Antrag

der Abg. Rainer Hinderer u. a. SPD

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales und Integration

Betrug bei der Abrechnung von Pflegedienstleistungen in Baden-Württemberg

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,

1. welcher Anfangsverdacht zu dem aktuellen Ermittlungsverfahren wegen gewerbsmäßigen Abrechnungsbetrugs, Beitragsvorenthaltung und Verstößen gegen das Aufenthaltsgesetz gegen drei Pflegedienste in Stuttgart und in den Landkreisen Biberach und Heilbronn führte;
2. inwiefern sich dieser Anfangsverdacht inzwischen erhärtet hat;
3. um welches Schadensvolumen es in diesen Fällen jeweils geht;
4. ob es Hinweise gibt, dass es bei den von den Pflegediensten betreuten Patientinnen und Patienten zu Beeinträchtigungen hinsichtlich der Pflegequalität und des -umfangs gekommen ist;
5. inwiefern aus ihrer Sicht die vorhandenen Strukturen und Gegebenheiten dazu beitragen, dass der Betrug bei der Abrechnung von Pflegedienstleistungen möglich ist;
6. welche Fälle ihr aus den letzten fünf Jahren in Baden-Württemberg bekannt sind, in denen gegen ambulante Pflegedienste oder teilstationäre bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen wegen des Betrugs bei der Abrechnung von Pflegedienstleistungen ermittelt wurde oder wird;
7. bei welchen dieser Fälle es zu Verurteilungen kam und wie hoch das Schadensvolumen jeweils war;

8. wie viele verdachtsgestützte, unangemeldete Prüfungen in Baden-Württemberg durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) nach § 114 a Sozialgesetzbuch (SGB) XI seit Einführung dieser gesetzlichen Möglichkeit im ambulanten Bereich stattfanden;
9. welche weiteren Kontrollmöglichkeiten derzeit bestehen, um systematischen Abrechnungsbetrug in der Pflege zu verhindern bzw. aufzudecken, und welche weiteren Kontrollen ggf. von ihr für notwendig gehalten werden;
10. welche Strategien sie gegen Betrügereien bei der Abrechnung von Pflegedienstleistungen für sinnvoll hält und verfolgt bzw. welche konkreten Konsequenzen sie aus dem unter Ziffer 1 genannten Fall für Baden-Württemberg zieht.

05.12.2018

Hinderer, Binder, Kenner, Stickelberger, Wölflé SPD

Begründung

Aus anderen Bundesländern wurden bereits früher Fälle von systematischem Abrechnungsbetrug in der Pflege gemeldet. Noch bis mindestens zum letzten Jahr waren der Landesregierung in Baden-Württemberg keine entsprechenden Fälle bekannt (Drucksache 16/1381). Nun meldete die Pressestelle des Polizeipräsidiums Stuttgart am 2. November 2018 den Vollzug von richterlichen Durchsuchungsbeschlüssen bei drei Pflegediensten in Stuttgart, im Landkreis Biberach sowie in Heilbronn. Laut Pressemeldung stehen dabei die fünf Inhaberinnen und Inhaber dieser Pflegedienste unter dem Tatverdacht des gewerbsmäßigen Abrechnungsbetrugs, der Beitragsvorenthaltung sowie Verstößen gegen das Aufenthaltsgesetz. Vor allem sollen durch die drei Pflegedienste in den letzten Jahren nicht im erforderlichen Maße qualifizierte Pflegekräfte im häuslichen Intensivpflegebereich eingesetzt und deren Leistungen verbotenerweise und anhand der Vorlage gefälschter Dokumente mit Versicherungen abgerechnet worden sein. Der Gesamtschaden wird laut Bericht der Ermittler auf mehrere hunderttausend Euro geschätzt.

Der Berichts Antrag soll klären, ob solche Betrügereien in der Pflege schon öfter in Baden-Württemberg stattfanden, wie sie aufgedeckt und vermieden werden können und ob nach Ansicht der Landesregierung die Maßnahmen im Rahmen des dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) zur Vermeidung von Betrug in der Pflege ausreichen oder diesbezüglich weitere Maßnahmen ergriffen werden sollten.

