer „15“ verändert.

Der Fehlverhaltensfall wurde von einer AOK im Auftrag der mit ihr kooperierenden Krankenkassen in einem Bundesland aufgegriffen und verfolgt. Den Krankenkassen ist ein erheblicher sechsstelliger Schaden entstanden.

Täter: Apotheker

8.3 Heilmittel von Masseuren, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen

Physiotherapeut: Urkundenfälschung

Durch Abrechnungsprüfung wurde eine Physiotherapiepraxis auffällig, die bei einer verstorbenen Versicherten und Pflegeheimbewohnerin zahlreiche Behandlungen nach dem Todestag abgerechnet hatte. Die Behandlungen waren durch „Unterschriften“ auf den Verordnungen bestätigt. Eine Überprüfung des Sachverhaltes ergab, dass die Unterschriften denen einer Mitarbeiterin des Pflegeheims ähnlich waren, die jedoch die Verordnungen nicht abgezeichnet hatte. Weitere Prüfungen ergaben, dass eine angestellte Therapeutin die Durchführung der Behandlungen eigenhändig bestätigt hatte und dafür die Unterschrift der Pflegeheimmitarbeiterin gefälscht hatte, weil es für sie wiederholt schwierig war, die von ihr durchgeführten Therapien von den jeweiligen Pflegekräften bestätigen zu lassen. Dieses Vorgehen konnte in den Abrechnungen für weitere Versicherte nachgewiesen werden.

Bei der verstorbenen Versicherten hatte die Therapeutin mehrere Behandlungen abgerechnet, die auf der vorangegangenen Verordnung nicht abrechnungsfähig waren.

Die Praxisinhaberin erklärte sich bereit, der AOK den entstandenen Schaden zurückzuzahlen. Wegen des bestätigten Anfangsverdachts auf eine strafbare Handlung wurde die zuständige Staatsanwaltschaft unterrichtet.

Die AOK berichtete über den Sachverhalt auch in der im Bundesland gegründeten Kooperationsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 197 a Abs. 3 SGB V und über die Bereitschaft der Praxisinhaberin, den Schaden der anderen betroffenen Krankenkassen ebenfalls auszugleichen. Die anderen Krankenkassen haben daraufhin ihre Forderungen geltend gemacht.

Täter: Physiotherapeutin

Ergotherapeut: Abrechnung von Leistungen ohne erforderliche Qualifikation und höherwertigere Abrechnung von Leistungen

In einem umfangreichen Fall wurde festgestellt, dass seit mehreren Jahren ergotherapeutische Behandlungen bei psychisch erkrankten Versicherten durchgeführt und abgerechnet wurden, ohne dass einige der Therapeuten überhaupt die entsprechende Ausbildung hatten.

Weiterhin wurden die Behandlungen zum Teil als Gruppentherapie erbracht, jedoch in jedem Fall als höher vergütete Einzelbehandlung mit der Krankenkasse abgerechnet.

Der Fehlverhaltensfall wurde von der AOK im Auftrag der mit ihr kooperierenden Krankenkassen aufgegriffen und verfolgt. Es konnte ein Schaden im siebenstelligen Bereich nachgewiesen werden.

Täter: Ergotherapeut

Krankengymnast: Abrechnung von Leistungen ohne erforderliche Qualifikation, höherwertigere Abrechnung von Leistungen

Aufgrund eines Hinweises der Strafermittlungsbehörden konnte mit Hilfe von Abrechnungsunterlagen und Zeugenaussagen bewiesen werden, dass ein Krankengymnast Leistungen erbracht und abgerechnet hatte, ohne die dafür erforderliche Qualifikation zu besitzen.

Weiterhin wurden die Behandlungen zum Teil als Gruppentherapie erbracht, jedoch in jedem Fall als höher vergütete Einzelbehandlung mit der Krankenkasse abgerechnet. Es konnte ein Schaden im fünfstelligen Bereich nachgewiesen werden, der vom Leistungserbringer zurückgefordert wurde.

Täter: Krankengymnast

Podologe: Behandlung ohne Qualifizierung und Zulassung

In einem Fall wurde festgestellt, dass ein Leistungserbringer seit Jahren podologische Leistungen mit der Krankenversicherung abgerechnet hatte, obwohl er nicht über die erforderliche Ausbildung verfügte. Der Leistungserbringer hatte im Rahmen des Zulassungsverfahrens gefälschte Ausbildungsnachweise vorgelegt.

