



VEREINIGUNG  
DER HESSISCHEN  
UNTERNEHMERVERBÄNDE

**Position**

**Soziales**

Juni 2023

### Sozialleistungsmissbrauch

# Fehlverhalten im Sozialwesen effektiver bekämpfen – Steuer- und Beitragszahler vor Leistungsmissbrauch schützen

Frankfurt, 21. Juni 2023

## Vorbemerkung

Der Sozialbereich hat insgesamt eine Größenordnung von einer Billion Euro jährlich erreicht. Das ist fast ein Drittel der gesamten Wirtschaftsleistung Deutschlands. Gleichzeitig werden durch Sozialleistungsmissbrauch jedes Jahr hohe Milliardenbeträge zweckentfremdet und dem Sozialsystem entzogen. Allein im Gesundheitsbereich gehen Schätzungen von 20 Milliarden Euro aus. Könnten wir Missbrauch verhindern, würde der Gesamtsozialversicherungsbeitrag auf die wichtige Marke von unter 40 Prozent sinken. Das sichert Arbeitsplätze.

Klar ist auch, dass sich die übergroße Mehrheit rechtmäßig verhält – also Leistungserbringer wie etwa Ärzte und Apotheker, Pflegedienste und Sanitätshäuser, Betreiber von Kindergärten, Heimen und Beratungsstellen auf der einen Seite. Und auf der anderen Seite die Bezieher dieser Leistungen, also etwa Patienten, Pflegebedürftige und deren Familienangehörige. Deshalb muss der Missbrauch von Sozialleistungen durch eine kleine Minderheit wirksam bekämpft werden. Auch Skandale wie zuletzt in Hessen bei der AWO Frankfurt und der AWO Wiesbaden machen deutlich, dass es im Milliardengeschäft um Sozialleistungen bei der Kontrolle noch zu amateurhaft zugeht.

## I. Zusammenfassung

Überall dort, wo öffentliche Mittel eingesetzt werden, entstehen auch Anreize für Fehlverhalten und Missbrauch. Im Sozialwesen betrifft dies nicht nur Leistungsempfänger, sondern auch einzelne Leistungserbringer, so etwa Pflegedienste und -heime, Sozialverbände, Ärzte und Apotheker, Krankenhäuser oder Heilmittelbringer.

Öffentliches Geld braucht öffentliche Kontrolle. Sonst drohen Korruption, Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch. Diese untergraben das Vertrauen in den Sozialstaat und erhöhen die Lasten für Beitrags- und Steuerzahler. Nach Schätzungen summieren sich die Schäden durch Leistungsmissbrauch allein im Gesundheitswesen auf einen zweistelligen Milliardenbetrag (GKV-Spitzenverband 2022). Das Dunkelfeld ist extrem groß: mit einem festgestellten Schaden von rund 130 Mio. Euro kann geschätzt weniger als 1 Prozent der tatsächlichen Schadenssumme im Gesundheitswesen

ermittelt werden (GKV-Spitzenverband 2023; Bundeskriminalamt 2021).

Die Bekämpfung von Missbrauch und Betrug im Bereich von Sozialleistungen muss mit dem in den letzten Jahrzehnten stark gewachsenen Sozialstaat Schritt halten. Die Missbrauchsbekämpfung muss zukünftig genauso konsequent angegangen werden wie im Bereich der Finanzverwaltung. Es gibt keinen Grund, im Sozialbereich höhere Hürden aufzubauen.

Auf Bundesebene sollte die zusätzliche Einrichtung einer zentralen Bekämpfungsstelle geprüft werden, die für Steuerdelikte und Sozialleistungsmissbrauch zuständig ist. Dies sichert eine effektivere Bekämpfung, hebt das Thema ins öffentliche Bewusstsein und schreckt Täter ab.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen – insbesondere für den Datenaustausch und automatischen Datenabgleich – müssen auf Landes- und Bundesebene verbessert werden. Auch in Hessen müssen die Behörden ihre Anstrengungen zur Bekämpfung des Leistungsmissbrauchs weiter deutlich steigern.

Die Kommunen und kommunalen Jobcenter müssen vom Landesgesetzgeber verpflichtet werden, Daten zum Leistungsmissbrauch zu erheben und an das Statistische Landesamt zu übermitteln. Dies betrifft etwa auch die Erhebung von Missbrauchsdaten zu Sozialhilfe, Eingliederungshilfe oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Unter Beteiligung von Sozial- und Innenministerium sollte die Landesregierung mit den Behörden vor Ort ein behördenübergreifendes Konzept gegen Leistungsmissbrauch mit dem Ziel einer besseren Zusammenarbeit erarbeiten.

Die Befugnisse der Fehlverhaltenstellen der Krankenkassen zum Datenaustausch mit anderen Krankenkassen und Behörden müssen vom Bundesgesetzgeber erweitert werden. Der Bund sollte die Einrichtung einer bundesweiten und kassenübergreifenden Datenbank ermöglichen, die Fälle von strafbarem Fehlverhalten im Gesundheitswesen personenbezogen speichert. Zudem muss gesetzlich klargestellt werden, dass die Fehlverhaltenstellen auch auf eigene Initiative und anlassunabhängig tätig werden dürfen.

Die Pflegekassen müssen ihre Kontrollen bei der Leistungserbringung intensivieren. Hierzu müssen vom Bundesgesetzgeber mehr unangekündigte Kontrollen ermöglicht und digitale Abrechnungen verpflichtend gemacht werden.

