



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz Info-Dienst

Ausgabe 4/2016, 24. Mai 2016

8-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen in der Pflege

Organisierter Betrug in der Pflege ist nicht neu. Ein vertraulicher Bericht des Bundeskriminalamtes gab nun den Anstoß zu einer längst überfälligen, öffentlichen Diskussion über dieses Thema. Bund und Länder haben bislang keine einheitlichen, wirksamen Konsequenzen gezogen, um Abrechnungsbetrug zu bekämpfen. Tatbeteiligte sind Pflegedienste, Ärzte, Apotheker, Sanitätshäuser sowie bisweilen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. An der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung fehlen effektive Kontrollen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Betrug in der Pflege geht nicht nur zu Lasten der öffentlichen Kassen. Er betrifft insbesondere schwerstkranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen. Beispielsweise, wenn Intensivpflege-Patienten¹ nicht die notwendige, qualifizierte Betreuung erhalten.

Mit ihrem 8-Punkte-Plan schlägt die Deutsche Stiftung Patientenschutz konkrete Maßnahmen vor. Diese können vom Gesetzgeber mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) oder durch die Länder zeitnah umgesetzt werden. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe muss das PSG III nun auch zu einem Betrugsbekämpfungsgesetz weiterentwickeln. Das dient dem Schutz von Patienten und Pflegebedürftigen. Nachfolgend die Forderungen der Deutschen Stiftung Patientenschutz.

1. Eine einheitliche Patientennummer einführen

Für Pflegebedürftige, die Leistungen der Krankenkasse und der Pflegekasse erhalten, können bei der Abrechnung derzeit zwei unterschiedliche Versichertenummern genutzt werden: die Kranken-Versichertenummer (§ 290 SGB V) und die Pflege-Versichertenummer (§ 101 SGB XI). Das schafft Intransparenz und erschwert die Überprüfung von Abrechnungen. Künftig muss es eine einheitliche, lebenslange Patientennummer geben. Sie lässt sich unbürokratisch einführen, indem die Kranken- und die Pflege-Versichertenummer in Zukunft identisch sein müssen. Der Datenschutz der Patienten ist in vollem Umfang zu wahren.

¹ Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige beider Geschlechter.

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Rieke Detering, Dr. Florian Dimer, Christine Eberle, Herbert Möller, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 28.01.2014, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.



2. Pflegeleistungen künftig ausschließlich elektronisch abrechnen

In der Pflegeversicherung sind Abrechnungen in Papierform immer noch begrenzt möglich. Der Austausch von Daten zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern in elektronischer Form wird in den Ländern schrittweise eingeführt. Bei Abrechnung mit der Krankenkasse ist der elektronische Datenaustausch jedoch längst verpflichtend (§§ 295, 300 f. SGB V). Die digitale Abrechnung ermöglicht, Daten besser auszuwerten und so auch Auffälligkeiten schneller aufzuspüren. Dies wird durch eine einheitliche Patientenummer zusätzlich erleichtert. Die Patientenschützer fordern daher, auch bei der Abrechnung mit Pflegekassen den digitalen Datenaustausch verbindlich vorzuschreiben. Zu diesem Zweck muss § 105 SGB XI entsprechend ergänzt werden.

3. Qualitäts- und Abrechnungskontrollen stärken

In der Pflegeversicherung besteht bereits ein engmaschiges Kontrollsystem (§ 114 SGB XI). Eine Lücke besteht jedoch in Fällen, in denen der Pflegeversicherte neben der häuslichen Krankenpflege auch Pflegegeld, jedoch keine Pflegesachleistungen bezieht. Die Pflegekassen haben hier bislang kein Prüfrecht. Dies muss in § 114 SGB XI ergänzt werden.

In der Krankenversicherung gibt es keine wirksamen Kontrollmechanismen bei der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V). Mit einem neuen § 275b SGB V zu Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege sollen hier regelmäßige Kontrollen der Krankenkassen bei den ambulanten Pflegediensten vorgeschrieben werden. Verbindlich zu prüfen sind dann auch die Abrechnungen der Leistungen. Besteht der Verdacht auf eine nicht fachgerechte Pflege, sind die Pflegebedürftigen in die Prüfung einzubeziehen. Dies geschieht selbstverständlich unter Wahrung ihres Datenschutzes und des Schutzes der Unverletzlichkeit ihrer Wohnung.

4. Wohngemeinschaften bundeseinheitlich definieren und Meldepflichten ausbauen

Für Pflege-Wohngemeinschaften (WGs), selbstorganisiert oder von einem Träger gesteuert, gibt es bislang keine bundesweit einheitlichen Standards. Die Heimgesetze der Länder enthalten sehr unterschiedliche Regelungen zur Definition und zur Meldepflicht bei den zuständigen Aufsichtsbehörden. In einigen Ländern unterliegen alle einer Meldepflicht, in anderen gilt dies nur für trägergesteuerte WGs. Jedoch kommen in diesen Wohn- und Versorgungsformen Fälle von Abrechnungsbetrug und nicht fachgerechter Betreuung der Pflegebedürftigen immer wieder vor. Daher ist es aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz dringend erforderlich, Wohngemeinschaften bundeseinheitlich zu definieren. Das SGB XI soll daher um einen neuen § 71a ergänzt werden. Außerdem müssen die Bundesländer in ihrem Heimrecht Meldepflichten für alle WG-Formen einführen – sofern noch nicht geschehen.

5. Anonyme Hinweise ermöglichen

Wo Korruption und verdeckter Betrug stattfinden, sind anonyme Hinweise eine wichtige Hilfe für die Strafverfolgungsbehörden. Dies gilt zumal für das komplexe und intransparente Gesundheitswesen. Daher wurden bereits „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ in der Krankenversicherung (§§ 197a, 81a SGB V) und der Pflegeversicherung (§ 47a SGB XI) geschaffen. Diese müssen künftig um verbindliche Anlaufstellen für anonyme Hinweise ergänzt werden, um so Hinweisgeber zu schützen. Eine öffentliche Berichtspflicht erhöht die Transparenz zur Arbeit dieser Stellen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt daher vor, die Regelungen in den §§ 197a und 81a SGB V anzupassen. Durch einen Verweis im § 47a SGB XI gelten die Regelungen des § 197a SGB V für das Elfte Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Staatsanwaltschaft muss bereits heute unverzüglich unterrichtet werden, wenn der Anfangsverdacht für eine Straftat mit nicht nur geringfügiger Bedeutung besteht. Im Gesetz muss klargestellt werden, dass davon bereits ab einer Schadenshöhe von 50 Euro auszugehen ist. Bislang ist diese Schadenshöhe nicht definiert und in der Praxis umstritten.

6. Eine Regelung zur Straffreiheit bei Selbstanzeigen schaffen

Ergänzend regt die Deutsche Stiftung Patientenschutz im Gesundheitsstrafrecht eine Regelung zur Straffreiheit bei Selbstanzeige von Abrechnungsbetrug an. Die für schwere Betrugsfälle geltende Kronzeugenregelung (§ 46b StGB) reicht hier nicht aus. Sie wirkt sich lediglich strafmildernd aus. Nach der Neuregelung soll straffrei bleiben, wer sich selbst anzeigt und den entstandenen Schaden gegenüber den Leistungsträgern und deren Beitragszahlern vollständig ersetzt. Dieses Angebot richtet sich an Täter in Pflegediensten und Sanitätshäusern sowie auch an straffällig gewordene Ärzte, Apotheker, Pflegebedürftige und Angehörige. Ziel eines solchen neuen § 307c SGB V ist es, Betrugsfälle aufzuspüren, die sonst womöglich nie entdeckt worden wären.

7. In allen Ländern Meldepflichten für ambulante Pflegedienste einführen

Wer einen ambulanten Pflegedienst eröffnen will, verhandelt mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag. Bei den heimrechtlich zuständigen Aufsichtsbehörden muss er sich dafür nicht anmelden. Das Land Nordrhein-Westfalen hat eine Meldepflicht für ambulante Pflegedienste bei diesen Behörden zum 30. Juni 2016 eingeführt. Die Pflegedienste werden zudem von ihnen ordnungsrechtlich überwacht. Auch das Hessische Betreuungs- und Pflegegesetz enthält bereits eine solche Regelung. Die Aufsichtsbehörden bündeln Erfahrungen mit der Pflege und Kompetenzen bei der Kontrolle. Daher sollte in allen Bundesländern eine vergleichbare Regelung im Heimrecht eingeführt werden. Die ambulanten Pflegedienste stünden dann flächendeckend unter Behördenaufsicht. Außerdem sind Erkenntnisse über Betrugsmethoden und Täter zusammenzuführen, so dass die Aufsichtsbehörden auch über Ländergrenzen hinweg darauf zugreifen können. Die Landesregierungen müssen hierzu zügig initiativ werden.



8. In allen Ländern polizeiliche Spezialermittlungsteams und Schwerpunktstaatsanwaltschaften aufbauen

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein komplexes System. Daher haben Länder wie Bayern, Hessen und Thüringen Schwerpunktstaatsanwaltschaften für die Ermittlungen im Gesundheitsbereich eingerichtet. So bündeln sie Kompetenzen und bauen Erfahrungswissen auf. Für eine flächendeckende effektive Bekämpfung von Betrug im Gesundheitswesen sind in allen Bundesländern Schwerpunktstaatsanwaltschaften notwendig. Sie sollten von spezialisierten Ermittlungsteams der Polizei unterstützt werden. Außerdem müssen sie sicherstellen, dass ein Informationsaustausch und eine Zusammenarbeit über Ländergrenzen hinweg stattfinden. Diese Vorschläge liegen in der Regelungskompetenz der Länder und sind daher nicht mit einem konkreten Regelungsvorschlag im Dritten Pflegestärkungsgesetz verknüpft. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert die Landesregierungen auf, von spezialisierten Ermittlungsteams unterstützte Schwerpunktstaatsanwaltschaften in allen Ländern schnellstmöglich einzurichten.

Kontakt

Deutsche Stiftung Patientenschutz
Hauptstadtbüro
Chausseestraße 10, 10115 Berlin
Telefon: 030 28444840
E-Mail: berlin@patientenschuetzer.de
www.stiftung-patientenschutz.de



Gesetzliche Regelungsvorschläge zum 8-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen in der Pflege

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz schlägt vor, die Punkte 1 bis 6 des 8-Punkte-Planes durch die hier genannten Gesetzesänderungen im Rahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) umzusetzen. Punkt 7 zur Aufsicht und Meldepflicht für ambulante Pflegedienste ist im Heimrecht der Länder zu regeln. Punkt 8 zur Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften kann per Rechtsverordnung durch die Landesregierungen umgesetzt werden.

Zu 1.: Eine einheitliche Patientenummer einführen

Der bisherige § 101 SGB XI ist wie folgt anzupassen (Änderung durch Fettdruck hervorgehoben):

§ 101 SGB XI Pflegeversichertennummer

Die Pflegekasse verwendet für jeden Versicherten eine Versichertennummer, die mit der Krankenversichertennummer **übereinstimmt**. Bei der Vergabe der Nummer für Versicherte nach § 25 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann.

Zu 2.: Pflegeleistungen künftig ausschließlich elektronisch abrechnen

Der bisherige § 105 Absatz 1 SGB XI ist wie folgt um einen neuen Absatz 2 zu ergänzen (Änderung durch Fettdruck hervorgehoben). Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3:

§ 105 SGB XI Abrechnung pflegerischer Leistungen

(1) Die an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet,

1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen,
2. in den Abrechnungsunterlagen ihr Kennzeichen (§ 103) sowie die Versichertennummer des Pflegebedürftigen anzugeben,

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Rieke Detering, Dr. Florian Dimer, Christine Eberle, Herbert Möller, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 28.01.2014, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.

3. bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 78 zu verwenden.

Die Abrechnung hat spätestens ab dem 01.01.2018 ausschließlich im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu erfolgen.

(2) Werden die den Pflegekassen nach Abs. 1 zu übermittelnden Daten ab dem 01.01.2018 nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Pflegekassen die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Pflegekassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen. (...)

Zu 3.: Qualitäts- und Abrechnungskontrollen stärken

Im SGB XI wird § 114 Absatz 2 ergänzt (Änderung durch Fettdruck hervorgehoben) und im SGB V ist ein neuer § 275b einzufügen:

§ 114 SGB XI Qualitätsprüfungen

(1) Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung (...)

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal (...) Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. **Bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches beziehen sich die Prüfungen auch auf Pflegebedürftige, die keine Pflegesachleistungen nach § 36 in Anspruch nehmen.** Sie umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen. Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht. (...)

§ 275b SGB V - Qualitätsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege

(1) Bei Leistungen der Krankenkassen nach § 37 dieses Buches erfolgen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bei den jeweiligen Leistungserbringern (§ 132 a Abs. 2) Leistungs- und Qualitätsüberprüfungen. Die Kontrollen umfassen auch die Abrechnung der genannten Leistungen. Die Kontrollen erfolgen regelmäßig. Die Kontrollen werden unangemeldet durchgeführt. § 114a Abs. 2 bis 3a des Elften Buches gelten entsprechend. Die nähere Ausgestaltung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3.

(2) Gibt es im Rahmen der Überprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, etwa durch nicht hinreichend qualifiziertes Pflegepersonal, sind die betroffenen Versicherten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen. Zudem sind sodann die bei den Krankenkassen nach § 197a eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen über die Hinweise zu informieren. Hinsichtlich der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen gelten im Übrigen §§ 115 ff. des Elften Buches entsprechend. § 114a Abs. 2 bis 3a des Elften Buches gelten entsprechend.

(3) Die Kontrollen nach Abs. 1 finden auch in trägerorganisierten Wohngemeinschaften statt.

Zu 4.: Wohngemeinschaften bundeseinheitlich definieren und Meldepflichten ausbauen

Zur bundeseinheitlichen Legaldefinition von Wohngemeinschaften wird zusätzlich ein neuer § 71a SGB XI eingefügt. Die Aufsicht und die Meldepflichten für Wohngemeinschaften sind – sofern nicht bereits geschehen – im Heimrecht der Länder zu regeln.

§ 71a SGB XI Wohngemeinschaften

(1) Wohngemeinschaften im Sinne dieses Buches sind Wohnformen für Volljährige, die dem Zweck dienen, mindestens drei pflegebedürftigen Menschen (§ 14) das selbstbestimmte Leben in einem gemeinsamen Haushalt und eine von der Wohnraumüberlassung unabhängige Inanspruchnahme entgeltlicher Betreuungsleistungen zu ermöglichen.

(2) Träger einer Wohngemeinschaft ist, wer im Rahmen unternehmerischer Tätigkeiten das Wohnen und die Leistungserbringung bestimmt und die Ausführung des Betriebes verantwortet.

(3) Selbstorganisierte Wohngemeinschaften sind Einrichtungen, in denen der Anbieter von Wohnraum und der Anbieter von Pflege- und Betreuungsleistungen unabhängig voneinander sind und deren Bewohner bzw. die für diese handelnde vertretungsberechtigte Personen bei der Auswahl des Pflegeanbieters weder vertraglich noch tatsächlich eingeschränkt

sind. Dies gilt insbesondere im Fall einer zusammengeschlossenen Auftraggebergemeinschaft, die dazu dient, das gemeinschaftliche Wohnen zu gestalten, gemeinsame Interessen gegenüber Dritten zu vertreten sowie die Gemeinschaft betreffende Geschäfte abzuschließen.

Zu 5.: Anonyme Hinweise ermöglichen

Die §§ 197a und 81a SGB V sind in den Absätzen 1, 2, 4 und 5 wie folgt zu ergänzen (Änderung durch Fettdruck hervorgehoben). Durch den Verweis auf diese Paragraphen in § 47a SGB XI gelten die Änderungen für das SGB XI entsprechend.

§ 197a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) Die Krankenkassen, wenn angezeigt ihre Landesverbände, und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. **Die Einrichtungen überprüfen insbesondere Hinweise auf Abrechnungsbetrug.** Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen wenden. **Die Einrichtungen tragen dafür Sorge, dass Hinweise auch anonym abgegeben werden können.** Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Krankenkassen und die weiteren (...)

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 (...)

(4) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte. **Eine strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung liegt jedenfalls ab einer Schadenshöhe von 50 EUR vor.**

(5) Der Vorstand der Krankenkassen und der weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen hat dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten **und im Internet zu veröffentlichen.**

§ 81a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung hindeuten. **Die Einrichtungen überprüfen insbesondere Hinweise auf Abrechnungsbetrug.** Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in den Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wenden. **Die Einrichtungen tragen dafür Sorge, dass Hinweise auch anonym abgegeben werden können.** Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (...)

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 (...)

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte. **Eine strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung liegt jedenfalls ab einer Schadenshöhe von 50 EUR vor.**

(5) Der Vorstand hat der Vertreterversammlung im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten **und im Internet zu veröffentlichen.**

Zu 6.: Eine Regelung zur Straffreiheit bei Selbstanzeigen schaffen

Der nachfolgende § 307c ist neu in das SGB V einzufügen:

§ 307c SGB V Straffreiheit bei Selbstanzeige von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

(1) Wer gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Vermögensdelikte im Zusammenhang mit der Erbringung oder Zurverfügungstellung von Pflege- oder Gesundheitsleistung oder der Inanspruchnahme derselben nach diesem Buch und dem Elften Buch in vollem Umfang anzeigt, wird wegen dieser Delikte nicht nach dem Strafgesetzbuch bestraft. Die Angaben müssen zu allen unverjährten in Satz 1 genannten Straftaten erfolgen.

(2) Straffreiheit tritt nicht ein, wenn

1. bei einer der zur Selbstanzeige gebrachten unverjährten in Absatz 1 Satz 1 genannten Straftaten

a. dem an der Tat Beteiligten oder seinem Vertreter die Einleitung des Straf- oder Ordnungsverfahrens bekannt gegeben worden ist oder

b. ein Amtsträger der Aufsichtsbehörde oder der Ermittlungsbehörden zur Ermittlung wegen einer Vermögensstraftat erschienen ist oder

2. eine der Vermögensstraftaten im Zeitpunkt der Anzeige ganz oder teilweise bereits entdeckt war und der Täter dies wusste oder bei verständiger Würdigung der Sachlage damit rechnen musste.

(3) Hat der Täter durch die Tat bereits Vermögensvorteile erlangt, so tritt für den an der Tat Beteiligten Straffreiheit nur ein, wenn er die aus der Tat erlangten Vorteile innerhalb der ihm bestimmten angemessenen Frist zurückerstattet.

Kontakt

Deutsche Stiftung Patientenschutz

Hauptstadtbüro

Chausseestraße 10, 10115 Berlin

Telefon: 030 28444840

E-Mail: berlin@patientenschuetzer.de

www.stiftung-patientenschutz.de