Der Fehlverhaltensfall wurde von einer AOK im Auftrag der mit ihr kooperierenden Krankenkassen in einem Bundesland aufgegriffen und verfolgt. Die Krankenkasse hat einen Schaden in sechsstelliger Höhe nachgewiesen.

Dem Leistungserbringer wurde die Zulassung entzogen. Diese Verwaltungsentscheidung ist mittlerweile von einem Landessozialgericht im Eilverfahren bestätigt worden.

Täter: Podologe

8.4 Ärztliche Behandlung

Arzt: Dialysedurchführung ohne Indikation

Ein Hinweisgeber wandte sich im Jahr 2011 an die Fehlverhaltensstelle der AOK und berichtete über Auffälligkeiten in drei Dialyse-Praxen. Er sei dort als angestellter Arzt auf eigenen Wunsch ausgeschieden, da er die dortigen vom Inhaber - einem Facharzt für Nephrologie - verschuldeten Hygienemängel und insbesondere auch die Behandlungen nicht mehr mittragen könne. Der Inhaber würde vorsätzlich Patienten ohne entsprechende medizinische Indikation dialysieren. Die in Deutschland und letztlich auch weltweit für die Feststellung der Indikation für eine Dialysepflichtigkeit anerkannten Laborparameter würden aus finanziellen Gründen missachtet. Die Patienten würden damit in erheblichem Maße gesundheitlich geschädigt. Die Dialyse ohne medizinische Indikation würde auch dazu führen, dass die Patienten dann tatsächlich auf Dauer dialysepflichtig werden.

Die Fehlverhaltensstelle dokumentierte die differenzierten Angaben des Hinweisgebers und schaltete unverzüglich die Staatsanwaltschaft ein. Dem Nephrologen wurde daraufhin - im einstweiligen Rechtsschutzverfahren durch das Sozialgericht bestätigt - untersagt, Patienten außerhalb definierter Laborparameter zu dialysieren. Ein von der Staatsanwaltschaft hinzugezogener Ordinarier hat in einer Bewertung der zwischenzeitlich sichergestellten Unterlagen die Behandlungen als "nicht nachvollziehbar" bestätigt. Nach dem bisherigen Ermittlungsergebnis sind die vom Hinweisgeber gegebenen Auskünfte i.S. einer Erhärtung des Anfangsverdachts zutreffend.

Der Sachverhalt hat in der entsprechenden Region eine erhebliche mediale Beachtung gefunden und zu einer großen Verunsicherung der Patienten geführt. Die AOK hat in Kooperation mit der KV den Patienten auf Wunsch alternative Dialysepraxen benannt.

Täter: Arzt

Arzt: Verordnung von Medikamenten in therapeutisch nicht nachvollziehbaren hohen Mengen

Aufgrund eines internen Hinweises stellte eine AOK fest, dass einem 43-jährigen Versicherten über mehrere Jahre hinweg von einem niedergelassenen Arzt suchtpotenzielle Stoffe in therapeutisch nicht nachvollziehbaren hohen Mengen verordnet wurden. Da sich der Verdacht auf eine strafrechtlich relevante Verwertung der Rezepte bzw. Medikamente verdichtete, wurde durch die AOK die Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Die nachfolgend eingeleiteten Ermittlungen führten zu dem Ergebnis, dass der Arzt diese Medikamente ohne die vorgeschriebene strenge Indikationsstellung bzw. engmaschige Kontrolle in einem eindeutig zweckentfremdeten Umfang zu Lasten der AOK verordnet hatte. Es bestätigte sich weiterhin ein kollusives Zusammenwirken von Arzt und Patient in Bezug auf die suchtfördernden Verordnungspraktiken des Arztes.

Sowohl gegen den Arzt als auch gegen den Versicherten erhob die Staatsanwaltschaft Anklage. Mit rechtskräftigem Urteil wurde der Arzt wegen Untreue zu einer Freiheitsstrafe von 1 Jahr und 10 Monaten verurteilt. Für den Versicherten wurde wegen Anstiftung zur Untreue eine Freiheitsstrafe von 1 Jahr und 2 Monaten verhängt. Beide Strafen wurden jeweils zur Bewährung ausgesetzt.

Der Arzt ist seitdem nicht mehr in der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Auf Basis des rechtskräftigen Urteils erfolgte die Rückforderung des entstandenen Schadens in fünfstelliger Höhe.