Stellungnahme*)

Mit Schreiben vom 15. Januar 2019 Nr. 33-0141.5-016/5331 nimmt das Ministerium für Soziales und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium der Justiz und für Europa zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,*

1. welcher Anfangsverdacht zu dem aktuellen Ermittlungsverfahren wegen gewerbsmäßigen Abrechnungsbetrugs, Beitragsvorenthaltung und Verstößen gegen das Aufenthaltsgesetz gegen drei Pflegedienste in Stuttgart und in den Landkreisen Biberach und Heilbronn führte;

Der Anfangsverdacht beruht auf einer Selbstanzeige der früheren Pflegedienstleiterin eines Pflegedienstes, die diese zunächst gegenüber einer betroffenen Krankenkasse und dann auch gegenüber der Polizei erstattet hat.

2. inwiefern sich dieser Anfangsverdacht inzwischen erhärtet hat;

Die Staatsanwaltschaft sieht den Anfangsverdacht des Abrechnungsbetruges in Tateinheit mit Urkundenfälschung und Vorenthaltens von Arbeitsentgelt durch bei Krankenkassen erhobene Unterlagen, durch Auskünfte der Deutschen Rentenversicherung, durch Zeugenvernehmungen und durch Erkenntnisse aus einem anderen Ermittlungsverfahren erhärtet. Der Fortgang des Ermittlungsverfahrens bleibt abzuwarten.

3. um welches Schadensvolumen es in diesen Fällen jeweils geht;

Derzeit geht die Staatsanwaltschaft wegen des Verdachts der Abrechnung von nicht durch qualifiziertes Pflegepersonal erbrachte Pflegeleistungen und sogenannten Luftleistungen von einem Schadensumfang in einer Größenordnung von 50.000 bis 100.000 Euro aus. Daneben besteht der Verdacht, dass Sozialversicherungsbeiträge in einer Größenordnung von etwa 40.000 Euro nicht abgeführt wurden. Auch hinsichtlich der möglichen Schadensbeträge sind die weiteren Ermittlungen abzuwarten.

4. ob es Hinweise gibt, dass es bei den von den Pflegediensten betreuten Patientinnen und Patienten zu Beeinträchtigungen hinsichtlich der Pflegequalität und des -umfangs gekommen ist;

Der Staatsanwaltschaft liegen bisher keine Erkenntnisse vor, dass es bei Patienten zu konkreten Gefahrensituationen gekommen ist. Allerdings wurde nach den bisherigen Erkenntnissen neben Personal, das über eine im Ausland erworbene, hier allerdings nicht anerkannte Qualifikation verfügt hat, auch unqualifiziertes Personal eingesetzt. Außerdem sind ausländische Pflegekräfte am Tag vor der Durchsichtung abgereist und haben intensivpflegebedürftige Patienten der Obhut ihrer Angehörigen überlassen.

5. inwiefern aus ihrer Sicht die vorhandenen Strukturen und Gegebenheiten dazu beitragen, dass der Betrug bei der Abrechnung von Pflegedienstleistungen möglich ist;

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat nach § 114 SGB Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen die Qualität der Pflege bei ambulanten

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

Pflegeeinrichtungen zu prüfen. Die ambulanten Pflegedienste erbringen Leistungen nach dem SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung und Leistungen nach dem SGB XI – Soziale Pflegeversicherung. Grundlage für die Prüfungen bilden die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) bzw. die Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP). Qualitätsprüfungen sind nach § 114 a Abs. 1 SGB XI grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen. Anlassprüfungen erfolgen unangemeldet.

Seit Oktober 2016 ist die Prüfung von Abrechnungen verpflichtender Bestandteil der jährlichen Qualitätsprüfungen des MDK nach dem SGB XI bei ambulanten Pflegediensten. Außerdem führt der MDK seit Januar 2018 auch Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach dem SGB V bei Leistungserbringern durch, die ausschließlich Leistungen der Häuslichen Krankenpflege anbieten. Diese erweiterten Kontrollmöglichkeiten hat der Bundesgesetzgeber mit den Pflegestärkungsgesetzen II und III auf den Weg gebracht, um dem Abrechnungsbetrug entgegenzuwirken.