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung müssen konsequent den Missbrauch von Erwerbsminderungsrenten aufdecken und verhindern, indem sie konsequent Frühwarn- und Prüfsysteme einrichten und anwenden. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Landesärztekammer Hessen und das Sozialministerium als Aufsichtsbehörde müssen konsequenter darauf hinwirken, dass Ärzte Arbeitsunfähigkeitszeiten korrekt erfassen.

Land und Kommunen müssen sicherstellen, dass die Erbringer von Sozialleistungen, wie etwa die großen Wohlfahrtsverbände, bereits im „laufenden Geschäft“ geprüft werden. Die AWO-Skandale in Frankfurt und Wiesbaden haben hier großen Handlungsbedarf deutlich gemacht.

Die seit Jahren bekannte Missbrauchsmöglichkeit durch Beurkundung von Scheinvaterschaften Bleiberecht und Sozialleistungsbezug zu sichern, muss vom Bundesgesetzgeber beendet werden. Hingegen wäre eine staatliche Weigerung, eine bekannte und auch genutzte Missbrauchsmöglichkeit zu unterbinden, geeignet, die allgemeine Rechtstreue zu beeinträchtigen.

Schließlich muss auch die Schattenwirtschaft besser eingedämmt werden, einerseits durch effektive Kontrollen, vor allem aber durch Beseitigung der Ursachen, also zu hohe Lohnzusatzkosten, Bürokratie und Hürden bei der Beschäftigungsaufnahme.

## II. Im Einzelnen

### 1. Sozialleistungs-Missbrauch so konsequent wie Steuerdelikte bekämpfen

Die Finanzverwaltung ist zu Recht mit umfangreichen Ermittlungs- und Ahndungsmöglichkeiten im Kampf gegen Steuerdelikte ausgestattet. Dies ist richtig und wichtig für die Funktionsfähigkeit unseres Gemeinwesens. Die Steuereinnahmen aller drei staatlichen Ebenen betragen zuletzt rund 815 Milliarden Euro (2022). Demgegenüber beträgt allein das Finanzvolumen in der überwiegend beitragsfinanzierten Sozialversicherung über 700 Milliarden Euro, hinzu kommen Sozialleistungen für zahlreiche

rein steuerfinanzierte Leistungen wie Sozialhilfe und Grundsicherung. Das Sozialbudget für sämtliche Sozialleistungen umfasst inzwischen über 1 Billion Euro p.a., das ist fast ein Drittel der gesamten Wirtschaftsleistung. Auch um einen wesentlichen Beitrag zur Finanzierbarkeit des Sozialsystems zu leisten, muss der Prüf- und Kontrollstandard der Finanzverwaltung auch für Sozialleistungen eingeführt werden. Es ist kein Grund dafür ersichtlich, im Bereich von Sozialleistungen weniger konsequent zu kontrollieren.

### 2. Zentrale Behörde zur Bekämpfung von Sozialleistungsmissbrauch prüfen

Derzeit ist die Missbrauchsbekämpfung Aufgabe jeder einzelnen Sozialbehörde, was richtig ist und bleibt. Für eine effektivere Bekämpfung, auch bei bundesländerübergreifenden Sachverhalten oder bei Auslandsbezug, sollte die zusätzliche Einrichtung einer bundesweit agierenden Struktur geprüft werden. Durch die Zusammenführung von Erkenntnissen verschiedener Stellen könnten bundesländer- oder staatenübergreifende agierende Tätergruppierungen und Begehungsweisen (z. B. im Pflegebereich) schneller erkannt und verhindert werden.

Mit der Finanzkontrolle Schwarzarbeit gibt es bereits eine Behörde für die Bekämpfung illegaler Beschäftigung, aber auch von Sozialleistungsmissbrauch, die Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Sozialbehörden hat. Die Befugnisse dieser Behörde könnten erweitert werden, ohne dass damit ein Personalaufwuchs einhergehen muss. Die Möglichkeiten der Digitalisierung müssen konsequent genutzt werden.

Eine übergeordnete und unabhängige Instanz hätte den weiteren Vorteil, dass die Missbrauchsbekämpfung professionalisiert werden könnte. Denn gerade viele kleinere Sozialbehörden haben kaum Ressourcen für diese Aufgabe. Nicht nur aus Gründen einer effektiveren Bekämpfung, sondern auch aus Gründen der Prävention hätte eine zentrale Bekämpfungsbehörde Signalwirkung, weil öffentliche Aufmerksamkeit für dieses bislang ohne Sachgrund stiefmütterlich behandelte Thema entstehen könnte.

### **3. Kommunale Jobcenter: Leistungsmissbrauch transparent machen**

Die Jobcenter müssen Leistungsmissbrauch in der Grundsicherung für Arbeitsuchende („Bürgergeld“) durch einen umfassenderen Datenabgleich effektiv aufklären und verhindern. Hierzu muss im Bereich der Kommunalen Jobcenter der Landesgesetzgeber zunächst überhaupt Transparenz herstellen und die 16 kommunalen Jobcenter in Hessen verpflichten, Daten zum Leistungsmissbrauch im gleichen Umfang wie die gemeinsamen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Das Hessische Ausführungsgesetz zum SGB II („OFFENSIV-Gesetz“) ist entsprechend um eine Berichtspflicht an das Hessische Statistische Landesamt zu ergänzen.

Zwar sind auch die kommunalen Jobcenter schon heute verpflichtet, automatisiert Daten auf nicht deklariertes Einkommen oder Vermögen abzugleichen (§ 52 SGB II). Jedoch melden die kommunalen Jobcenter die Ergebnisse ihrer Arbeit nicht der Bundesagentur. Dementsprechend sind in den von der BA berichteten 160.000 neuen Verfahren wegen des Verdachts auf Leistungsmissbrauch und Überzahlungen von 1 Milliarde Euro (Bundesagentur für Arbeit, Bekämpfung von Leistungsmissbrauch im SGB II, 1/2022) keine Zahlen der kommunalen Jobcenter enthalten.

Eine effektive Missbrauchsbekämpfung dient dem Vertrauen von Bürgern und Steuerzahlern in das öffentlich finanzierte Fürsorgesystem und schützt die große Mehrzahl der rd. 425.000 Personen in Hessen, die rechtmäßig direkt oder indirekt Leistungen aus der Grundsicherung beziehen (Personen in Bedarfsgemeinschaften; bundesweit rd. 5,7 Mio. Personen).

### **4. Kommunen müssen Leistungsmissbrauchs-Daten umfassend erheben**

Ferner sollte der Landesgesetzgeber Behörden, die Sozialleistungen auszahlen – also insbesondere Kommunen und den Landeswohlfahrtsverband – verpflichten, Daten zum Leistungsmissbrauch zu sammeln, auszuwerten und für die Erstellung einer zentralen Statistik an das Hessische Statistische Landesamt zu übermitteln. Künftig müssen Statistiken zu Leistungsmissbrauch etwa im SGB XII (Sozialhilfe), der Eingliederungshilfe oder im Asylbewerberleistungsgesetz zur Verfügung stehen, damit

Handlungsbedarfe identifiziert werden können.

### **5. Landeskonzert gegen Leistungsmissbrauch erarbeiten**

Zur effektiven Prävention, Aufdeckung und Strafverfolgung von Leistungsmissbrauch sollte die Landesregierung ein behördenübergreifendes Konzept gegen Leistungsmissbrauch erarbeiten. Ziel muss die bessere Zusammenarbeit der Behörden vor Ort beim Verhindern und Aufdecken von systematischem Leistungsmissbrauch sein. Hierfür braucht es eine bessere regionale Kooperation zwischen Sozialleistungsträgern (Bundesagentur für Arbeit, Familienkassen, Jobcenter, Krankenkassen, Wohngeldbehörden, Sozialämtern), kommunalen Behörden (Einwohnermeldeamt, Gesundheitsamt, Schulbehörden), Strafverfolgungsbehörden und Zoll. In den letzten Jahren machten vor allem Fälle von organisiertem Leistungsmissbrauch von Kindergeld Schlagzeilen. Dabei ist eine verstärkte regionale Zusammenarbeit insbesondere in solchen Fällen effektiv, in denen Leistungsempfänger unterschiedliche Sozialleistungen von unterschiedlichen Sozialleistungsträgern beziehen. Zur Feststellung von Auffälligkeiten sollten in einem ersten Schritt die Daten der kommunalen und überörtlichen Sozialleistungsträger untereinander abgeglichen werden. Sodann sind in Verdachtsfällen zur weiteren Aufklärung und Sachverhaltsermittlung die Strafverfolgungsbehörden einzuschalten. Hessen kann hier aus den Erfahrungen anderer Bundesländer lernen. So existiert etwa in Nordrhein-Westfalen bereits seit dem Jahr 2019 ein entsprechendes [Konzept gegen organisierten Sozialleistungsmissbrauch](#).

### **6. GKV: Befugnisse erweitern, Kampf gegen Fehlverhalten intensivieren**

Fehlverhalten wie Abrechnungsbetrug, Rezept- oder Verordnungsfälschung oder die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen verursachen bei den gesetzlichen Krankenkassen – und damit für die Beitragszahler – jährlich einen geschätzten Schaden in zweistelliger Milliardenhöhe. Allein beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen hat sich die Fallzahl im Jahr 2021 gegenüber dem Vorjahr auf rund 11.300 Fälle nahezu verdreifacht (vgl. Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2021, S. 6). Bei der Aufklärung und Er-

mittlung solcher Straftaten im Gesundheitswesen leisten die sog. Fehlverhaltensstellen der Krankenkassen wertvolle Arbeit. Im Zeitraum 2020/2021 sind rund 40.000 Hinweise bei den Fehlverhaltensstellen eingegangen. Hieraus resultierten nach Prüfung rund 2.500 Strafanzeigen an die Staatsanwaltschaften. Nichtsdestotrotz dürfte hier weiterhin eine erhebliche Dunkelziffer unentdeckter Kriminalität bestehen (vgl. Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2021, S. 4).

Mit der Zentralen Staatsanwaltschaft für Medizinwirtschaftsstrafrecht bei der Staatsanwaltschaft Fulda (früher Frankfurt) hat Hessen im wirtschaftlich äußerst bedeutenden Gesundheitsbereich bereits einen Schritt in die richtige Richtung getan. Gleichzeitig zeigt dieses Beispiel eindrucklich, dass selbst die Bekämpfungsbehörden von Leistungsmissbrauch nicht gegen Korruption gefeit sind und wirksame Korruptionsvorkehrungen treffen müssen. Der für Korruptionsbekämpfung zuständige Oberstaatsanwalt ist in Mai 2023 wegen Bestechlichkeit, Untreue und Steuerhinterziehung erstinstanzlich zu einer sechsjährigen Haftstrafe verurteilt worden. Der Hessische Rechnungshof hat fehlende Kontrollen und Innenrevisionen in der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main moniert (vgl. Bemerkungen 2021, S. 94 ff).

## **Besseren Datenaustausch ermöglichen**

Damit möglichst viele Fälle von Sozialleistungsmissbrauch verhindert oder aufgedeckt werden können, müssen die Fehlverhaltensstellen erweiterte rechtliche Befugnisse zum Datenaustausch mit anderen Leistungsträgern erhalten. Die Krankenkassen arbeiten dabei untereinander sowie mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammen. Der Bundesgesetzgeber muss den Datenaustausch zukünftig auch mit den Gesundheitsämtern (und weiteren Aufsichtsbehörden) sowie mit den Sozialversicherungsträgern, insbesondere mit DRV, Berufsgenossenschaften, Arbeitsagenturen und Jobcentern gestatten. (Erweiterung § 197a SGB V). Zudem muss auch der Datenaustausch mit den Steuerfahndungsbehörden der Länder und mit dem Zollfahndungsdienst des Bundes ermöglicht werden. Für diese Rechtsänderungen sollte sich die Landesregierung in der Gesundheitsministerkonferenz und mit einer Gesetzesinitiative im Bundesrat einsetzen:

Ergänzung des § 197a Abs. 3b Satz 1 SGB V um folgende Ziffern:

„6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden, 7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach dem SGB II, III, VI, VII, IX und XII zuständig sind, 8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO“.

Ferner sollte der § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V wie folgt gefasst werden:

„Die Stellen nach Abs. 3b Satz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist.“

## **Möglichkeit zu proaktivem Vorgehen der Fehlverhaltensstellen gesetzlich klarstellen**

Eine vom GKV-Spitzenverband begleitete kriminologische Untersuchung ergab, dass rund die Hälfte der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen bei der Fallbearbeitung nicht proaktiv und anlassunabhängig vorgeht (vgl. Reinelt-Broll 2021). Dies kann auch damit zusammenhängen, dass die für die Fehlverhaltensstellen maßgebliche Rechtsgrundlage (§ 197a Abs. 1 SGB V) im juristischen Schrifttum teilweise dahingehend ausgelegt wird, dass ein Tätigwerden der Fehlverhaltensstellen nur auf Initiative Dritter erlaubt sei. Diese Auslegung ist keinesfalls zwingend (vgl. § 197a Abs. 1 SGB V: Fehlverhaltensstellen haben Fällen und Sachverhalten „nachzugehen“), erschwert die Arbeit der Fehlverhaltensstellen jedoch unnötig. Um rechtliche Unklarheiten bei der Aufklärung und Ermittlung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auszuräumen sollte der Bundesgesetzgeber in § 197a Abs. 1 SGB V ausdrücklich klarstellen, dass die Fehlverhaltensstellen proaktiv und auch auf Grundlage eigener Erkenntnisse Sachverhaltsermittlung betreiben können und sollen.

## **Bundesweite Betrugspräventionsdatenbank einrichten**

Der Bund sollte die Einrichtung einer bundesweiten und kassenübergreifenden Datenbank ermöglichen, die Fälle von strafbarem Fehlverhalten im Gesundheitswesen personenbezogen speichert. Auf diese Weise könnten insbesondere Betrugsdelikte durch bundesweit operierende Täter bzw. Tätergruppierungen besser bekämpft werden. Zudem würden Wiederholungstaten verhindert. Organisierter Abrechnungsbetrug zulasten von Kranken- und Pflegekassen könnte so frühzeitig verhindert werden.

## **Kassen müssen Kampf gegen Fehlverhalten intensivieren**

Die Krankenkassen müssen den Kampf gegen Fehlverhalten in Kranken- und Pflegeversicherung durch ausreichend geschulte Mitarbeiter aufnehmen und intensivieren. Dabei sollten Krankenkassen insbesondere die Verwendung von digitalen Datenanalyse-Programmen zum Standardinstrument bei der Aufdeckung und Nachverfolgung von Auffälligkeiten im Gesundheitswesen machen. Durch KI-gestützte Programme können auch große Datenmengen gezielt ausgewertet werden. Die hierfür entstehenden Kosten sind gut investiert, denn von einer höheren Aufklärungsquote geht auch ein Abschreckungseffekt aus.

Auch der Bundesrechnungshof (2022) hat wiederholt flächendeckende Defizite bei der Kontrolle der Heilmittelerbringer durch die Krankenkassen erkannt und Verbesserungen angemahnt durch Stichproben- und Auffälligkeitsprüfungen sowie eine Erweiterung der Prüfkompetenz des Medizinischen Dienstes.

Kleinere Kranken- und Pflegekassen haben verständlicherweise nur geringe Ressourcen für die gesetzlich vorgeschriebene (§ 197a SGB V) Missbrauchsbekämpfung. Es gibt wissenschaftliche Hinweise, dass schwächer aufgestellte Fehlverhaltensbekämpfungsstellen nur einen Bruchteil der Verfolgungs- und Vermögensrückführungsquoten haben (Reinelt-Broll, 2016). Deshalb sollten kleinere Kassen untereinander Arbeitsgemeinschaften bilden und so ihre Kräfte bündeln (vgl. hierzu § 197b SGB V).

## **Dunkelfeldstudie durchführen**

Das Bundeskriminalamt geht bei „Kontrolldelikten“ wie dem Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen von einem „nicht unerheblichen Dunkelfeld sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch hinsichtlich der monetären Schäden“ aus (vgl. Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2021, S. 4). Um die Schäden durch Sozialleistungsmissbrauch im Gesundheitswesen besser zu quantifizieren, sollte daher das Bundesgesundheitsministerium im Zusammenwirken mit allen Akteuren im Gesundheitswesen eine sog. Dunkelfeldstudie, insbesondere zum Abrechnungsbetrug, durchgeführt werden. Dies hat auch die Justizministerkonferenz vom 10.11.2022 empfohlen (TOP II.4 Ziff. 4). Mit einer besseren Quantifizierung des Schadens kann das Bewusstsein für die nötige wirksamere Bekämpfung von Missbrauch bei allen Akteuren gesteigert werden.

## **7. Pflegeversicherung: mehr Kontrollen**

Auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung muss Fehlverhalten zu Lasten der Beitragszahler („Pflegebetrug“) noch besser verhindert und aufgeklärt werden. Der Medizinische Dienst als zentrale Kontrollinstanz ist hier besonders gefordert, Verdachtsfälle zu identifizieren und an die Pflegekassen zu melden.

Auffällig war in den letzten Jahren insbesondere Abrechnungsbetrug und Fehlverhalten durch Pflegedienste aus dem EU-Ausland. Das Bundeskriminalamt (BKA) geht von einem bundesweiten Phänomen aus, das insbesondere dort auftritt, wo sich durch Sprachgruppen geschlossene Systeme bilden. Dabei werden nur teilweise oder überhaupt nicht erbrachte Leistungen abgerechnet, die Pflegebedürftigkeit von Patienten vorgetäuscht, Ärzte und Pflegepersonal bestochen oder Urkunden gefälscht (vgl. GKV-Spitzenverband 2023, Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen). Mittlerweile konzentrieren sich die Täter zunehmend auf den Bereich der außerklinischen Intensivpflege, da hier die höchsten Gewinne erzielt werden können (a.a.O.). Denn die Aufwendungen der Pflegekassen für einen Intensivpflegepatienten liegen monatlich bei durchschnittlich rund 22.000 Euro.

## **Verpflichtende digitale Abrechnung in der Pflege einführen**

Die Abrechnungsprüfung in der Pflege erfolgt häufig immer noch auf Papier. Die Prüfung von Abrechnungen ist daher aufwändig und fehleranfällig. Auch im Sinne einer effektiveren Betrugsprävention sollte der Bundesgesetzgeber die Verpflichtung zur digitalen Abrechnung in der Pflege einführen.

### **Nachweisführung über Erbringung von Pflegeleistungen ermöglichen**

Für eine effektive Betrugsprävention muss eine Nachweisführung über (nicht) erbrachte Pflegeleistungen möglich sein. Dies gilt insbesondere für den Bereich der häuslichen Krankenpflege und für ambulante Pflegesachleistungen. Der Bund sollte die Leistungserbringer daher gesetzlich dazu verpflichten, konkrete Anfangs- und Endzeiten der Leistungserbringung zu dokumentieren. Nur so können sich eventuelle Unstimmigkeiten im Nachhinein aufklären lassen.

### **Grundsätzlich unangekündigte Regelprüfungen in Intensivpflege durchführen**

Nicht rechtstreue ambulante Pflegedienste nutzen Ankündigungsfristen zur Überprüfung vielfach, um betrügerisches Verhalten zu verdecken, etwa um Dokumentationsfehler, fehlerhafte Dienstpläne und Hinweise auf nicht ausreichend qualifiziertes Personal zu verschleiern (GKV-Spitzenverband 2020). Um diesen Pflegediensten keine Möglichkeit für kurzfristige Änderungen beim Personaleinsatz oder im Pflegebetrieb vor den Prüfungen zu geben, ist eine unangekündigte Regelprüfung in der ambulanten außerklinischen Intensivpflege durch die zuständigen Prüfdienste (Medizinischer Dienst und bestellte Pflege-Sachverständige) erforderlich. Hierfür müssen die entsprechenden Vorschriften im SGB XI geändert werden.

### **Häusliche Leistungen: keine Barzahlung mehr, Verwandtschaftsgrad prüfen**

Bei Erstattung von Kosten für Haushaltshilfen (§ 38 SGB V) und sog. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI; Pflegeperson ist z. B. wegen Urlaubs verhindert, so dass eine Ersatzperson pflegt) sollte die derzeit mögliche Praxis von Barzahlungen beendet werden, weil sie Missbrauchsgestaltungen Tür und Tor öffnet. Gesetzlich

sollte die bargeldlose Zahlung angeordnet werden, damit der Geldfluss dokumentiert und die bezahlte Person sicher identifiziert werden kann.

Genauer hingeschaut werden muss auch bei der Verhinderungspflege. Dieser Anspruch entsteht kalenderjährlich ab dem Pflegegrad 2 in Höhe von gut 1.600 Euro, wenn die eigentliche Pflegeperson ausfällt. Mit weiteren gut 800 Euro aus dem Anspruch auf Kurzzeitpflege kann aufgestockt werden, wenn es sich bei der Ersatzperson nicht um eine bis zum zweiten Grad verwandte Person handelt.

Das Merkmal „verwandt oder verschwägert bis zum zweiten Grad“ entscheidet mit darüber, ob und in welcher Höhe Kosten für Haushaltshilfe oder bzw. Verhinderungspflege übernommen werden. Deshalb muss der Verwandtschaftsgrad nachprüfbar dokumentiert sein. Hierzu müssen die Pflegebedürftigen und die Ersatzpflegeperson verpflichtet werden, konkrete Angaben zum Verwandtschaftsverhältnis zu machen und mit ihrer Unterschrift zu dokumentieren.

Im Übrigen ist zu überlegen, ob das aufwendige Verfahren mit vielen kaum überprüfbaren Angaben nicht umgestellt werden sollte auf Sachleistungen bzw. eine Pauschale: Bei Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes oder einer Kurzzeitpflege könnte dann die Pflegeversicherung bis zu gewissen Höchstgrenzen Kosten übernehmen. Übernimmt dagegen eine Privatperson aus dem Umfeld des Pflegebedürftigen die Ersatzpflege, zahlt die Pflegeversicherung eine Pauschale, die deutlich niedriger ist als der heutige Betrag, also z. B. 1.000 Euro im Kalenderjahr.

## **8. Medizinischer Dienst: Missbrauchsbekämpfung systematisieren**

Der Medizinische Dienst hat durch seine zentrale Prüfungsrolle im Gesundheitswesen umfassende Kenntnis über das Leistungsgeschehen, die für die Missbrauchsbekämpfung konsequenter genutzt werden muss. Der Katalog der Begutachtungs- und Prüfsaufgaben ist eindrucksvoll (vgl. §§ 275, 275 Buchst. a – d SGB V). Ob Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausbehandlungen, häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege, medizinische Rehabilitation oder Einstufung in einen Pflegegrad: der

Medizinische Dienst ist zentrale Begutachtungs- und Kontrollinstanz.

Gleichzeitig hat der MD – anders als Kranken- und Pflegekassen – aber kein finanzielles Eigeninteresse, Fehlverhalten zu bekämpfen. Denn der MD finanziert seine Kosten aus einer Umlage der Krankenkassen.

Angesichts der umfangreichen Erkenntnismöglichkeiten des MD über das Leistungsgeschehen muss die Missbrauchsbekämpfung dort einen höheren geschäftspolitischen Stellenwert erhalten. Auf diesen Weg sollten sich die Medizinischen Dienste begeben, etwa indem der jeweilige Verwaltungsrat Richtlinien zur effektiveren Bekämpfung erlässt. Weiterhin sollte der Gesetzgeber in den Katalog der vom MD Bund zu erlassenden Richtlinien eine neue Ziffer 9 in § 283 Abs. 2 Satz 1 SGB V aufnehmen: „Grundsätze über die Bekämpfung des Leistungsmissbrauchs“. Die Medizinischen Dienste sollten gesetzlich verpflichtet werden, Fehlverhaltensstellen einrichten zu müssen (vgl. §§ 197a Abs. 1 SGB V, 47a SGB XI). Sie sollten weiterhin gesetzlich verpflichtet werden, Fehlverhaltensberichte zu veröffentlichen. Dies dient auch der öffentlichen Kontrolle, ob die Fehlverhaltensbekämpfung wirksam erfolgt. Schließlich sollte der MD gesetzlich zur Mitteilung über Fehlverhalten und Manipulationsversuche an die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet werden.

## 9. Missbrauch bei Erwerbsminderungsrenten vorbeugen

Unberechtigte Erwerbsminderungsrenten verursachen einen doppelten Schaden: Sie entziehen Versicherte dem Arbeitsmarkt und verursachen bei regelmäßig jahrelanger Zahlung einen hohen finanziellen Schaden für die Beitragszahlergemeinschaft der Rentenversicherung. Von großer Bedeutung bei Erwerbsminderungsrenten ist dabei die Diagnose psychische Störung. Deren Anteil hat sich in den letzten Jahrzehnten verdreifacht: von knapp 14 % im Jahr 1990 auf knapp 43 % im Jahr 2021 (Deutsche Rentenversicherung, Zeitreihen, Oktober 2022, S. 105). Die Diagnose psychische Störung ist im Hinblick auf Erwerbsminderungsrenten missbrauchsanfälliger als ein körperliches Leiden, denn sie beruht auf der Schilderung des Versicherten.

Betrug in großen Stil wurde etwa bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen aufgedeckt. Jahrelang sollen ein Arzt und seine Helfer gegen Geld Versicherte mit erfundenen Befundberichten und falschen Gutachten zu unberechtigten Erwerbsminderungsrenten verholfen haben. Die Helfer begleiteten die „Kunden“ zu Untersuchungen, dolmetschten und gaben Verhaltenstipps. Es ging um viele hundert Fälle und einen hohen Millionenschaden. In diesem und in weiteren Fällen wurden empfindliche Haftstrafen verhängt (DRV Westfalen 2017). Eine mehrjährige Haftstrafe wurde auch gegen eine andere „Vermittlerin“ von ungerechtfertigten Erwerbsminderungsrenten im Jahr 2019 verhängt und weitere Betrugsfälle zu Lasten anderen Sozialleistungsträger aufgedeckt (DRV Westfalen 2019).

Um Missbrauch bei Erwerbsminderungsrenten aufzudecken und zu verhindern müssen alle Rentenversicherungsträger so konsequent wie die DRV Westfalen Frühwarn- und Prüfsysteme einrichten und anwenden.

## 10. Arbeitsunfähigkeit besser prüfen

Damit Arbeitsunfähigkeitszeiten korrekt erfasst werden, müssen Ärzte immer die vom Arbeitnehmer zuletzt ausgeübte Tätigkeit berücksichtigen. Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist konkret darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit geprägt haben. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen muss ihre Mitglieder hierfür sensibilisieren und auf die Vermeidung nicht notwendiger Arbeitsunfähigkeitszeiten hinwirken. Außerdem muss die Landesärztekammer Hessen ihre Aufsichtspflicht wahrnehmen und einzelne Ärzte, die zu Unrecht, auffällig häufig oder zu lange krankschreiben, berufsrechtlich zur Verantwortung ziehen. Darüber hinaus müssen Vorerkrankungszeiten, die entscheidend für die Dauer des Entgeltfortzahlungsanspruchs sind, von den Krankenkassen korrekt erfasst werden. Dies sollte durch regelmäßige Prüfungen durch den Medizinischen Dienst sichergestellt werden.

Die Praxistauglichkeit der zum 1.1.2023 verpflichtend eingeführten elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss beobachtet werden. In der Anfangsphase wird von Zeitverzögerungen, häufigen Fehlermeldungen und Mehraufwand durch Papierbescheinigungen berichtet.

Im Jahr 2021 entfielen bundesweit insgesamt 700 Millionen Arbeitstage aufgrund von arbeitsunfähig erkrankten Arbeitnehmern. Schätzungen zufolge entsteht hierdurch ein Ausfall an Bruttowertschöpfung in Höhe von 153 Milliarden Euro (BAuA 2022). Die Ausgaben der Arbeitgeber für Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall inklusive der zu zahlenden Beiträge zur Sozialversicherung betragen mittlerweile bundesweit rund 78 Mrd. Euro p. a. (IWD 2023; in Hessen: ca. 6 Mrd. Euro). Hinzu kommen im Jahr 2021 weitere Kosten durch Krankengeldzahlungen der Krankenkassen in Höhe von rund 17 Mrd. Euro (GKV-Spitzenverband 2023), die aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen finanziert werden. Die VhU hat zum Thema Arbeitsunfähigkeit ein Positionspapier vorgelegt (aktualisiert 2023).

## **11. Wohlfahrtsverbände und andere Leistungserbringer wirksam prüfen**

Mit den AWO-Skandalen in Frankfurt und Wiesbaden ist deutlich geworden, dass es systematische und gravierende Kontrolldefizite bei der Verausgabung von Millionenbeträgen im Sozialbereich gibt. Leistungserbringer von Sozialleistungen müssen deshalb zukünftig bereits im „laufenden Geschäft“ geprüft werden. Land und Kommunen müssen sicherstellen, dass Verträge nur mit solchen Auftragnehmern geschlossen werden, die sich der regelmäßigen und umfassenden Verpflichtung zu Prüfungen und Leistungskontrollen unterwerfen. Bestehende Verträge mit Auftragnehmern müssen hierauf überprüft werden. Weiterhin muss das Land eine zentrale Prüfstelle für die Leistungserbringung durch Kommunen einrichten. Bei Hinweisen auf Fehlverhalten oder ineffiziente Mittelverwendung müssen Land und Kommunen die Zusammenarbeit mit unlauteren Auftragnehmern beenden.

Auch der Rechnungshof des Landes Hessen hat hier Handlungsbedarf angemahnt. In einer Stichprobe stellte er stark eingeschränkte bzw. nicht vorhandene Prüfrechte bei Zuwendungsempfängern in Frankfurt und Wiesbaden fest. Hierdurch entstünden „(...) prüfungsfreie Räume und damit grundsätzlich höhere Risiken für Ineffizienz und Korruption“ (Pressemitteilung v. 19.11.2021).

Eine wirksame Kontrolle ist wichtig, weil etwa Wohlfahrtsverbände ein gigantischer „Player“ im Sozialbereich sind. Bundesweit arbeiten mit

knapp 2 Mio. Mitarbeitern rund 4 Prozent aller Erwerbstätigen bundesweit bei Verbänden wie der Arbeiterwohlfahrt (AWO), dem Caritasverband oder dem Paritätischen Wohlfahrtsverband (Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.). Zum Vergleich: allein Caritas und Diakonie beschäftigen mit rund 1,3 Mio. Mitarbeitern bundesweit rund doppelt so viele Beschäftigte wie die Volkswagen AG weltweit. Mit rund 120.000 Einrichtungen betreiben diese Sozialverbände bundesweit Dienstleistungen etwa im Krankenhaus- und Rettungswesen oder in der Jugendhilfe und in Einrichtungen für Behinderte. Damit sind Wohlfahrtsverbände gemeinnützige Träger von rund einem Drittel aller sozialen Dienstleistungseinrichtungen. Die finanziellen Mittel zur Erbringung dieser Dienstleistungen werden ganz überwiegend aus öffentlicher Hand, nämlich durch Sozialversicherungsbeiträge und aus Steuermitteln, erbracht. Doch trotz dieser öffentlichen Finanzierung finden Kontrollen durch Behörden bei diesen Sozialdienstleistern nur in begrenztem Umfang statt.

Wie wichtig örtliche und überörtliche Prüfungen jedoch sind, zeigen die Geschehnisse um die Frankfurter und Wiesbadener Kreisverband der AWO: ab 2019 mehrten sich Verdachtsfälle des Betrugs und der Untreue. Hintergrund waren zunächst finanzielle Unregelmäßigkeiten bei von der AWO im Auftrag der Stadt Frankfurt betriebenen Unterkünften für Asylbewerber. In der Folge leitete die Staatsanwaltschaft Frankfurt Ermittlungsverfahren wegen Betrugs und Untreue gegen Verantwortliche der AWO Frankfurt ein. Im Laufe der Ermittlungen kamen immer neue Vorwürfe über Scheinarbeit, überhöhte Gehälter und Bezüge, falsch abgerechnete Personalkosten und ungerechtfertigte Spenden ans Licht. Der damalige Oberbürgermeister der Stadt Frankfurt ist im Dezember 2022 wegen Vorteilsnahme erstinstanzlich zu einer Geldstrafe verurteilt worden. Gegen den ehemaligen Sozialdezernenten der Stadt Wiesbaden ist seit 2022 ein Strafverfahren im Zusammenhang mit dem AWO-Komplex anhängig.