Tätergruppe: Arzt, Versicherter

Ärztin, Schwurgerichtsprozess gegen eine Ärztin

Im Jahr 2011 fand der Schwurgerichtsprozess gegen eine Ärztin aus Langenhagen große mediale Beachtung. Die Ärztin war ursprünglich als Belegärztin an einem Krankenhaus in Langenhagen tätig. Im Rahmen einer Überprüfung der Abrechnung eines Arztes aus derselben Klinik stellte der MDK Auffälligkeiten fest. Dass die Krankenakten der Vertragsärztin überhaupt geprüft wurden, ist auf einen Zufall bzw. ein Verwaltungsversehen der Klinik zurückzuführen. Diese hatte an den MDK Krankenakten der Ärztin herausgegeben, obwohl die Prüfung durch den MDK sich (ursprünglich) nur auf einen anderen Vertragsarzt bezog. Beide Ärzte waren auf derselben Belegstation tätig.

Der MDK stellte Auffälligkeiten in der Therapie der Patienten mit Morphinderivaten und Benzodiazepinen fest und äußerte den Verdacht, dass einige Patienten nicht durch die Grunderkrankung, sondern letztlich an dieser Infusionstherapie gestorben seien. Mit Rücksicht auf die Erheblichkeit der damit verbundenen Vorwürfe wurde der MDK beauftragt, kurzfristig ein interdisziplinäres medizinisches Gutachten vorzulegen. Parallel dazu wurden der Vorstand der KV-Bezirksstelle über die Angelegenheit unterrichtet und externe Gutachten einer Universitätsklinik und eines weiteren Facharztes, der auch als Gerichtsgutachter vor den Sozialgerichten tätig war, angefordert. Alle Gutachten konnten den Verdacht nicht ausräumen. Im Anschluss daran wurden durch die Staatsanwaltschaft weitere Gutachten in Auftrag gegeben, die gleichfalls die Verdachtsmomente nicht entkräften konnten.

Die Staatsanwaltschaft erhob daraufhin wegen des Verdachts des Totschlags in mehreren Fällen Anklage. Der erste Prozess vor einem Landgericht konnte nicht zum Abschluss gebracht werden, da einer der Berufsrichter während der Verhandlung schwer erkrankte und kein Ersatzrichter zur Verfügung stand. In dem dann folgenden neuen Prozess eröffnete das Gericht nach einer vorangegangenen umfangreichen Beweisaufnahme im Januar 2011 der Angeklagten, dass nach vorläufiger Bewertung des Schwurgerichts nicht nur eine Verurteilung wegen Totschlags sondern auch wegen Mordes in Betracht käme. Nach der Bekanntgabe dieser gerichtlichen Einschätzung beging die Ärztin Suizid.

Täter: Ärztin

8.5 Krankenhausbehandlung

Krankenhaus: Umsteuerungen von ambulant nach vorstationär

Die AOK erhielt über die Kassenärztliche Vereinigung Hinweise durch zwei niedergelassene Ärzte auf ein Krankenhaus. Nach § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung [...] erreicht werden kann. Der Vertragsarzt hat jeweils

vor Verordnung einer stationären Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob er selbst die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder eine Überweisung zur ambulanten Weiterbehandlung an einen anderen Vertragsarzt, einen ermächtigten Krankenhausarzt oder eine Institutsambulanz oder ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung ausreicht und eine stationäre Behandlung dadurch vermieden werden kann.

Eine Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung ist nach den Krankenhausbehandlungsrichtlinien also nur zulässig, wenn die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gegeben ist. Weiterhin entscheidet der Arzt im Krankenhaus über den Umfang und die Art der Behandlung im Krankenhaus. Diese kann u.a. auch im Rahmen einer vorstationären Behandlung (§ 115a SGB V) erfolgen, wenn die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung abgeklärt oder diese vorbereitet werden soll. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens 3 Behandlungstage begrenzt und findet innerhalb von 5 Tagen vor der stationären Krankenhausbehandlung statt.

Bei den geschilderten Sachverhalten wurden die Patienten von dem Krankenhaus aufgefordert, zur ambulanten Behandlung bzw. zur ambulanten Großgerätediagnostik einen Einweisungsschein mit dem Vermerk „vorstationär“ mitzubringen. Die niedergelassenen Ärzte hatten die Verordnung unzulässigerweise ausgestellt. Die vorgenannten ambulanten Behandlungen wurden per Datenträgeraustausch durch das Krankenhaus als vorstationäre Behandlung über pauschale Entgelte mit der AOK abgerechnet.

Eine Datenanalyse der AOK zeigte eine nicht plausible hohe Anzahl vorstationärer Behandlungsfälle ähnlichen Leistungsspektrums in dem Krankenhaus auf. Die den Rechnungen zu Grunde liegenden Verordnungen enthielten ferner oftmals den textlichen Zusatz „vorstationär“. Nachfolgende vollstationäre Behandlungsfälle gab es in der Regel nicht. Eine Abrechnung ambulanter Leistungen war der Klinik wegen fehlender Ermächtigung oder anderweitiger Zulassungen formal nicht möglich.