Eine einheitliche digitale Dokumentation, die auch verwaltungsökonomische Vorteile für die Pflegedienste hätte, gibt es bisher nicht. Seit Beginn des Jahres 2018 werden Gespräche zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Bundesverbänden der Pflegeeinrichtungen geführt, mit dem Ziel, die Leistungserbringung nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Gespräche sind jedoch noch nicht zum Abschluss gekommen, da die Berufsverbände der Leistungserbringer zwar die Angabe der Uhrzeiten des Behandlungsbeginns, nicht jedoch des Behandlungsendes im Rahmen des Datenträgeraustausches mit der Abrechnung übermitteln wollen. Um eine Manipulation bei der Leistungserbringung von vornherein auszuschließen, wäre die Angabe der Behandlungszeiten ein wesentlicher Baustein.

Bei allen Qualitätsprüfungen durch den MDK, d. h. bei Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen hat der Pflegedienst der prüfenden Person auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Dies bedeutet, dass die Qualitätsprüferinnen und Qualitätsprüfer die Büroräume des Pflegedienstes nicht eigenmächtig betreten, Schränke eigenmächtig nicht öffnen und Unterlagen nicht eigenmächtig an sich nehmen dürfen, um sie zu sichten und um Kopien anzufertigen. Die PC's des Pflegedienstes dürfen ebenfalls nicht eigenmächtig bedient werden. Wenn der MDK im Auftrag der Landesverbände der Pflegekasse eine Anlassprüfung eines ambulanten Pflegedienstes unangemeldet durchführt und das Büro des Pflegedienstes nicht besetzt ist, warten die Qualitätsprüferinnen/Qualitätsprüfer vor den Büroräumen. Sie versuchen, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Pflegedienstes telefonisch zu erreichen. Wenn Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Pflegedienstes erreicht werden können und dem MDK mitteilen, dass an diesem Tag keine Prüfung mehr durchgeführt werden kann, da sie noch Patientinnen/Patienten zu versorgen haben, wird die Prüfung am folgenden Tag durchgeführt. Dann handelt es sich umstände halber aber natürlich nicht mehr um eine unangemeldete, sondern um eine angekündigte Prüfung.

Insoweit kommt zumindest bei einem Verdacht auf eine Straftat wie einen Abrechnungsbetrug den Ermittlungen der Staatsanwaltschaft, welche im Gegensatz zum MDK über entsprechende hoheitliche Ermittlungsbefugnisse gegenüber den Pflegediensten verfügt, eine zentrale Bedeutung bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug zu.

6. welche Fälle ihr aus den letzten fünf Jahren in Baden-Württemberg bekannt sind, in denen gegen ambulante Pflegedienste oder teilstationäre bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen wegen des Betrugs bei der Abrechnung von Pflegedienstleistungen ermittelt wurde oder wird;

7. bei welchen dieser Fälle es zu Verurteilungen kam und wie hoch das Schadensvolumen jeweils war;

Die Fragen 6 und 7 werden wegen des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Bei den Staatsanwaltschaften und bei den Gerichten werden Verfahren wegen Betruges nur insgesamt und ohne Angaben zur Schadenshöhe statistisch erfasst. Verfahren mit bestimmter Tatmodalität oder zum Nachteil bestimmter Geschädigter, beispielsweise betrügerische Abrechnungen von Pflegedienstleistungen, können deshalb nicht ausgefiltert werden.

8. *wie viele verdachtsgestützte, unangemeldete Prüfungen in Baden-Württemberg durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) nach § 114 a Sozialgesetzbuch (SGB) XI seit Einführung dieser gesetzlichen Möglichkeit im ambulanten Bereich stattfanden;*

Nach den bisherigen Erfahrungen des MDK Baden-Württemberg betreffen die meisten Fälle von Falschabrechnungen ambulanter Pflegedienste solche Leistungen, die diese Pflegedienste auf der Grundlage der Regelungen des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) erbringen.