## **12. Korruption und Missbrauch in Sozialbehörden wirksam bekämpfen**

Mit ihren Millionen- bzw. Milliardenbudgets für Sozialleistungen und dementsprechend hohen Summen für Verwaltungskosten (Personal- und

Sachmittel) müssen Sozialbehörden und Sozialleistungsträger wirksame Vorkehrungen gegen Korruption bei der Beschaffung und Missbrauch durch Beschäftigte treffen. Ein wichtiger Baustein hiergegen ist eine unabhängige Innenrevision, die nach einem Prüfplan systematisch alle Tätigkeitsfelder und Bereiche der Sozialbehörde nach Prioritäten durchforstet und der Behördenleitung berichtet. Unerlässlich ist weiterhin ein Konzept zur Verhinderung von Korruption, das Elemente wie das Vier-Augen-Prinzip bei der Zahlbarmachung, die Trennung von Ausschreibung und Beschaffung sowie die Personalrotation in besonders gefährdeten Bereichen vorsieht. Die Aufsichtsbehörden des Landes müssen die Wirksamkeit dieser Kontrollmechanismen prüfen.

### **13. Scheinvaterschaften effektiver unterbinden**

Eine seit Jahren bekannte Missbrauchsmöglichkeit ist die Beurkundung von Scheinvaterschaften, mit deren Hilfe Bleiberecht und Sozialleistungsbezug gesichert wird.

In einer Variante anerkennt ein deutscher Staatsangehöriger die Vaterschaft des Kindes einer ausländischen Frau ohne Aufenthaltsberechtigung, womit das Kind die deutsche Staatsangehörigkeit und die Mutter ein Bleiberecht erwirbt. Nach erfolgter Beurkundung der Vaterschaft beim Standesamt kann der Vorgang nicht mehr rückgängig gemacht werden, selbst wenn der Missbrauch bewiesen ist. Falsche Angaben der Parteien sind den beurkundenden Stellen (u.a. Notare, Amtsgericht, Standesbeamte, Urkundsperson beim Jugendamt) oft nicht erkennbar. Außerdem fehlen oft ausländerrechtliche Kenntnisse. Die Urkundspersonen können auch gewechselt werden, solange das Anerkennungsverfahren nicht ausgesetzt wird.

Die Justizministerkonferenz hat am 16.06.2021 dringenden Handlungsbedarf bei den Vorschriften zum Verbot missbräuchlicher Vaterschaftsanerkennungen (§ 1597a BGB i.V.m § 85 AufenthG) festgestellt, um die Ziele der Vorschrift zu erreichen. Die Justizminister der Länder fordern Bundesjustiz- und Bundesinnenminister auf, einen Gesetzentwurf zu erstellen, um zeitnah Abhilfe zu schaffen. Dem hat sich die Konferenz der Innenminister der Länder am 02.12.2022 angeschlossen.

In einer später zurückgezogenen Gesetzesinitiative des Landes Nordrhein-Westfalen vom 30.09.2020 (Bundsrats-Drucksache 586/20) sind verbindliche und kumulativ vorliegende formelle Prüfungspunkte vorgeschlagen worden, die durch schriftliche Dokumente nachgewiesen werden müssen. Derartige formelle Voraussetzungen können durch die Urkundsperson leichter geprüft werden als die derzeitigen Regelbeispiele.

Es gibt ein hohes öffentliches Interesse, die Missbrauchsmöglichkeit Scheinvaterschaft durch eine Gesetzesänderung effektiv zu bekämpfen. Hingegen wäre eine staatliche Weigerung, eine bekannte und auch genutzte Missbrauchsmöglichkeit zu unterbinden, geeignet, die allgemeine Rechtsstreue zu beeinträchtigen (vgl. Verwaltungsgerichtshof München, 11.03.2019 – 19 BV 16.937, mit zahlreichen Nachweisen zu Missbrauchsvarianten und einem Plädoyer für eine Gesetzesänderung).

### **14. Schattenwirtschaft besser eindämmen**

Schwarzarbeit und Schattenwirtschaft müssen bekämpft werden, denn Schwarzarbeit untergräbt die Steuermoral und das Vertrauen in staatliche Institutionen und Systeme. Zudem führen Schwarzarbeit und Schattenwirtschaft zu Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten gesetzestreuer Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie zu Einnahmeausfällen in den sozialen Sicherungssystemen und den öffentlichen Haushalten. Prognosen gehen von einem Anteil der Schattenwirtschaft am deutschen Bruttoinlandsprodukt von rund 9 Prozent für das Jahr 2022 aus (vgl. Schneider/Bookmann 2022). Obwohl der Anteil der Schattenwirtschaft seit 2009 fast durchgängig rückläufig ist, liegt ihr Umfang bundesweit noch immer bei über 300 Milliarden Euro (a.a.O.). Damit der Anteil der Schattenwirtschaft weiter sinkt, müssen vor allem die bereits bestehenden Bestimmungen effektiver umgesetzt werden. Hierfür muss die Finanzkontrolle Schwarzarbeit gestärkt, insbesondere mit ausreichend Personal und Sachmitteln ausgestattet werden. Noch wichtiger ist es, die Anreize für Schwarzarbeit zu vermindern: hohe Lohnzusatzkosten, Bürokratie und Hürden bei der Beschäftigungsaufnahme. Damit sozialversicherungspflichtige Arbeit nicht unattraktiv wird, muss der Gesamtsozialversi-

cherungsbeitrag wieder auf unter 40 % abgesenkt werden. Zudem müssen flexible Beschäftigungsverhältnisse wie Zeitarbeit, Befristungen, Teilzeit und Minijobs gestärkt bzw. nicht eingeschränkt werden. Denn sie ermöglichen vielen Personen erst den Zugang zu regulärer Beschäftigung und halten sie von der Schwarzarbeit fern.