Es bestand daher der Verdacht, dass klassische ambulante Leistungen über die „vorstationäre Behandlung“ in den stationären Versorgungsbereich „verschoben“ wurden, um eine höherwertigere Abrechnungsmöglichkeit der eigentlich ambulanten Leistung zu erlangen und dass in einer Vielzahl der Fälle eine stationäre Behandlung zu keinem Zeitpunkt indiziert war.

Das Krankenhaus hat nach intensiven Gesprächen mit der AOK eine pauschale Rückzahlungsvereinbarung angeboten.

Der Sachverhalt wurde zur Bewertung eines strafrechtlichen Umgehungstatbestandes an die zuständige Staatsanwaltschaft abgegeben. Durch die Staatsanwaltschaft wurde veranlasst, dass auch andere gesetzliche Krankenkassen informiert wurden und Vergleichsvereinbarungen erzielen konnten.

Die Kassenärztliche Vereinigung informierte die niedergelassenen Ärzte in der Region per Mitgliederundschreiben über die Voraussetzungen für Krankenhauseinweisungen.

Täter: Krankenhaus

Krankenhaus: Upcoding, Abrechnung von DRG mit höherem Entgelt

Die AOK erhielt einen anonymen Hinweis zu einem Krankenhaus, das in den Jahren 2007-2009 für 23 Versicherte aufgrund der vorliegenden Diagnose (C50.9 - Bösartige Neubildung der Brustdrüse -) eine Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei Erkrankung der Mamma durchgeführt hatte.

Diese Operationen wurden aufgrund der angegebenen Operationsschlüssel (OPS) mit der Diagnosis Related Groups (DRG) J01Z abgerechnet. Die durchschnittlichen Kosten dieser DRG betragen je Fall 17.000,- Euro.

Mit der gleichen Diagnose (C50.9) und der entsprechenden OPS kann auch eine plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation durchgeführt werden. Diese Operation wird mit der DRG J14B abgerechnet. Die durchschnittlichen Kosten für eine solche Operation, betragen 7.000,- Euro.

Bei beiden Operationen handelt es sich um die Wiederherstellung der weiblichen Brust; bei der Abrechnung der DRG J01Z anstelle der DRG J14B ergibt sich je Fall rechnerisch einen Mehrbetrag in Höhe von ca. 10.000,- Euro.

Das Krankenhaus rechnete von 25 Fällen, 23 mit der DRG J01Z (17.000 €) und nur 2 mit der DRG J14B (7.000 €) ab. Ein Vergleich mit den Abrechnungen von allen Krankenhäusern in diesem Bundesland (gleiche OPS) erbrachte, das alle anderen Krankenhäuser nur einmal die DRG J01Z und 33 mal die DRG J14B abgerechnet hatten.

Für den Schadenswert wurde ein Betrag von 200.000,-Euro ermittelt.

Dieser Fall wurde von der AOK in einem Bundesland im Rahmen der kassenübergreifenden Kooperation der GKV-Krankenkassen federführend bearbeitet.

Täter: Krankenhaus, Abteilungsarzt bzw. Med.-Controller

Krankenhaus: Doppelabrechnung bei Arzneimittelkosten

Zwei ermächtigte Ärzte hatten Patienten während teilstationärer Behandlungen in einem Klinikum Medikamente verordnet. Die Arzneimittelverordnungen wurden in öffentlichen Apotheken eingelöst. Durch die Einlösung der Verordnungen in der öffentlichen Apotheke wurden die Arzneimittelkosten den Krankenkassen in Rechnung gestellt, obwohl diese bereits mit einer teilstationären Behandlung abgegolten sind.

Das Krankenhaus hatte das Thema selbst bei Budgetverhandlungen angesprochen. Es folgten Rückzahlungen in der Höhe von 455.000 Euro.

Täter: Krankenhaus, ermächtigte Ärzte

8.6 Versicherte und Familienangehörige

Pflegeversicherung: Pflegegeldzahlungen ohne Anspruch

Im Rahmen von Ermittlungen der Staatsanwaltschaft wegen des Verdachts des sexuellen Missbrauchs von Kindern wurde festgestellt, dass ein Beschuldigter seit mehreren Jahren zu Unrecht Pflegegeld bezogen hatte. Dem Beschuldigten war zuletzt die Pflegestufe 3 wegen sehr weitgehender Erkrankungen und Einschränkungen zuerkannt worden.