Seit dem Jahr 2010 hat der MDK Baden-Württemberg insgesamt 87 anlassbezogene Abrechnungsprüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V für den Leistungsbe- reich des SGB V (Häusliche Krankenpflege) im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt. Er hat im Jahr 2018 aufgrund der vermehrten Beauftragung zu anlassbezogenen Abrechnungsprüfungen eine Personalaufstockung im begrenzten Umfang vorgenommen.

Die Zahl dieser erledigten Aufträge verteilte sich seit 2010 wie in der folgenden Tabelle dargestellt:

Jahr	Anzahl erteilter Aufträge	Anzahl erledigter Aufträge
2017	9	10
2016	18	11
2015	17	11
2014	12	12
2013	24	12
2012	17	17
2011	9	2
2010	4	3

Zum Stand der Auswertung (22.03.2018) waren noch 16 Aufträge in Bearbeitung. Gründe hierfür sind die überdurchschnittlichen hohen Zeit- und Personalaufwände (circa Verhältnis von 4:1, d. h. der Aufwand von vier Regelprüfungen ist durchschnittlich für eine anlassbezogene Abrechnungsprüfung notwendig) seitens der Prüfinstanzen.

9. *welche weiteren Kontrollmöglichkeiten derzeit bestehen, um systematischen Abrechnungsbetrug in der Pflege zu verhindern bzw. aufzudecken, und welche weiteren Kontrollen ggf. von ihr für notwendig gehalten werden;*

Seit 2010 erteilen die Landesverbände der Pflegekassen nach § 114 Abs. 1 SGB XI zur Durchführung einer Qualitätsprüfung in zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen dem MDK, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (seit 2014) oder den von ihnen bestellten Sachverständigen den Prüfauftrag. Bislang bestand noch keine Notwendigkeit, einen Sachverständigen zu bestellen. In diesem Prüfauftrag ist in Baden-Württemberg von Beginn an die Prüfung der Abrechnungen der Leistungen bei den in der Prüfung einbezogenen Personen enthalten. Vermutlich liegt es daran, dass hier in Baden-Württemberg den Pflegekassen bislang weniger Fälle von systematischem Abrechnungsbetrug als in anderen Bundesländern bekannt sind.

Bei Anlassprüfungen nach § 114 Abs. 4 SGB XI geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus und umfasst eine vollständige Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mit dem Schwerpunkt auf die Ergebnisqualität.

Anlassbezogene Abrechnungsprüfung

Die Krankenkassen können nach § 275 SGB V insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einholen. Dieses Verfahren („anlassbezogene Abrechnungsprüfung“) wird seit 2009 praktiziert.

Abrechnungsprüfung durch die Pflegekasse (DTA)

Die Pflegeeinrichtungen haben nach § 13 Abs. 4 des Rahmenvertrages über ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 9. Dezember 2016 die Möglichkeit, über einen Datenträgeraustausch (DTA) die Pflegeleistungen mit den Pflegekassen abzurechnen. Hierbei werden die zur Abrechnung notwendigen Angaben elektronisch übermittelt, ein darüber hinausgehender Nachweis über die erbrachten Pflegeleistungen ist dabei nicht einzureichen. In diesem Fall können die Pflegekassen abgestimmte stichprobenartige Einsichtnahmen vor Ort in die Leistungsnachweise der vergangenen zwölf Monate vornehmen. Die Einsichtnahme findet während der normalen Bürozeiten des Dienstes statt – in der Regel wird sie einen Arbeitstag vorher telefonisch angekündigt.

Abrechnungsprüfung durch die Krankenkasse (DTA)

Aufgrund der „Ergänzungsvereinbarung elektronischer Datenträgeraustausch (DTA) zum Rahmenvertrag nach § 132a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege“ und des Rahmenvertrages über ambulante pflegerische Versorgung gem. § 75 Abs. 1 SGB XI mit der damit verbundenen Teilnahme der Pflegeeinrichtungen an diesem Verfahren ist ein Nachweis über die erbrachten Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nicht einzureichen. Die Krankenkasse kann für die Leistungen nach § 37 SGB V maximal alle zwei Monate eine stichprobenartige Einsichtnahme vor Ort in die Leistungsnachweise der letzten zwölf Monate vornehmen. Die Einsichtnahme findet während der normalen Bürozeiten des Dienstes statt, in der Regel wird sie einen Arbeitstag vorher telefonisch angekündigt. Spricht sich die Pflegeeinrichtung gegen die Stichprobenprüfung aus, ist ein Leistungsnachweis zu den erbrachten Leistungen einzureichen.

Abrechnungsprüfung (elektronisch und manuell)

Bei den von Pflegediensten erbrachten Sachleistungen werden alle Abrechnungen geprüft auf:

- parallel bestehende stationäre Leistungen (Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalte nach §§ 39, 40 SGB V), sowie Aufenthalte in stationären Pflege- und Behinderteneinrichtungen nach §§ 39, 41, 42, 43 und 43 a SGB XI,
- parallel bestehende Leistungsansprüche der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V,
- parallel bestehende Leistungsansprüche der ambulanten Wohngruppe nach § 38 a SGB XI,
- Ruhestatbestände nach § 34 SGB XI,
- parallel bestehende Leistungsansprüche der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37 b SGB V,
- parallel bestehende Leistungsansprüche stationären und ambulanten Hospizleistung nach § 39 a SGB V,
- parallel bestehende Leistungsansprüche der Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39 c SGB V,
- vorliegende Todestage,
- Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen nach § 13 SGB XI.

Nach Auffassung der AOK Baden-Württemberg sollten die Prüfintervalle der Regelprüfung vor dem Hintergrund, dass die personellen Ressourcen des gutachterlichen Prüfpersonal nicht grenzenlos vorhanden sind, flexibilisiert werden. Das würde bedeuten, dass nicht pauschal einmal im Jahr jede Einrichtung geprüft wird, sondern bei auffälligen und neuen Pflegediensten eine engmaschigere Begleitung erfolgt. Hingegen sollten nach Auffassung der AOK Baden-Württemberg bei unauffälligeren Einrichtungen (keine Auffälligkeiten in der Regelprüfung und/oder keine begründeten Beschwerden) ein längerer Prüfabstand, z. B. zwei

Jahre, eingeräumt werden. Damit der Fokus auf die auffälligen Pflegeeinrichtungen gelegt werden könnte, mit dem grundsätzlichen Ziel der Qualitätsverbesserung und einer vertragskonformen Leistungserbringung. Die Ressourcen der geprüften Einrichtungen, Prüfinstanzen, der Landesverbände der Pflegekassen und der Ermittlungsbehörden würden damit effizient genutzt, um einem systematischen Abrechnungsbetrug entgegenzuwirken.

Darüber hinaus sehen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der AOK-Gemeinschaft dringenden Regelungsbedarf und haben diesbezüglich insbesondere an den Spitzverband Bund der Krankenkassen und Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) Vorschläge herangetragen, die unter anderem folgende Veränderungen ermöglichen sollten:

- Implementierung datenschutzrechtlicher Grundlagen zur Ermöglichung eines bundesweiten Registers, in dem Zulassungsentziehungen wegen Betrug gegen Leistungserbringer personenbezogen gespeichert werden können.
- Schaffung einer gemeinsamen Betrugspräventions-Datenbank (sogenannte „fraud prevention pool“, zum Beispiel analog § 25 h Abs. 3 Kreditwesengesetz),
- Schaffung einer gesetzlichen Übermittlungsbefugnis für personenbezogene Daten zwischen den Kassen im Rahmen der Zulassung von Pflegediensten, um zum Beispiel Mehrfachmeldungen von Personal etc. besser verhindern zu können,
- Befugnis zu unangemeldeten Prüfungen in stationären und in ambulanten Pflegeeinrichtungen, d. h. Streichung der bisher im Gesetz vorgesehenen vorherigen Ankündigung am Tag vor der Prüfung bei gleichzeitiger Umsetzung, dass Versicherte die Einbeziehung in die Stichprobenauswahl bei Regelprüfungen durch die Prüfinstanzen nicht ablehnen dürfen,
- Erfassung der Anfangs- und Endzeiten bei ambulanter Pflege.