Die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft hatten jedoch ergeben, dass diese Einschränkungen nicht vorlagen und der Beschuldigte über weite Strecken Spaziergänge mit seinem Hund unternahm, bei denen er auch die Kontakte zu den Kindern anbahnte. Daraufhin wurden die Pflegegeldzahlungen eingestellt. Der Gesamtschaden durch Geldzahlungen ohne Anspruch betrug mehr als 80.000 Euro.

Täter: Versicherter

Krankenversicherung: Krankengeldzahlungen ohne Anspruch

In einem Fall des unberechtigten Bezuges von Krankengeld wurde festgestellt, dass das die Krankengeldzahlung auslösende Schleudertrauma zwar tatsächlich vorlag, der vorausgegangene Verkehrsunfall jedoch absichtlich mit einem Mittäter („Autobumser-Kasuistik“) herbeigeführt worden war.

Täter: Versicherter

8.7 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Hebamme: Abrechnung nicht erbrachter Leistungen

In einer AOK wurden mehrere Fälle verfolgt, bei denen Hebammen nicht erbrachte Leistungen mit den Krankenkassen abgerechnet hatten.

In einem Fall wurde eine seit 1990 als freiberuflich tätige Hebamme aufgrund mehrfachen, fortgesetzten Abrechnungsbetruges zu Lasten der Krankenkasse zu einer Geldstrafe verurteilt. Sie hatte Hebammenleistungen abgerechnet, die sie gegenüber den versicherten Patientinnen nicht erbracht hatte. Die zuständige Verwaltungsbehörde entzog der Hebamme die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung. Das zuständige Oberverwaltungsgericht bestätigte diese Entscheidung und führte aus, dass Dauer und Regelmäßigkeit der begangenen Straftaten, insbesondere die fortgesetzte und professionelle Vorgehensweise, und der eingetretene Schaden, der sich auf (nur) 1.212,44 Euro belaufe, die Hebamme als unzuverlässig zur Ausübung ihres Berufes auswies. Aus dem festgestellten Fehlverhalten der Hebamme sei die begründete Besorgnis abzuleiten, dass sie ihren Berufspflichten, die sich auch auf die korrekte Abrechnung der Behandlung eines Patienten mit der Krankenkasse bezögen, nicht mehr gerecht werde. Die Hebamme habe zwar ihren Pa-

tientinnen keine unmittelbaren Gesundheitsschäden zugefügt. Ihre Betrugshandlungen wirkten sich jedoch nachteilig zu Lasten aller Versicherten aus.

Täter: Hebamme

8.8 Fahrkosten

Rettungsdienst: Vertragsverletzungen

Ein Rettungsassistent erstattete Anzeige gegen einen Rettungsdienst, weil ihm aufgefallen war, dass gesetzliche und vertragliche Vorschriften von den Unternehmensleitern bewusst umgangen worden sind.

Immer wenn durch die Rettungsleitstelle ein Rettungswagen für einen Notfalleinsatz angefordert wurde, erfolgte vom Rettungsdienst zunächst die Übernahmebestätigung des Einsatzes. Der Rettungswagen musste aber auf Anweisung der Unternehmensleiter häufig zuvor noch einfache Kranken- oder Behindertentransporte ausführen bspw. Patienten von oder zum Krankenhaus oder zur Dialyse fahren. Dies führte zu Verzögerungen bei den Notfalleinsätzen.

Die Finanzierung des Rettungsdienstes ist zweckgebunden und umfasst die Notfallrettung von akut lebensbedrohlichen Fällen. Die Rettungsdienstunternehmen verpflichten sich somit zu einer Vorhaltung von Kapazitäten allein für die Rettung und den Transport nach Auftrag durch die Leitstellen.

Weiterhin bestand der Verdacht, dass das für den Notfalleinsatz bestimmte zweckgebundene Personal des Rettungsdienstes in einem Taxiunternehmen (Zweitunternehmen) eingesetzt wurde und Kranken- und Behindertenfahrten ausgeführt wurden.

Bei Sichtung der beschlagnahmten Unterlagen wurde zusätzlich festgestellt, dass in den Vergütungsverhandlungen mit der AOK überhöhte Personalkosten angegeben worden sind. Nach Anhörung des Leistungserbringers kam es zu einer Rückzahlungsvereinbarung über mehr als 420.000 Euro, die durch Ratenzahlungen bisher teilweise erfolgte.

Täter: Rettungsdienstleiter