Neben diesen Forderungen, die helfen sollen, zukünftig Betrug im Bereich Pflege zu verhindern und/oder schneller aufzudecken, wurden unter anderem weitere zentrale Forderungen an den GKV-Spitzenverband herangetragen, die nicht nur für die Ermittlungsarbeit im Bereich Pflege notwendig sind:

- Erweiterung der Datenübermittlungsbefugnisse insbesondere von und zu den Prüfinstanzen (MDK/PKV-Prüfdienst) und Behörden (z. B. Gesundheits- und Ordnungsämter),
- gesetzlicher Schutz für Hinweisgeber,
- Ausbau von Ressourcen und Kompetenzen bei der Polizei.

Diese Forderungen werden auch durch den aktuellen Bericht der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverbandes gestützt.

Nach Auffassung der Landesregierung sind mit diesem von den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der AOK-Gemeinschaft ausgearbeiteten Forderungskatalog an den Bundesgesetzgeber und den GKV-Spitzenverband die wesentlichen Punkte aufgegriffen worden, um mit den vorgeschlagenen Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen den Möglichkeiten eines Abrechnungsbetrugs bei Pflegeleistungen entgegenzuwirken.

10. welche Strategien sie gegen Betrügereien bei der Abrechnung von Pflegedienstleistungen für sinnvoll hält und verfolgt bzw. welche konkreten Konsequenzen sie aus dem unter Ziffer 1 genannten Fall für Baden-Württemberg zieht.

Die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die Krankenkassen haben derzeit folgende Möglichkeiten, mit auffällig gewordenen Pflegediensten umzugehen:

Anhörung gemäß § 115 Abs. 2 SGB XI

Der Pflegeeinrichtung wird die Möglichkeit gegeben, sich zu den festgestellten Mängeln zu äußern.

Folgeprüfungen

Die innerhalb der Anhörung getätigte Stellungnahme der Pflegeeinrichtung eröffnet die Möglichkeit, eine erneute Prüfung durch die Prüfinstitutionen (MDK/ PKV-Prüfdienst) der Pflegeeinrichtung zu veranlassen. Dies dient zur Überprüfung, ob Mängel beseitigt worden sind oder diese weiterhin bestehen.

Anlassbezogene Prüfung anstatt Regelprüfung

Treten Auffälligkeiten während der Regelprüfung auf, so kann diese unmittelbar in eine anlassbezogene Prüfung umgewandelt werden.

Vertragliche Konsequenzen

Die landesspezifischen Rahmenverträge sehen lediglich die Möglichkeit der Kündigung vor. Bislang konnte keine Einigung zwischen den Leistungserbringer- und den Leistungsträger-Verbänden erzielt werden, um beispielsweise eine Art mehrstufigen „Sanktionskatalog“ bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen zu erhalten.

Strafanzeigen

Bei Verdacht auf Straftaten erfolgt eine Strafanzeige.

Die Landesregierung befürwortet die unter Ziffer 9 beschriebenen an den Bundesgesetzgeber sowie an den GKV-Spitzenverband herangetragenen Forderungen. Anzumerken ist jedoch auch, dass in Baden-Württemberg – im Gegensatz zu anderen Bundesländern – bereits vor einigen Jahren zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem MDK Baden-Württemberg vereinbart wurde, Abrechnungsprüfungen der ambulanten Pflegedienste obligatorisch im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI durchzuführen. Insofern hatte die Pflege selbstverwaltung in Baden-Württemberg schon frühzeitig auch das Thema „Abrechnungsbetrug bei ambulanten Pflegediensten“ in den Fokus von Qualitätsprüfungen gestellt.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration