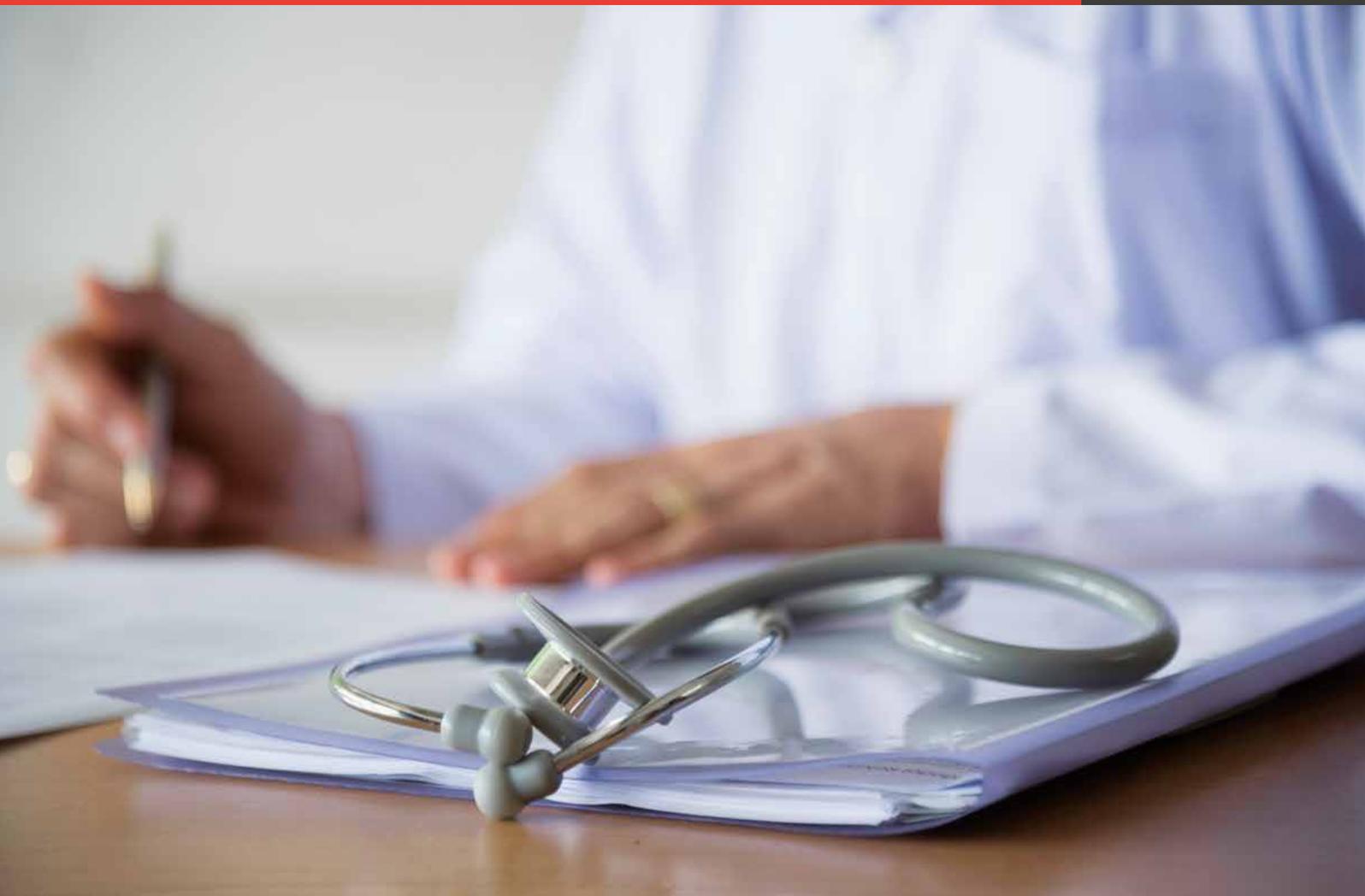


Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

Eine Studie über die Gefährdungslage und die Maßnahmen zur Betrugsbekämpfung im Bereich der privaten Krankenversicherungen und der gesetzlichen Krankenkassen



Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

Herausgegeben von der PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Von Gunter Lescher und Linda Heintz

Unter Mitarbeit von Maximilian Köhrer, Katrin Butz, Marie-Christine Döscher und Kristin Fritsch

Februar 2021, 76 Seiten, 31 Abbildungen, Softcover

Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigungen, Mikroverfilmung, die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Medien sind ohne Zustimmung des Herausgebers nicht gestattet.

Die Inhalte dieser Publikation sind zur Information unserer Mandanten bestimmt. Sie entsprechen dem Kenntnisstand der Autoren zum Zeitpunkt der Veröffentlichung. Für die Lösung einschlägiger Probleme greifen Sie bitte auf die in der Publikation angegebenen Quellen zurück oder wenden sich an die genannten Ansprechpartner. Meinungsbeiträge geben die Auffassung der einzelnen Autoren wieder. In den Grafiken kann es zu Rundungsdifferenzen kommen.

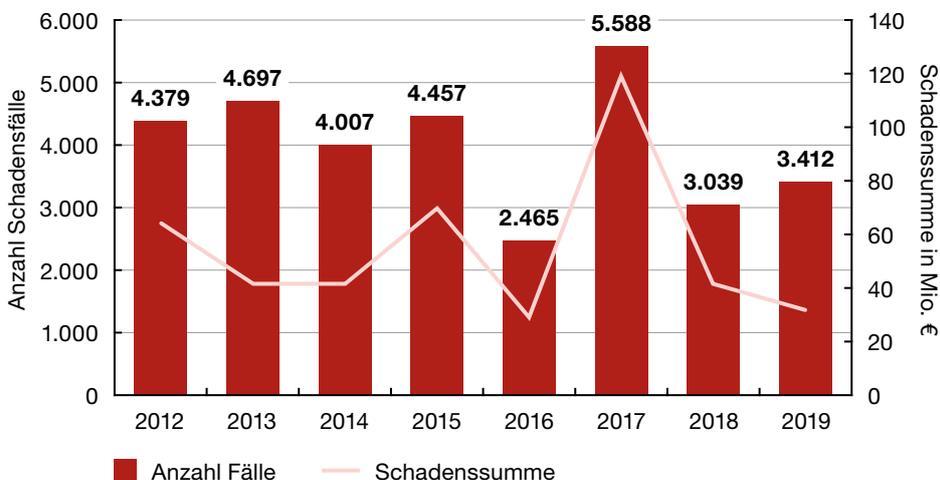
Vorwort

„Betrugsverdacht: Krankenkasse verklagt radiologische Praxiskette“,¹ „Prozess: Millionen-Betrug in der Intensivpflege?“,² „Pathologe wegen Betrug und Bestechung zu Haft verurteilt“,³ „Immer mehr Betrug im Gesundheitswesen, Südwestkasse fordert Schwerpunktstaatsanwaltschaften“⁴ – diese und zahlreiche ähnlich lautende Schlagzeilen lassen immer wieder aufhorchen. Ist Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen allgegenwärtig?

Der Gesundheitsmarkt ist mit über 390 Milliarden Euro Umsatz pro Jahr (Stand 2018) und mit kontinuierlichem Wachstum in den letzten Jahren eine der bedeutendsten Branchen in Deutschland.⁵ Auf die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und privaten Krankenversicherungen (PKV) entfielen im Jahr 2018 mit zusammen rund 252 Milliarden Euro (GKV: 226 Milliarden Euro, PKV: 26 Milliarden Euro)⁶ rund zwei Drittel der Gesamtausgaben im Gesundheitsmarkt. Durch Vermögens- und Korruptionsdelikte – begangen von Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten, Pflegediensten und sonstigen Akteuren im Gesundheitswesen – wurden Schätzungen des bayrischen Innenministers zufolge im Jahr 2018 aufgrund eines extrem großen Dunkelfelds bundesweit Schäden durch Abrechnungsbetrug in Höhe von circa 14 Milliarden Euro verursacht.⁷ Allein bei den PKV schätzte der Fachkreistag Krankenversicherung das Betrugs- und Fehlerpotenzial auf 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2018.⁸

Sind die Schäden wirklich so hoch? Überraschenderweise sind dazu wenig aktuelle Zahlen vorhanden. Im erfassten Hellfeld der Rubrik „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“ der Polizeilichen Kriminalstatistik werden in den letzten Jahren im Verhältnis zu den Schätzungen überraschend niedrige Fallzahlen und Schadenshöhen bei zur Anzeige gebrachten Sachverhalten ausgewiesen:

Abb. 1 Entwicklung der Anzahl an Fällen und der Schadenssumme von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen in den Jahren 2012 bis 2019 laut Polizeilicher Kriminalstatistik



Der GKV-Spitzenverband Körperschaft des öffentlichen Rechts (GKV-SV), Berlin, sowie die Südwestkasse beispielsweise gehen angesichts dieser niedrigen Zahlen von einem großem Dunkelfeld nicht zur Anzeige gebrachter Fälle aus.⁹ So berichtet der GKV-SV in den Jahren 2016/2017 von 33.041 eingegangenen Hinweisen und von insgesamt 40.090 durch die GKV verfolgten Fällen. Dabei erfolgte laut GKV-SV in 3.371 Fällen eine Unterrichtung der Staatsanwaltschaft und als gesicherte Forderung konnten die GKV in den beiden Jahren einen Betrag von 49 Millionen Euro zurückholen.¹⁰ Der GKV-SV weist explizit darauf hin, dass die entstandenen Schäden ohne Zweifel ein Mehrfaches dieser an die Krankenkassen zurückgeflossenen Summe betragen dürften.¹¹

Mit unserer aktuellen empirischen Befragung wollten wir unter anderem die Höhe der entstandenen Schäden näher untersuchen. Unser Augenmerk lag sowohl auf der Entwicklung der Fallzahlen als auch auf den getroffenen Maßnahmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug. Schließlich treffen die durch Abrechnungsbetrug verursachten finanziellen Einbußen der PKV und GKV unmittelbar die diese Systeme finanzierenden Beitragszahler und die Allgemeinheit. Abrechnungsbetrug führt damit zu einer Verteuerung der medizinischen Leistungen, beeinträchtigt zudem den Wettbewerb und schwächt vor allem das Vertrauen der Patienten in die Gesundheitsversorgung sowie die Integrität des Gesundheitswesens.

Die vorliegende Studie stellt eine Neuauflage unserer im Jahr 2012 durchgeführten Studie dar. Über die Präsentation der aktuellen Entwicklungen und der Einschätzungen der GKV und PKV hinaus haben wir einen Vergleich zu den Ergebnissen von 2012 gezogen. Die Befragung der Studienteilnehmer fand überwiegend vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie statt, sodass die hier präsentierten Ergebnisse keine sich aus der Pandemie ergebenden Auswirkungen widerspiegeln.

Wir bedanken uns an dieser Stelle herzlich bei allen Studienteilnehmern, die uns ihr Wissen und ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben.

Wir wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre!

Gunter Lescher
Partner, Forensic Services

Linda Heintz
Senior Managerin, Forensic Services

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	8
A Zusammenfassung	10
B Wesentliche Entwicklungen seit 2012	13
C Schadenshöhe und -häufigkeit	16
D Die Täter	25
E Aufdeckung und Verfolgung von Abrechnungsbetrug	33
F Sanktionierung von Betrugsfällen	39
G Prävention und Compliance	48
1 Spezialisierte Organisationseinheiten zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug.....	49
2 Implementierte Kontrollmaßnahmen zur Betrugsbekämpfung.....	53
3 Entwicklung der Ausgaben für Betrugsbekämpfung.....	56
H Weiterentwicklungen im Kampf gegen Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen.....	57
Methodik der Studie.....	66
Ihre Ansprechpartner	68
Verweise	69

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Entwicklung der Anzahl an Fällen und der Schadenssumme von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen in den Jahren 2012 bis 2019 laut Polizeilicher Kriminalstatistik	3
Abb. 2	Anzahl der aufgedeckten Betrugsfälle	17
Abb. 3	Durchschnittlicher Einzelschaden durch Abrechnungsbetrug	19
Abb. 4	Jährlicher Gesamtschaden durch Abrechnungsbetrug.....	20
Abb. 5	Jährliche Vermögensrückführung nach Aufklärung.....	22
Abb. 6	Vergleich des durchschnittlichen Gesamtschadens mit der durchschnittlichen Vermögensrückführung.....	23
Abb. 7	Einschätzung der Dunkelziffer.....	24
Abb. 8	Betrugstäter aus Sicht der PKV	27
Abb. 9	Betrugstäter aus Sicht der GKV.....	28
Abb. 10	Die häufigsten Täterkonstellationen.....	32
Abb. 11	Entdeckungswege für Abrechnungsbetrug	34
Abb. 12	Aufklärung von eingegangenen Hinweisen.....	37
Abb. 13	Anzahl der untersuchten Hinweise auf Betrug.....	38
Abb. 14	Häufigkeit ergriffener Maßnahmen bei Fällen von Abrechnungsbetrug.....	40
Abb. 15	Sanktionierung aufgedeckter Betrugsfälle	41
Abb. 16	Anzahl initiiertes Strafverfahren.....	43
Abb. 17	Durchschnittliche Anzahl der aufgedeckten Betrugsfälle, der verfolgten Fälle sowie der initiierten Strafverfahren im letzten Jahr....	44

Abb. 18	Generelle Beurteilung der Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft.....	45
Abb. 19	Auswirkung der Einführung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften.....	46
Abb. 20	Anstieg der bekannt gewordenen Fälle durch Einführung der §§ 299a und 299b StGB.....	47
Abb. 21	Anzahl der Mitarbeiter in der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten	50
Abb. 22	Durchschnittliche Anzahl der in den Stellen zur Betrugsbekämpfung beschäftigten Vollzeitkräfte.....	51
Abb. 23	Implementierte Kontrollmaßnahmen zur Betrugsbekämpfung.....	53
Abb. 24	Entwicklung der Ausgaben für Betrugsbekämpfung in den letzten fünf Jahren.....	56
Abb. 25	Planung weiterer künftiger Maßnahmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug.....	58
Abb. 26	Einschätzung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen.....	59
Abb. 27	Geplante Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug	60
Abb. 28	Vorhandensein von Compliance-Programmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug.....	62
Abb. 29	Einbettung der Bekämpfung von Fraud/Abrechnungsbetrug in bestehende CMS.....	63
Abb. 30	Grundelemente eines Compliance-Management-Systems	64
Abb. 31	Anteil der Studienteilnehmer am GKV- bzw. PKV-Markt	67

Abkürzungsverzeichnis

Argab	Argab – Arbeitsgemeinschaft gegen Abrechnungsbetrug, Leverkusen
Az.	Aktenzeichen
BGH	Bundesgerichtshof, Karlsruhe
CMS	Compliance-Management-System
DRG	Diagnosis-related Group
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., Berlin
GKV	Gesetzliche Krankenkasse
GKV-SV	GKV-Spitzenverband Körperschaft des öffentlichen Rechts, Berlin
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
IDW	Institut der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e. V., Düsseldorf
IKS	Internes Kontrollsystem
KI	Künstliche Intelligenz
LE	Leistungserbringer
Leopoldina	Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V., Halle
MDK/MD	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Arbeitsgemeinschaften der gesetzlichen Krankenkassen bestehend auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (seit 1. Januar 2020 umgewandelt in Medizinischer Dienst, Anstalten öffentlichen Rechts)
PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

StGB	Strafgesetzbuch
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz, vom Deutschen Bundestag am 14. März 2020 verabschiedet
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen
VVG	Versicherungsvertragsgesetz



A Zusammenfassung

Abrechnungsbetrug im deutschen Gesundheitswesen führt bei den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen jährlich zu Schäden in Milliardenhöhe – für die letztlich die Versicherten aufkommen müssen. Die Betrugsfälle treiben die Kosten für Gesundheit weiter in die Höhe, gefährden Vertrauen und verzerren den Wettbewerb. Die Gefahr von manipulierten Abrechnungen, gefälschten Rezepten und erfundenen Behandlungen steigt, gleichzeitig steigt. Gleichzeitig ist das Bewusstsein für Verstöße aufseiten der Leistungszahler und der Öffentlichkeit gewachsen. Das Thema hat für die Gesundheitswirtschaft daher inzwischen hohe Relevanz. Aus diesem Grund greift PwC eine Studie zum Abrechnungsbetrug aus dem Jahr 2012 auf und beleuchtet das Thema aus aktueller Perspektive.

Die Schadenshöhe bei Betrugsfällen hat sich vervielfacht

Das kriminelle Potenzial, mit dem gesetzliche und private Krankenversicherungen heute konfrontiert sind, ist hoch. Nicht nur die Zahl der aufgedeckten Betrugsfälle hat sich gegenüber der Vergleichsbefragung von 2012 deutlich erhöht – auch die Schadenshöhe ist stark gestiegen. Mit 53 % berichtete die Mehrzahl der gesetzlichen Krankenkassen von mindestens 100 Betrugsfällen im Jahr zuvor mit überwiegend mehr als 500.000 Euro Gesamtschaden. Zum Vergleich: Im Jahr 2012 meldete die Mehrheit (64 %) lediglich bis zu zehn Betrugsdelikte, wobei 54 % von Schäden von maximal 50.000 Euro berichteten. Einen noch größeren Verlust erlitten die privaten Krankenversicherungen (PKV): Bei 76 % der PKV (2012: 50 %) sind im Jahr zuvor Gesamtschäden von mehr als 500.000 Euro entstanden.

Das Dunkelfeld ist nach wie vor groß

Woran liegt es, dass sowohl die Zahl der Fälle als auch die Schadenshöhe so zugenommen haben? Ist das kriminelle Potenzial im Gesundheitswesen weiter gewachsen oder werden mehr Betrugsfälle aufgedeckt? Aus PwC-Sicht gelingt es heute häufiger als zur Zeit der Vergleichsbefragung im Jahr 2012, Betrügereien aufzuklären. Diese Ausweitung des sogenannten Hellfelds, der offiziell gemeldeten Taten, ist auf eine verbesserte Betrugsbekämpfung zurückzuführen. Dennoch wird ein größeres Dunkelfeld vermutet als im Jahr 2012, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass aufgrund der Digitalisierung neue Betrugswege entstanden sind. Aktuell gehen 84 % der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen davon aus, dass es ein großes Dunkelfeld beim Abrechnungsbetrug gibt (2012: GKV 63 %; PKV 62 %). Hinzu kommt: Die Wahrscheinlichkeit, dass Schäden geltend gemacht werden können, ist für die Krankenversicherungen oftmals gering – etwa die Hälfte der Befragten bewertet die Erfolgsaussichten bei Strafanzeigen als mittelmäßig oder schlecht. Auch Regressforderungen können oftmals nicht durchgesetzt werden.

Täter stammen vor allem aus den Bereichen Pflege und Versicherte

Abrechnungsbetrug lässt sich nur dann erfolgreich bekämpfen, wenn die Täterprofile bekannt sind. Zwei Gruppen von Haupttätern lassen sich eindeutig ausmachen. Bei den GKV stammen die Täter häufig oder sehr häufig aus dem pflegerischen Bereich (Pflegedienst: aktuell 95 %; 2012 nicht abgefragt; häusliche Krankenpfleger aktuell 68 %; 2012 91 %). Bei den PKV hingegen sind es meist die Versicherten selbst, die zu Betrügern werden – alle Studienteilnehmer (100 %) nannten sie als häufig bzw. sehr häufig auftretende Täter (2012: 56 %). Diese Zahlen deuten darauf hin, dass die PKV dieser Tätergruppe seit einigen Jahren mehr Aufmerksamkeit schenken und dadurch mehr Betrugsfälle aufdecken. Die größten Kostenverursacher im Gesundheitswesen, der stationäre Bereich und die ambulante ärztliche Versorgung, spielen dagegen beim Thema Abrechnungsbetrug – zumindest aus Sicht der Krankenversicherungen – nur eine untergeordnete Rolle.

Insgesamt verfestigt sich mit diesen Ergebnissen sowohl aufseiten der GKV als auch aufseiten der PKV ein Bild, das sich bereits im Jahr 2012 abzeichnete. Die Täterstruktur ist damit im Feld des Abrechnungsbetrugs recht stabil. Das deutet darauf hin, dass es den Krankenkassen nach wie vor schwerfällt, Abrechnungsbetrug in den beiden Haupttätergruppen aus Pflege und Versicherten zu bekämpfen. Eine Verbesserung hat der Gesetzgeber allerdings in puncto Pflege mit den im Jahr 2016 eingeführten Möglichkeiten geschaffen, Einrichtungen zu überprüfen. Dadurch wurden bei den GKV und PKV vermehrt Betrugsfälle aus Pflegeeinrichtungen bekannt. Dieses Ergebnis belegt, dass verstärkte Kontrollen Wirkung zeigen und zu einer größeren Zahl aufgedeckter Fälle führen.

Hinweise auf Straftaten werden nicht konsequent genug verfolgt

Das haben auch die GKV und PKV erkannt. Sie setzen sich inzwischen stärker für den Kampf gegen Abrechnungsbetrug ein und haben entsprechend personell aufgestockt. Als Standard hat sich bei den PKV – analog zu den Vorgaben für die GKV – die Einrichtung spezialisierter Stellen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug etabliert. Die PKV beschäftigen dort derzeit im Schnitt 4,1 Vollzeitkräfte und damit etwa eine Vollzeitkraft mehr als die GKV (3,0 Vollzeitstellen). Doch auch die GKV haben deutlich aufgestockt – im Jahr 2012 waren es lediglich 1,4 Vollzeitkräfte. Auffällig ist allerdings: Trotz der verbesserten personellen Ausstattung hat die Bereitschaft, Hinweisen von außen auf kriminelle Machenschaften nachzugehen, bei den GKV spürbar nachgelassen. Lediglich 53 % der Befragten gaben an, dass sie Hinweise konsequent verfolgen. Bei der Vergleichsstudie von 2012 waren es noch 73 %. Bei den PKV dagegen gehen unverändert drei Viertel der Unternehmen allen Hinweisen nach.

Die Aufdeckung von Abrechnungsbetrug braucht ein effektiveres Vorgehen

Insgesamt zeigt sich, dass die Krankenversicherungen sich zu stark auf Informationen von außen verlassen und sich zu wenig eigenaktiv für die Prävention und Untersuchung von Abrechnungsbetrug einsetzen. Häufig spielt auch der Zufall bei der Aufklärung eine große Rolle. Betrügerische Handlungen, die aufgedeckt werden, basieren aktuell noch stärker als im Jahr 2012 auf Hinweisen von außen. Bei den GKV sind das vor allem Hinweise von anderen Kassen oder Verbänden sowie der Polizei, während bei den PKV Polizei und Staatsanwaltschaft die entscheidenden Hinweisgeber sind. Eigene Kontrollmaßnahmen führen hingegen seltener zur Aufdeckung von Straftaten. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass es nach wie vor ein beträchtliches Dunkelfeld gibt und die Krankenkassen großen Handlungsbedarf bei der systematischen Aufdeckung von Abrechnungsbetrug haben. Verfolgen die Krankenversicherungen Betrugsfälle nicht, kann das nicht nur erhebliche finanzielle Risiken mit sich bringen, sondern auch zu Reputationschäden sowie zur Verletzung von Aufsichts- und Sorgfaltspflichten führen.

Gesetzliche Krankenkassen bei digitaler Betrugsbekämpfung weit abgeschlagen

Digitale Technologien können dazu beitragen, Abrechnungsbetrug zu bekämpfen. Dieses enorme Potenzial haben die PKV inzwischen erkannt: Derzeit setzen 92 % klassische Datenanalysemethoden (2012: 56 %) und 85 % maschinelle Abrechnungsprüfungen (2012: 88 %) ein. Den Einsatz digitaler Tools wollen die PKV künftig noch verstärken. Weit abgeschlagen sind in diesem Punkt hingegen die GKV; lediglich 37 % nutzen klassische Datenanalysen – das sind noch 8 % weniger als bei der Vergleichsbefragung von 2012. Damit vernachlässigen die Kassen ein wichtiges digitales Werkzeug der Betrugsbekämpfung und riskieren, dass sich der Vorsprung, den die PKV in diesem Bereich haben, noch vergrößert.

Maßnahmen zur Betrugsbekämpfung müssen weiterentwickelt werden

Datenanalysen sind nur ein Instrument bei der Betrugsbekämpfung – die Leistungszahler benötigen ein ganzes Maßnahmenpaket, um sich gegen Korruption und Betrug erfolgreich zur Wehr zu setzen. Das erfordern auch die veränderten gesellschaftlichen, rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen im Umfeld der GKV und PKV, etwa die kritischere gesamtgesellschaftliche Haltung, die Nutzung sozialer Medien, der medizinische Fortschritt, die technologische Entwicklung oder die aktuelle COVID-19-Pandemie. Umso überraschender ist, dass insbesondere die GKV weniger visionär denken und ihre Abwehr kaum verändern wollen: Nur 32 % der Kassen planen für 2021 neue Maßnahmen für den Kampf gegen Abrechnungsbetrug – im Vergleich zu 92 % der PKV. Insgesamt zeigt sich, dass die PKV wesentlich offensiver bei der Betrugsbekämpfung vorgehen.

Dennoch besteht sowohl bei den PKV als auch bei den GKV noch erheblicher Weiterentwicklungsbedarf im Kampf gegen Abrechnungsbetrug. Insbesondere zeigt sich, dass die geplanten Maßnahmen sich zu stark an Hinweisgebern von außen orientieren und damit zu reaktiv sind. Notwendig ist ein umfassender, ganzheitlicher Ansatz. Er kann als Teilbereich des Anti-Fraud-Managements in ein unternehmensübergreifendes Compliance-Management-System integriert werden. Derartige auf Abrechnungsbetrug ausgerichtete Compliance-Programme sind bei den Krankenversicherungen bislang allerdings erst wenig verbreitet (GKV: 11 %, PKV: 46 %).



B Wesentliche Entwicklungen seit 2012

Die Bekämpfung von Abrechnungsbetrug im Gesundheitsbereich ist keine neue Erscheinung. Bereits seit dem Jahr 2003 hat der Gesetzgeber mittels verschiedener Maßnahmen versucht, Abrechnungsbetrug bei den GKV einzudämmen. So haben zum Beispiel Kassenärztliche Vereinigungen, Kranken- und Pflegekassen sowie deren Verbände Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten (siehe § 197a SGB V, § 81a SGB V und § 47a SGB XI). In den Jahren nach unserer ersten Studie 2012 gab es zahlreiche rechtliche, soziale und technologische Veränderungen im Umfeld der GKV und PKV mit Auswirkung auf die Betrugsbekämpfung.

Rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Der Gesetzgeber ergriff zur Eindämmung von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen unter anderem diese Maßnahmen:

- Einführung neuer Korruptionsstraftatbestände für Bestechlichkeit bzw. Bestechung im Gesundheitswesen (Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, 2016, § 299a StGB und § 299b StGB)
- Prüfung der in Rechnung gestellten Pflegeleistungen durch den Medizinischen Dienst der GKV (MDK/MD)¹² und den Prüfdienst des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln (zweites und drittes Pflegestärkungsgesetz, 2016 und 2017, § 114 Abs. 2 SGB XI)
- Neuordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Richtgrößenprüfungen in der ambulanten Versorgung (Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV [2017, § 106 Abs. 5 ff. SGB V])

- Stärkung der Kooperation und des Austauschs von Daten zwischen den GKV und weiteren Akteuren (z. B. GKV-SV, MDK/MD) bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch Erweiterungen von § 197a SGB V (Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, 2017, und Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), 2019)

Daneben dürfte die noch im Jahr 2021 zu erwartende Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Integrität in der Wirtschaft, dessen Kern das Gesetz zur Sanktionierung verbandsbezogener Straftaten (Verbandssanktionengesetz, Regierungsentwurf vom 16. Juni 2020¹³) ist, gerade auch für Akteure im Gesundheitswesen von erhöhter Relevanz sein. Durch dieses Gesetzesvorhaben wird sich die Sensibilität für Verstöße in der dem Gesundheitswesen gegenüber ohnehin kritisch eingestellten Öffentlichkeit zusätzlich erhöhen. Um den Anforderungen des Verbandssanktionengesetzes zu genügen und als Organisation, Geschäftsführung oder Überwachungsorgan beträchtlichen Strafen von bis zu 10 % des Gesamtumsatzes zu entgehen bzw. als Organisation bei Verstößen von Sanktionsreduktionen zu profitieren, wird die Implementierung bzw. stete Überprüfung und Optimierung von Compliance-Management-Systemen (CMS) zukünftig unerlässlich sein.

Neben dem Gesetzgeber beschäftigten sich auch Bundespolitiker, Patientenschützer und Krankenkassen seit unserer letzten Studie im Jahr 2012 mit dem Thema „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“. Diese forderten aufgrund der steigenden Wirtschaftskriminalität im Gesundheitswesen 2016 die Einrichtung entsprechender Schwerpunktstaatsanwaltschaften,¹⁴ in denen Fachkompetenz und die erforderliche personelle Ausstattung vorgehalten werden. Deren flächendeckende Einführung wurde vonseiten der Landesjustizminister als „nicht zielführend“ abgelehnt.¹⁵ Bislang existieren nur äußerst wenige solcher spezialisierten Strafverfolgungsbehörden.

Die Digitalisierung aller Lebensbereiche, eine zunehmend distanziertere Einstellung weiter Teile der Bevölkerung gegenüber dem Staat und aktuell auch die COVID-19-Pandemie führen nach unserer Einschätzung zu neuen Betrugsmöglichkeiten sowie zu einer Herabsetzung der Hemmschwelle bei Betrugsdelikten. Angesichts dessen empfiehlt es sich, die eingesetzten Instrumentarien zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug zu prüfen und weiterzuentwickeln.

Die jüngere Vergangenheit hat gezeigt, dass die Öffentlichkeit in Deutschland zunehmend Transparenz und Aufklärung bei Straftaten einfordert. Die schleppende Aufarbeitung der Cum-Ex-Geschäfte, der Dieselskandal in der deutschen Automobilindustrie und zuletzt der Bilanzskandal von Wirecard ließen die Klagen über ein Versagen der Aufsichtsbehörden und die Forderungen nach einer lückenlosen Aufarbeitung lauter werden.

Technologischer Wandel

Die zunehmende Digitalisierung und der technologische Fortschritt sind für das Gesundheitswesen Fluch und Segen zugleich. Sie eröffnen auf der einen Seite völlig neue Behandlungswege und zugleich neue Möglichkeiten der Betrugsbekämpfung. Auf der anderen Seite bergen die neuen Technologien aber auch neue Risiken.

Die Digitalisierung und die Verknüpfung von Datenbeständen kennzeichnen den Beginn der Entwicklung. Mittlerweile können dynamische und vollständige Bilder zur Gesundheitssituation eines jeden erstellt werden. Die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. (Leopoldina), Halle, sieht den Zweck der zum Einsatz kommenden E-Health-Technologien in der Verbesserung von „Vorbeugung, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Verwaltung“¹⁶. Die Zunahme an Daten und der Einsatz digitaler Analysetechniken ermöglichen auch eine verbesserte Betrugsbekämpfung. Künstliche Intelligenz (KI), Big Data oder Augmented Reality sind heutzutage aus der Medizin nicht mehr wegzudenken. Mithilfe dieser Technologien können zum Beispiel untergehende Sehzellen frühzeitig erkannt,¹⁷ Hautkrebsdiagnosen verbessert oder komplexe Operationen virtuell geprobt werden. Darüber hinaus lassen sich administrative Tätigkeiten wie der Abrechnungsprozess durch die Digitalisierung vereinfachen sowie die Betrugsbekämpfung immer mehr durch KI-basierte Softwarelösungen unterstützen.

Die Kehrseite der Medaille ist, dass digitale Techniken (z. B. Bildbearbeitungs- oder Grafikprogramme), digitale Wege der medizinischen Leistungserbringung (z. B. Telemedizin) oder digitale Abrechnung oder Antragsbearbeitung (z. B. Dunkelverarbeitung) neue Betrugswege eröffnen wie zum Beispiel Cyberkriminalität. Zugleich setzen diese technischen Errungenschaften die Hemmschwelle für betrügerische Handlungen herunter, nicht zuletzt aufgrund der höheren Anonymität, die sie ermöglichen. Digitale Anwendungen (z. B. Apps) führen zudem zu völlig veränderten, teilweise exponentiell wachsenden Datenbeständen und Leistungsmengen, deren Handhabung und Analyse ebenfalls eine Herausforderung darstellen.

Aktuelle Herausforderung: COVID-19

Da unsere Befragung überwiegend vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie stattfand, bildet die vorliegende Studie die Auswirkungen der Pandemie nicht ab. Aus unserer Sicht stellt die Pandemie einen „Brandbeschleuniger“ für Abrechnungsbetrug bei den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen dar. Die GKV und PKV mussten wie alle Unternehmen Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie ergreifen wie etwa Homeoffice, Kurzarbeit und Kontaktbeschränkungen. Dadurch wurden der reguläre Geschäftsbetrieb und damit auch Teile des etablierten Kontrollinstrumentariums zeitweise außer Kraft gesetzt. Außerdem erhöhen die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie bei Versicherten, Unternehmen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen die Anreize für betrügerische Handlungen. Umsatzeinbrüche durch verschobene elektive Operationen, leere Arztpraxen, der vermehrte Einsatz digitaler Verfahren (digitale Arztbesuche, telefonische Krankschreibungen) oder vermehrte Aufwendungen für Hygienemaßnahmen könnten beispielsweise Faktoren sein, die Betrügereien zum Beispiel beim Krankentagegeld oder bei Leistungsabrechnungen auslösen können. Aus unserer Sicht erfordert die aktuelle Situation eine umgehende Anpassung und Weiterentwicklung der bestehenden Entdeckungs- und Präventionsmaßnahmen.

Diese Einschätzung teilt auch der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. GDV (GDV), Berlin.¹⁸ Laut dem GDV ist die Zahl der gemeldeten Versicherungsschäden zum einen aufgrund der Pandemie und zum anderen aufgrund neuer technischer Möglichkeiten, etwa um Nachweise für Betrügereien zu fälschen, gestiegen. Der GDV wertete die Erschleichung von Kurzarbeitergeld und die Vermeidung drohender Privatinsolvenzen als Motivation für Abrechnungsbetrug.



C Schadenshöhe und -häufigkeit

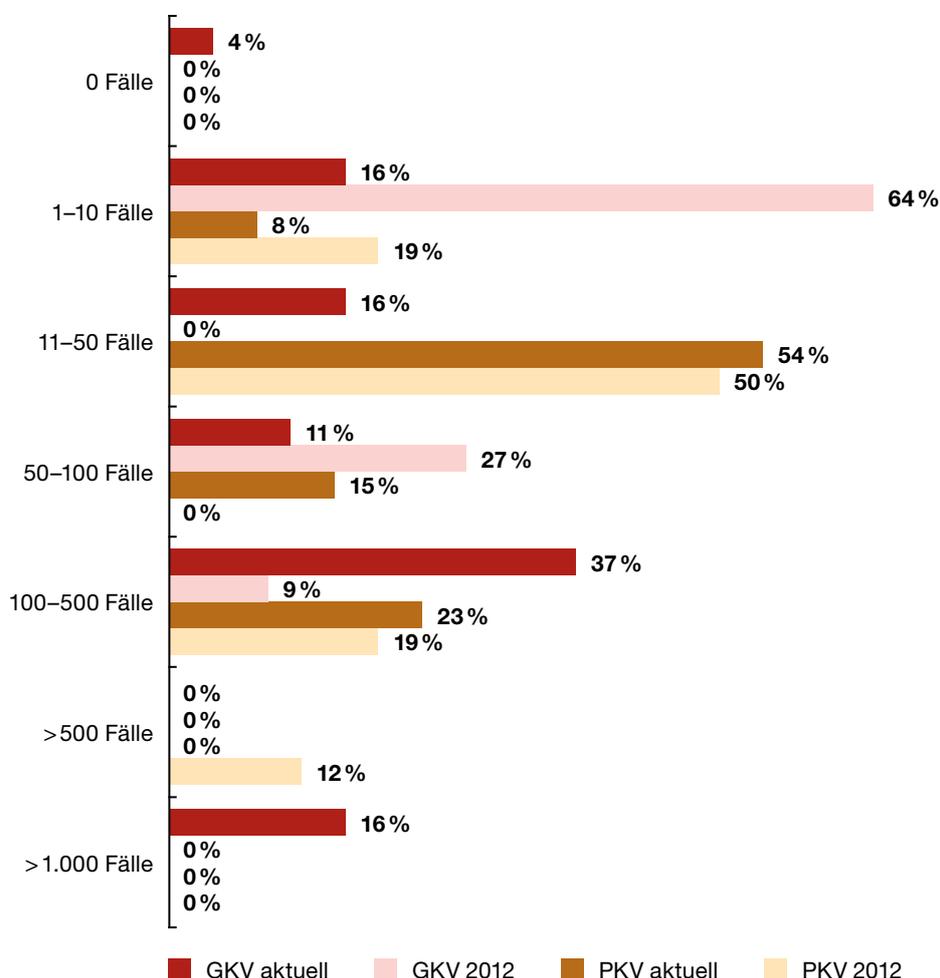
Vergrößerung des Hellfelds, aber auch des vermuteten Dunkelfelds

In der aktuellen Befragung berichteten sowohl die GKV als auch die PKV in Summe über mehr aufgedeckte Betrugsfälle und zum Teil wesentlich höhere Schadenssummen als in der Befragung von 2012. Diese Entwicklung dürfte auf die vermehrten Anstrengungen zur Betrugsbekämpfung in den letzten Jahren und die damit verbundene Reduzierung des Dunkelfelds zurückzuführen sein. Die Gesamtzahlen sind aus unserer Sicht aber weiterhin überraschend niedrig und die Mehrzahl der befragten GKV und PKV gingen von einem großen Dunkelfeld aus.

Steigende Anzahl der aufgedeckten Betrugsfälle im letzten Jahr

Unsere aktuelle Befragung ergab bei den gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zu 2012 eine deutliche Zunahme der im Jahr zuvor aufgetretenen Betrugsfälle.¹⁹ Waren 2012 bei 64 % der GKV zwischen ein und zehn Fälle aufgetreten, so war dies aktuell nur noch bei 16 % der GKV der Fall. Stattdessen berichteten 37 % der GKV von Fallzahlen zwischen 101 und 500; 16 % der GKV hatten sogar mehr als 1.000 Fälle aufgedeckt. Noch deutlicher wird der Anstieg bei der durchschnittlichen Fallzahl je GKV: von 51 Fällen im Jahr 2012 auf aktuell 282 Fälle. Hierzu passt, dass der GKV-SV von einer Steigerung der Anzahl eingehender Hinweise auf Abrechnungsbetrug berichtet. In den Jahren 2014/2015 wurden den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen aller GKV rund 16.700 Fälle gemeldet. Im Zeitraum 2016/2017 waren es bereits rund 25.000 Meldungen.²⁰

Abb. 2 Anzahl der aufgedeckten Betrugsfälle



Für die Anzahl der Betrugsfälle im letzten Jahr wurden bei der aktuellen Datenerhebung die Antwortmöglichkeiten um weitere Kategorien angepasst (zusätzliche Antwortmöglichkeit: zwischen 501 und 1.000 Fälle sowie größer 1.000 Fälle). Die im Jahr 2012 durchgeführte Befragung berücksichtigte maximal mehr als 500 Fälle als Antwortmöglichkeit.

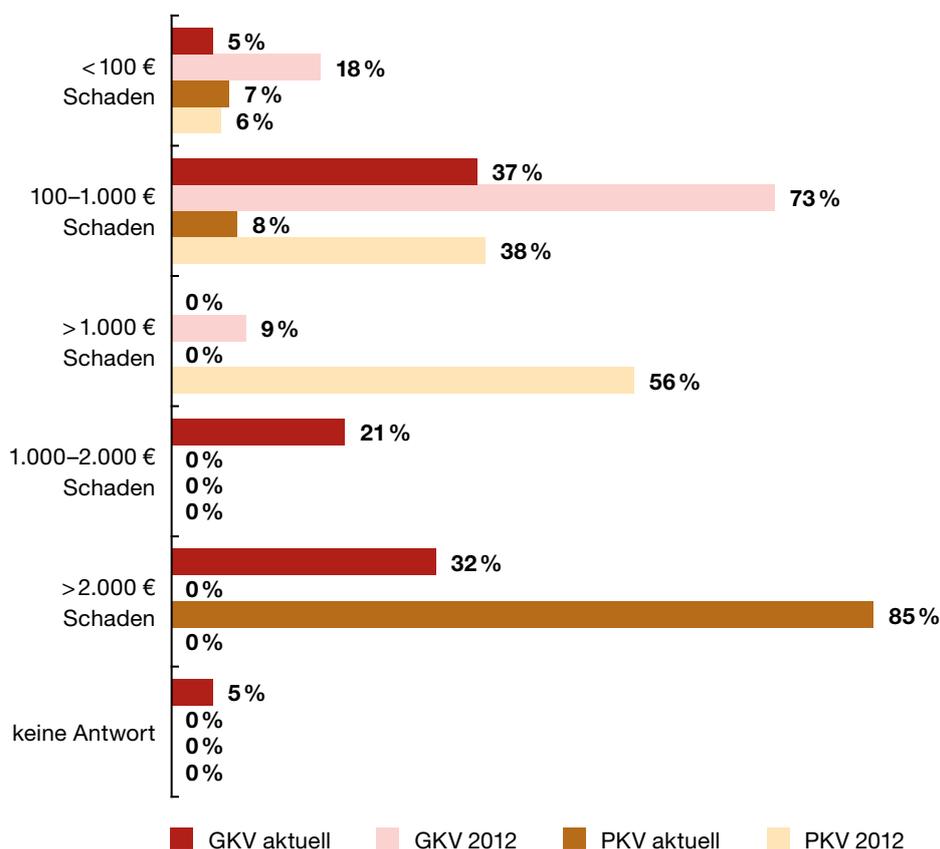
Die Anzahl der Betrugsfälle bei den PKV zeigt im Vergleich zur Studie von 2012 Verschiebungen hin zu einem mittleren Fallaufkommen zwischen 11 und 100 Fällen. Aktuell berichteten nur 8 % der privaten Krankenversicherungen von ein bis zehn Fällen. Im Jahr 2012 waren dies noch 19 %. Unverändert waren bei etwa der Hälfte der befragten PKV zwischen 11 und 50 Fälle aufgetreten (aktuell: 54 %; 2012: 50 %). Fast jede vierte PKV (23 %) zählte aktuell sogar zwischen 101 und 500 Betrugsfälle, keine berichtete aber über mehr als 500 Fälle. Im Jahr 2012 waren bei 12 % der PKV noch mehr als 500 Fälle aufgetreten. Während 2012 keine PKV von 50 bis 100 Fällen berichtete, taten dies in der aktuellen Befragung 15 %. Interessanterweise ging die durchschnittliche Anzahl der von den PKV aufgedeckten Betrugsfälle von 135 Fällen im Jahr 2012 auf aktuell 98 Fälle zurück.

Uns überraschte, dass aktuell die Hälfte der GKV mit mehr als 100 Fällen etwa doppelt so viele Betrugsfälle aufdeckte wie die PKV. Gut die Hälfte der PKV (54 %) hatte aktuell 11 bis 50 Fälle aufgedeckt. In den GKV sind mit etwa 57 Millionen Mitgliedern rund sechsmal so viele Personen versichert wie bei den PKV (circa 9 Millionen Vollversicherte), sodass wir aufgrund der höheren Anzahl an Behandlungen bei den GKV im Vergleich zu den PKV mit ungefähr sechsmal höheren Fallzahlen bei den GKV rechneten.

Deutlicher Anstieg der durchschnittlichen Schadenshöhe je Betrugsfall sowie der Gesamtschadenssumme

Neben der Anzahl der aufgetretenen Schäden interessierte uns auch die durchschnittliche Schadenshöhe je Abrechnungsbetrugsfall.

Abb. 3 Durchschnittlicher Einzelschaden durch Abrechnungsbetrug



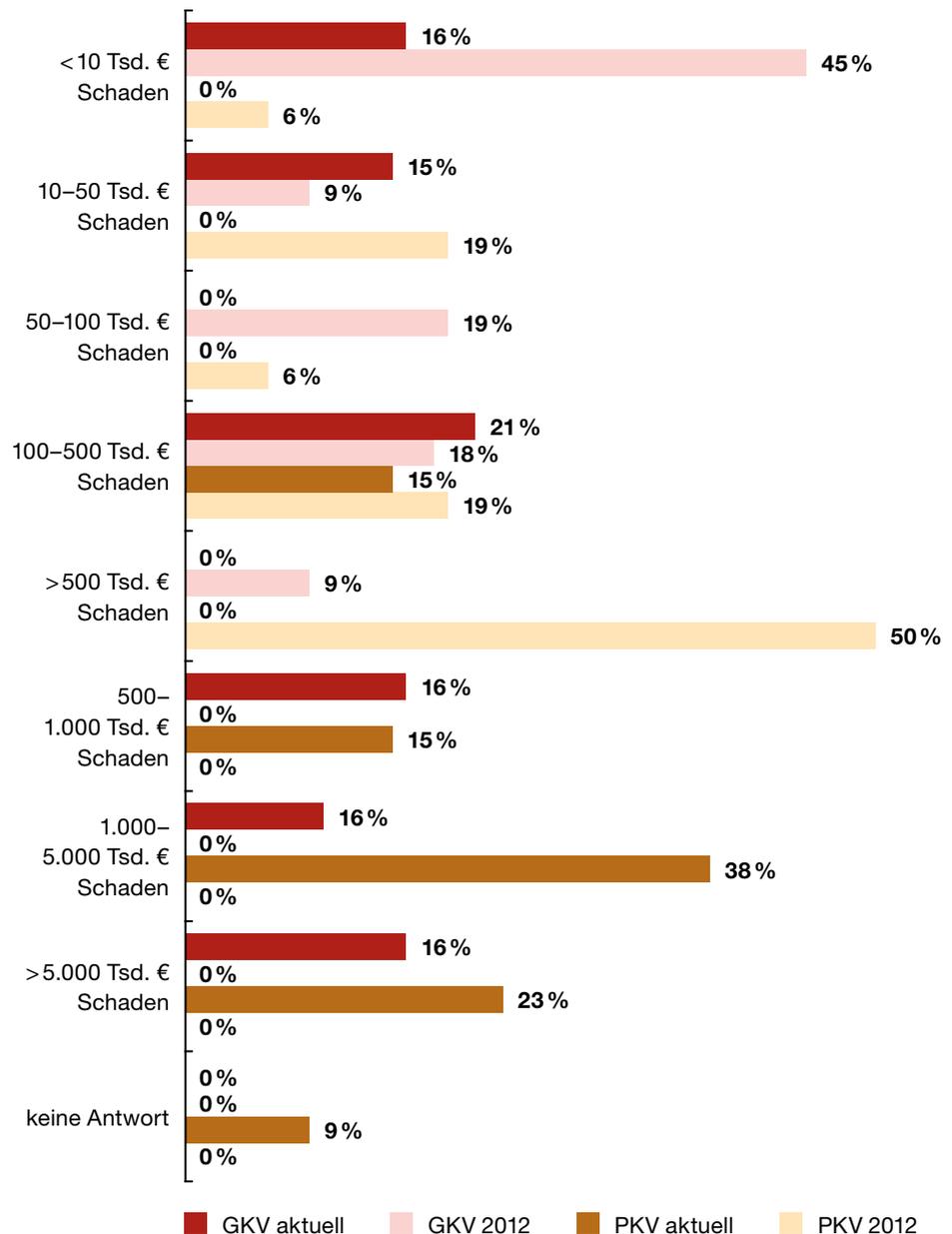
Für die Höhe des durchschnittlichen Einzelschadens wurden bei der aktuellen Datenerhebung die Antwortmöglichkeiten um weitere Kategorien angepasst, um seit dem Jahr 2012 eingetretene Beitrags- und Kostenentwicklungen abzubilden (zusätzliche Antwortmöglichkeit: durchschnittliche Einzelschäden zwischen 1.000 Euro und 2.000 Euro sowie größer 2.000 Euro). Die im Jahr 2012 durchgeführte Befragung berücksichtigte maximal einen durchschnittlichen Einzelschaden größer 1.000 Euro.

Unsere Befragung zeigte, dass nicht nur die Anzahl der Betrugsfälle, sondern auch die durchschnittliche Schadenshöhe je Betrugsfall im Vergleich zu den im Jahr 2012 erhobenen Werten erheblich gestiegen ist.²¹ Im Bereich der GKV zeigt sich ein Rückgang der kleinen Schäden, wobei am deutlichsten die Schäden zwischen 101 Euro und 1.000 Euro zurückgingen (aktuell: 37 %; 2012: 73 %). Interessant ist die Einschätzung der Schadenshöhe auch hinsichtlich der Schäden über 1.000 Euro: Während in unserer letzten Befragung im Jahr 2012 lediglich 9 % der gesetzlichen Krankenkassen dies als durchschnittliche Schadenshöhe angaben, berichteten aktuell die Hälfte (53 %) der GKV von Schadenshöhen dieser Größenordnung. Eine ähnliche Veränderung ist auch bei den PKV erkennbar. Hatten im Jahr 2012 56 % der befragten PKV eine durchschnittliche Schadenshöhe von mehr als 1.000 Euro angegeben, so schätzten aktuell 85 % der privaten Krankenversicherungen die durchschnittliche Einzelschadenshöhe sogar auf über 2.000 Euro.

Dies ist vor allem angesichts der rückläufigen durchschnittlichen Anzahl der Betrugsfälle bei den aktuell befragten PKV (aktuell: 98 Fälle; 2012: 135 Fälle) bemerkenswert.

Neben der durchschnittlichen Einzelschadenshöhe erfragten wir auch die Höhe des jährlich bei den GKV bzw. PKV entstandenen Gesamtschadens.

Abb. 4 Jährlicher Gesamtschaden durch Abrechnungsbetrug



Für die Höhe des jährlich entstandenen Gesamtschadens wurden in der aktuellen Befragung die Antwortmöglichkeiten angepasst, um die seit dem Jahr 2012 eingetretenen Beitrags- und Kostenentwicklungen abzubilden (zusätzliche Antwortmöglichkeiten: jährlicher Gesamtschaden zwischen 500.000 Euro und 1.000.000 Euro, zwischen 1.000.000 Euro und 2.000.000 Euro sowie größer 2.000.000 Euro). Im Jahr 2012 war ein maximaler jährlicher Gesamtschaden größer 500.000 Euro abgefragt worden.

Entsprechend den Fallzahlen und den gestiegenen durchschnittlichen Schadensbeträgen je Fall von Abrechnungsbetrug waren in der aktuellen Befragung die bei den GKV und bei den PKV entstandenen Gesamtschadenssummen im Vergleich zu 2012 erheblich höher. Aktuell berichteten nur noch 16 % der GKV (2012: 45 %) von jährlichen Gesamtschäden unter 10.000 Euro. Knapp die Hälfte (aktuell: 48 %; 2012: 9 %) der GKV gaben in der aktuellen Befragung jährliche Gesamtschäden von über 500.000 Euro an. Bei den PKV zeigt sich im Zeitvergleich sogar eine noch massivere Erhöhung der jährlichen Gesamtschäden als bei den GKV. Im Jahr 2012 berichteten noch 25 % der PKV von jährlichen Gesamtschäden bis maximal 100.000 Euro. Aktuell berichtete keine private Krankenversicherung über Gesamtschäden unter 100.000 Euro. Stattdessen stieg der Anteil der PKV mit hohen Schadensbeträgen im Vergleich zu 2012 stark an. Berichteten damals nur 50 % der PKV von jährlichen Gesamtschadenssummen von mehr als 500.000 Euro, so war dies in der aktuellen Befragung bei 76 % der PKV der Fall.

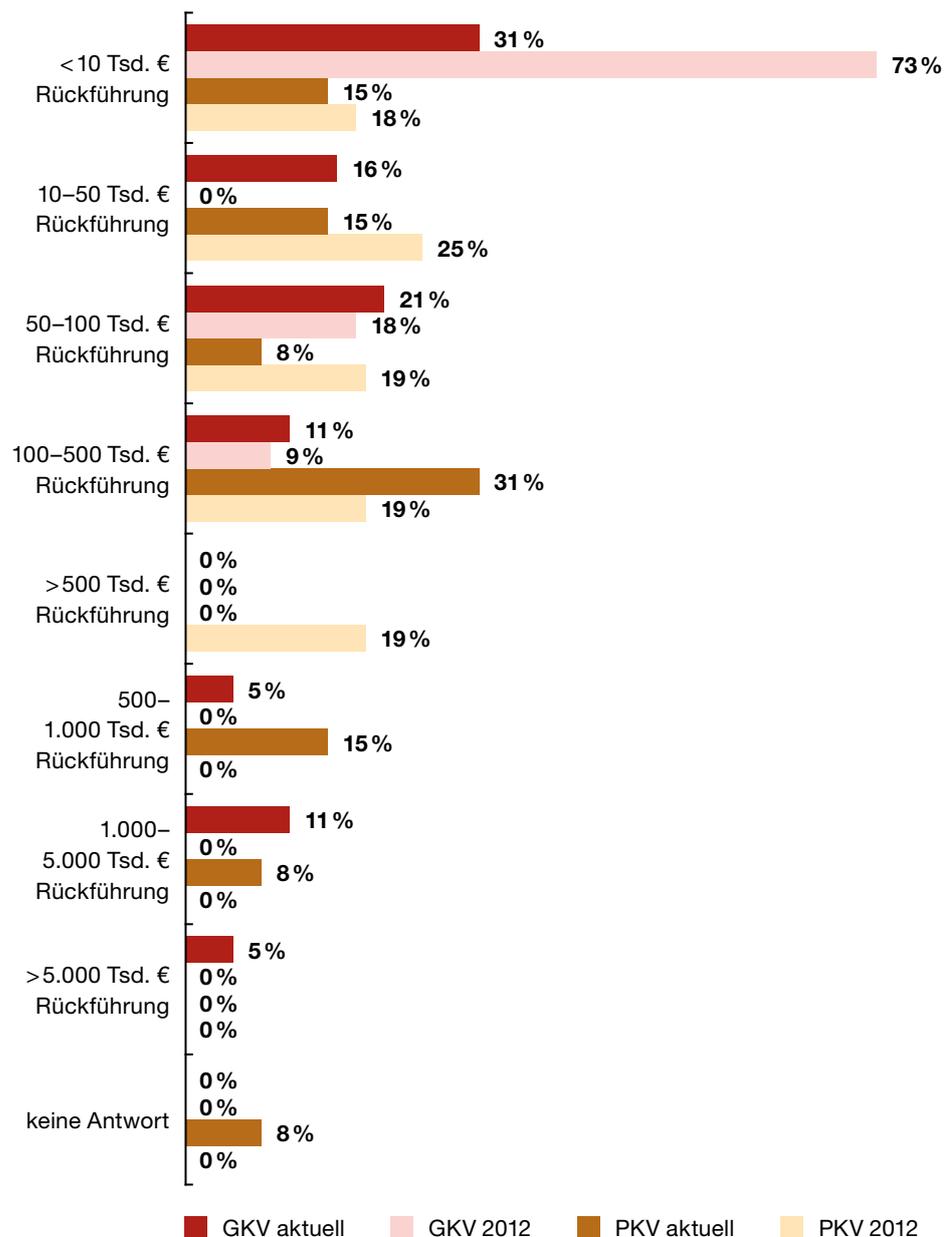
Noch deutlicher wird diese Entwicklung beim Blick auf den Anstieg des durchschnittlich je GKV bzw. PKV entstandenen Gesamtschadens: Während sich der Betrag bei den PKV von circa 320.000 Euro im Jahr 2012 auf etwa 2,5 Millionen Euro aktuell verachtfachte, verzwölfachte sich der Betrag bei den GKV von circa 120.000 Euro im Jahr 2012 auf aktuell etwa 1,5 Millionen Euro.

Interessanterweise waren die durchschnittlichen Gesamtschadensbeträge bei den PKV somit wesentlich höher als bei den GKV. Unseres Erachtens könnte dies auf die teilweise höhere Vergütung für an Privatpatienten erbrachte Leistungen oder auf vermehrte Betrugsfälle bei höherpreisigen Leistungen, wie zum Beispiel Hilfsmitteln oder Krankenhausbehandlungen, zurückzuführen sein. Andere Gründe könnten aber auch intensivere Bemühungen der PKV sein, Schäden aus Abrechnungsbetrug zu identifizieren, sowie die Tendenz, sich stärker auf Fälle mit höheren Schadensbeträgen zu konzentrieren. Bei den GKV könnte die geringere Schadenshöhe wiederum auf die Deckelung der ambulanten Arzthonorare in Verbindung mit den durch die Kassenärztlichen Vereinigungen/Gemeinsamen Prüfungsstellen vorgenommenen Vorabprüfungen zurückzuführen sein. Angesichts des etwa sechsmal so hohen Mitgliederbestands der gesetzlichen Krankenkassen (GKV: circa 57 Millionen Mitglieder; PKV: circa 9 Millionen Vollversicherte) und der in der Tendenz höheren Anzahl der aufgedeckten Betrugsfälle überraschte uns die Diskrepanz; wir hatten zumindest einen nivellierenden Effekt erwartet.

Betragsmäßig höhere Vermögensrückführungen²² bei gleichzeitig sinkendem Anteil der Vermögensrückführungen am Gesamtschaden

Neben den Schadenshöhen interessierte uns auch, welche Beträge als jährliche Vermögensrückführungen an die jeweiligen GKV bzw. PKV zurückgeflossen sind. Vermögensrückführungen stellen aus unserer Sicht ein wesentliches Sanktionierungsinstrument dar und sind ein Indikator dafür, inwieweit es den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen gelungen ist, wirtschaftliche Nachteile aus betrügerischen Handlungen zu vermeiden.

Abb. 5 Jährliche Vermögensrückführung nach Aufklärung



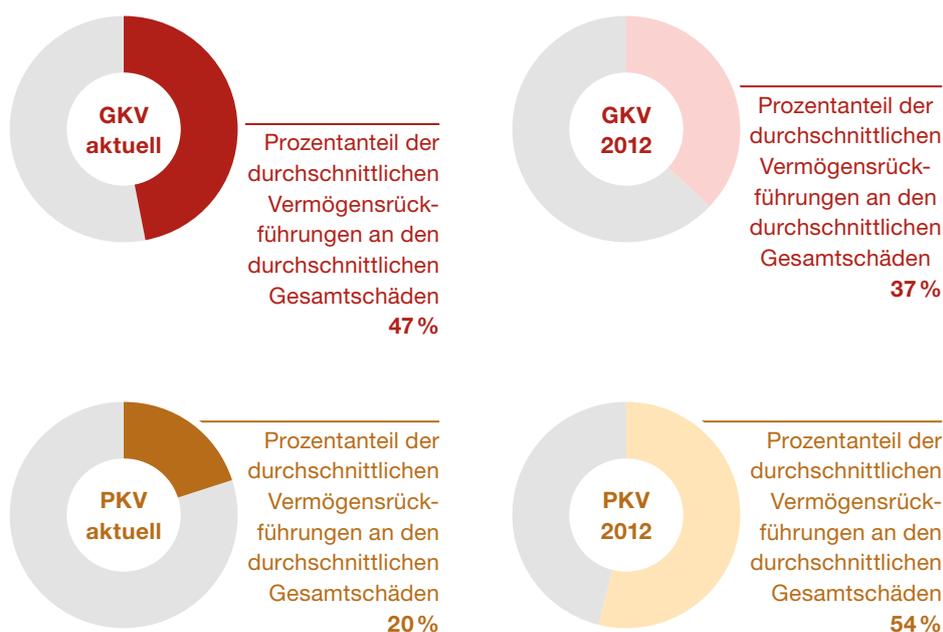
Für die Höhe der jährlichen Vermögensrückführungen wurden bei der aktuellen Befragung die Antwortmöglichkeiten angepasst, um diese an die seit dem Jahr 2012 eingetretenen Kosten- und Beitragsentwicklungen anzupassen (zusätzliche Antwortmöglichkeiten: jährliche Vermögensrückführungen zwischen 500.000 Euro und 1.000.000 Euro, zwischen 1.000.000 Euro und 5.000.000 Euro sowie größer 5.000.000 Euro). In der im Jahr 2012 durchgeführten Befragung wurde maximal eine jährliche Vermögensrückführung von größer 500.000 Euro abgefragt.

Es ist auf den ersten Blick erfreulich, dass bei den jährlichen Vermögensrückführungen nach Aufklärung von Abrechnungsbetrug bei den GKV und PKV höhere Beträge erlangt wurden. Im Jahr 2012 erzielten die GKV hier maximal einen Betrag zwischen 100.000 und 500.000 Euro. Aktuell war dies nur noch bei 79 % der GKV der Fall. Die übrigen GKV berichteten von höheren Beträgen. Immerhin 16 % der GKV verzeichneten aktuell sogar eine jährliche Rückführung von über 1 Million Euro. Die Vermögensrückführungen der PKV bestätigten den bereits bei den GKV gewonnenen Eindruck; bei ihnen erhöhten sich die Rückführungsbeträge ebenfalls: Berichteten im Jahr 2012 noch 62 % der PKV von maximal 100.000 Euro, so sank dieser Anteil in der aktuellen Befragung auf 38 %. Stattdessen konnten aktuell 31 % der PKV zwischen 100.000 Euro und 500.000 Euro zurückführen (2012: 19 %). Ebenso konnte eine leichte Erhöhung bei den Rückführungen von mehr als 500.000 Euro erzielt werden; waren dies im Jahr 2012 19 %, so stieg der Wert aktuell auf 23 % an.

Eine Betrachtung der durchschnittlichen Vermögensrückführungsbeträge unterstreicht diese Entwicklung: Bei den GKV verfünffachte sich der Wert von circa 45.000 Euro im Jahr 2012 auf aktuell circa 670.000 Euro. Die PKV verzeichneten immerhin eine Verdreifachung von etwa 170.000 Euro 2012 auf aktuell circa 480.000 Euro.

Ein zweiter Blick trübt jedoch dieses positive Bild. Setzt man die im Durchschnitt bei den an unserer Befragung teilnehmenden GKV bzw. PKV eingetretenen jährlichen Gesamtschäden in Relation zu den durchschnittlichen Vermögensrückführungen, zeigt sich, dass die gesetzlichen Krankenkassen bzw. die privaten Krankenversicherungen jeweils nur einen in der Regel unter der Hälfte aller entstandenen Schadensbeträge liegenden Anteil durch Rückführungsmaßnahmen kompensieren konnten. Bei den PKV ist dieser Anteil zudem stark rückläufig.

Abb. 6 Vergleich des durchschnittlichen Gesamtschadens mit der durchschnittlichen Vermögensrückführung

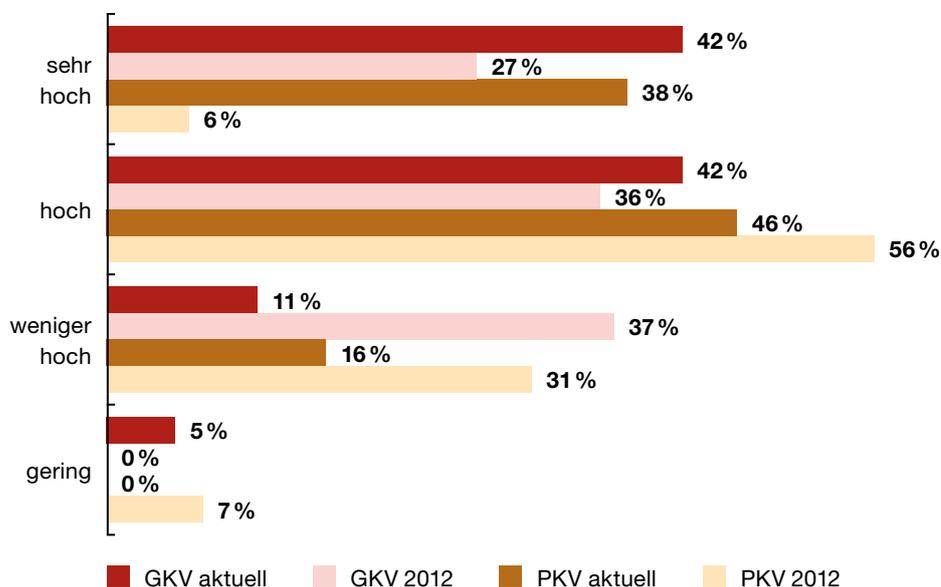


Diese Werte zeigen, dass die GKV bzw. PKV den Großteil der Schäden nicht zurückführen konnten. Sie führen die häufig geringen Rückflüsse darauf zurück, dass sie bei den Tätern etwa aufgrund von Insolvenzen mit ihren Regressansprüchen ins Leere laufen. Dies verschärft aus unserer Sicht die Folgen für betroffene Patienten. Zugleich zeigt dies, dass dringender Handlungsbedarf besteht und mehr Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Ausfälle von Regressforderungen ergriffen werden müssen.

Trotz größerem Hellfeld steigt die mutmaßliche Dunkelziffer

Neben den durch die gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen aufgedeckten Fällen, dem Hellfeld, interessierte uns auch die Einschätzung der teilnehmenden GKV und PKV zum sogenannten Dunkelfeld, also zu den nicht aufgedeckten Betrugsfällen.

Abb. 7 Einschätzung der Dunkelziffer



Unsere Befragung zur Einschätzung der Dunkelziffer unter den gesetzlichen Krankenkassen ergab im Jahr 2012 ein relativ ausgeglichenes Bild. Jeweils circa ein Drittel beurteilte das Dunkelfeld als weniger hoch (37%), hoch (36%) bzw. sehr hoch (27%). In unserer aktuellen Erhebung schätzten die GKV die Lage gegenüber 2012 wesentlich kritischer ein. Insgesamt 84% vermuteten, dass es eine hohe oder sehr hohe Anzahl unentdeckter Betrugsfälle gibt. Dies überraschte uns angesichts der gestiegenen Anzahl der aufgedeckten Betrugsfälle und des gestiegenen Schadensvolumens. Diese Verlagerung der Einschätzung ist auch bei den privaten Krankenversicherungen erkennbar. Gingen im Jahr 2012 noch 38% der PKV von einer niedrigen bzw. weniger hohen Dunkelziffer aus, so waren dies aktuell nur noch 16%; keine private Krankenversicherung schätzte das Dunkelfeld aktuell als klein ein. Stattdessen nahm die Anzahl der PKV, die von einer sehr hohen Dunkelziffer ausgehen, stark zu: von 6% 2012 auf 38% aktuell.



D Die Täter

Verfestigtes Täterbild verweist auf strukturelle Herausforderungen in der Betrugsbekämpfung

Informationen über den bzw. die Betrugstäter sind eine wichtige Voraussetzung für die wirksame Prävention und für risikoorientierte Kontrollmaßnahmen.

Interessanterweise weisen die Ergebnisse der aktuellen Studie im Vergleich zu den Ergebnissen aus dem Jahr 2012 starke Parallelen auf: Trotz der seit dem Jahr 2012 eingetretenen Veränderungen, nehmen sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die privaten Krankenversicherungen weiterhin überwiegend die gleichen Gruppen als Haupttäter wahr. Das Täterbild hat sich somit verfestigt.

Aufgrund unterschiedlicher Abrechnungswege bei den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen offenbarten sich in der Befragung teilweise unterschiedliche Täterprofile und Täterstrukturen. Bei den PKV waren Versicherte die mit Abstand wichtigste Tätergruppe (aktuell: 100 %; 2012: 56 %). Die GKV hingegen führten, wie schon 2012, größtenteils dem Pflegebereich zuzuordnende Täter als häufig bzw. sehr häufig auftretende Tätergruppe an (Pflegedienste aktuell: 95 %, 2012: nicht abgefragt; häusliche Krankenpfleger: aktuell 68 %, 2012: 91 %). Die im Jahr 2016 eingeführten erweiterten gesetzlichen Möglichkeiten, Pflegeeinrichtungen in Überprüfungen einzubeziehen, führten zu stark steigenden Fallzahlen mit Pflegeeinrichtungen als Tätern, sowohl bei GKV als auch bei PKV. Hieraus lässt sich ableiten, dass vermehrte Kontrollen der GKV bzw. PKV Wirkung zeigen und zu einer größeren Anzahl aufgedeckter Fälle führen.

Aus unserer Sicht weist das verfestigte Täterbild auf strukturelle Herausforderungen bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in einigen Bereichen hin: Aktuell befinden sich unter den beiden am häufigsten genannten Haupttätergruppen keine Täter aus den größten Kostenblöcken (stationäre Leistungen und ambulante ärztliche Leistungen) der GKV und PKV. Da in diesen Bereichen die Überprüfungen teilweise außerhalb der GKV bzw. PKV stattfinden,²⁴ ist die Abgrenzung zwischen gesetzwidrigen Manipulationen und fahrlässigen Abrechnungsfehlern schwierig. Nach Aussagen des MDK ist zum Beispiel jede zweite überprüfte Krankenhausabrechnung der GKV falsch und weist eine korrekturbedürftige diagnosebezogene Fallgruppe (Diagnosis-related Group, DRG) aus.²⁵ Jedoch stuften aktuell nur 15 % der PKV und 26 % der GKV Krankenhäuser als wesentliche Tätergruppe ein. Die bestehenden Strukturen erschweren es den auf die Betrugsbekämpfung spezialisierten Einheiten der GKV bzw. PKV, an die entsprechenden Informationen zur Beurteilung von Betrugsfällen zu gelangen. Es ist anzunehmen, dass sich dies ab dem Jahr 2020 durch die aus dem MDK-Reformgesetz und dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz resultierenden Limitierungen der Prüfmöglichkeiten der GKV auf 5 % der Krankenhausabrechnungen noch verschärfen und bei den GKV zu Einnahmeausfällen in Milliardenhöhe führen wird.²⁶

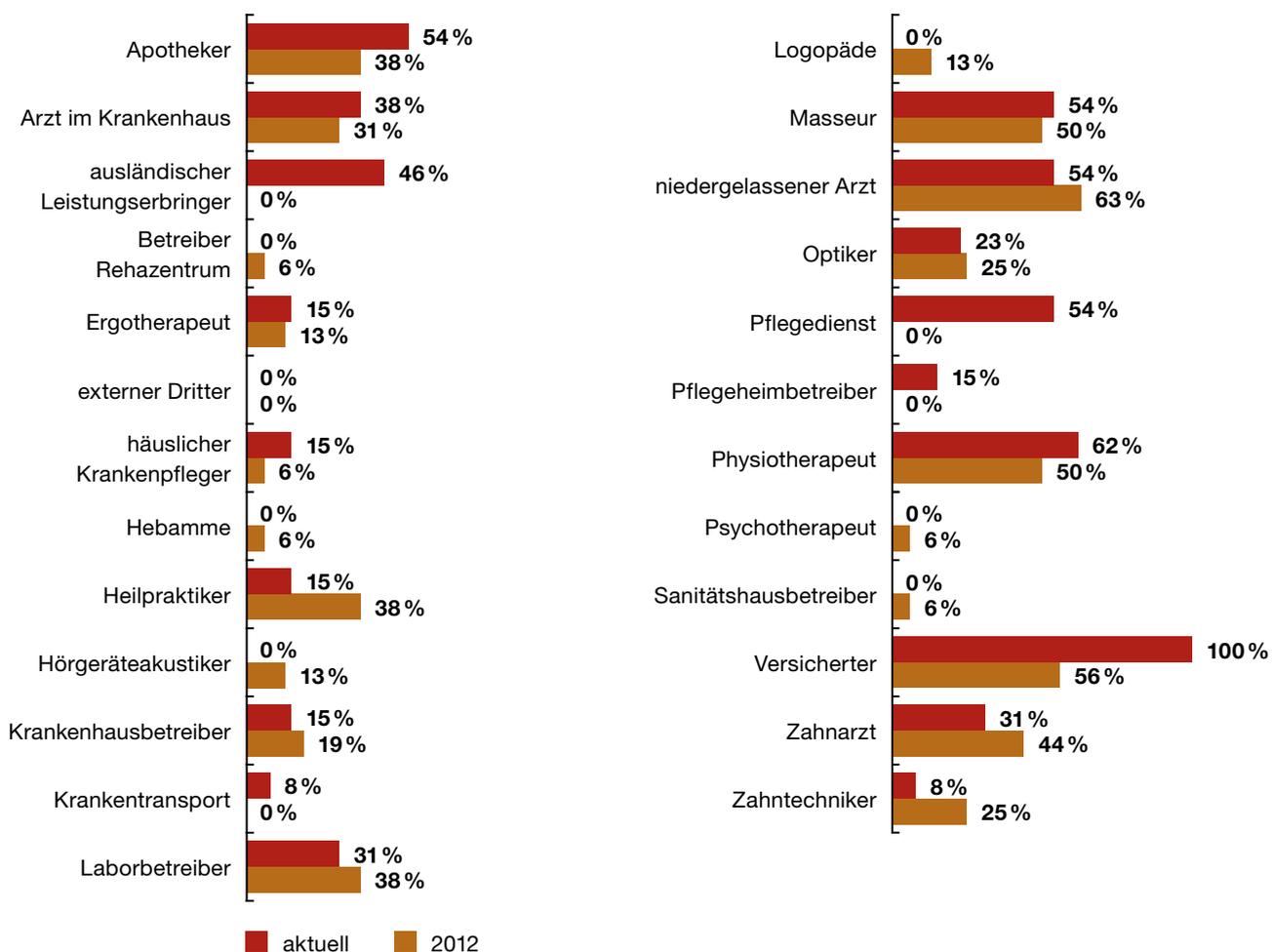
Häufigster Täter laut PKV: der Versicherte

Sowohl 2012 als auch in der aktuellen Studie wurde der Versicherte von den privaten Krankenversicherungen als häufig bzw. sehr häufig auftretender Betrugstäter genannt (aktuell 100 %; 2012 56 %). Bei den PKV wird der überwiegende Teil der Leistungsausgaben, circa 70 %, über den Versicherten abgerechnet.²⁷ Im Jahr 2012 waren es 56 % der befragten PKV, die den Versicherten als häufig bzw. sehr häufig auftretenden Täter betrachteten. In der aktuellen Befragung war dies bei allen befragten PKV der Fall. Das deutet darauf hin, dass die PKV dieser Tätergruppe in den letzten Jahren verstärkt Aufmerksamkeit schenken und die von den Versicherten eingereichten Abrechnungen kritischer überprüfen.

Unverändert zu den Ergebnissen von 2012 werden niedergelassene Ärzte, Masseur und Physiotherapeuten weiterhin am meisten als häufig bzw. sehr häufig auftretende Betrugstäter genannt. Zahnärzte hingegen zählen laut der aktuellen Befragung nicht mehr wie 2012 zu dieser Gruppe. Dafür sind Apotheker und Pflegedienste neu zu dieser Gruppe hinzugekommen. Von der Hälfte bzw. mehr als der Hälfte der teilnehmenden privaten Krankenversicherungen wurden Betreiber von Krankentransportunternehmen sowie Hörgeräteakustiker als aus ihrer Erfahrung nie in Erscheinung tretende Betrugstäter angeführt.

Abb. 8 Betrugstäter aus Sicht der PKV

Mehrfachnennungen waren möglich.



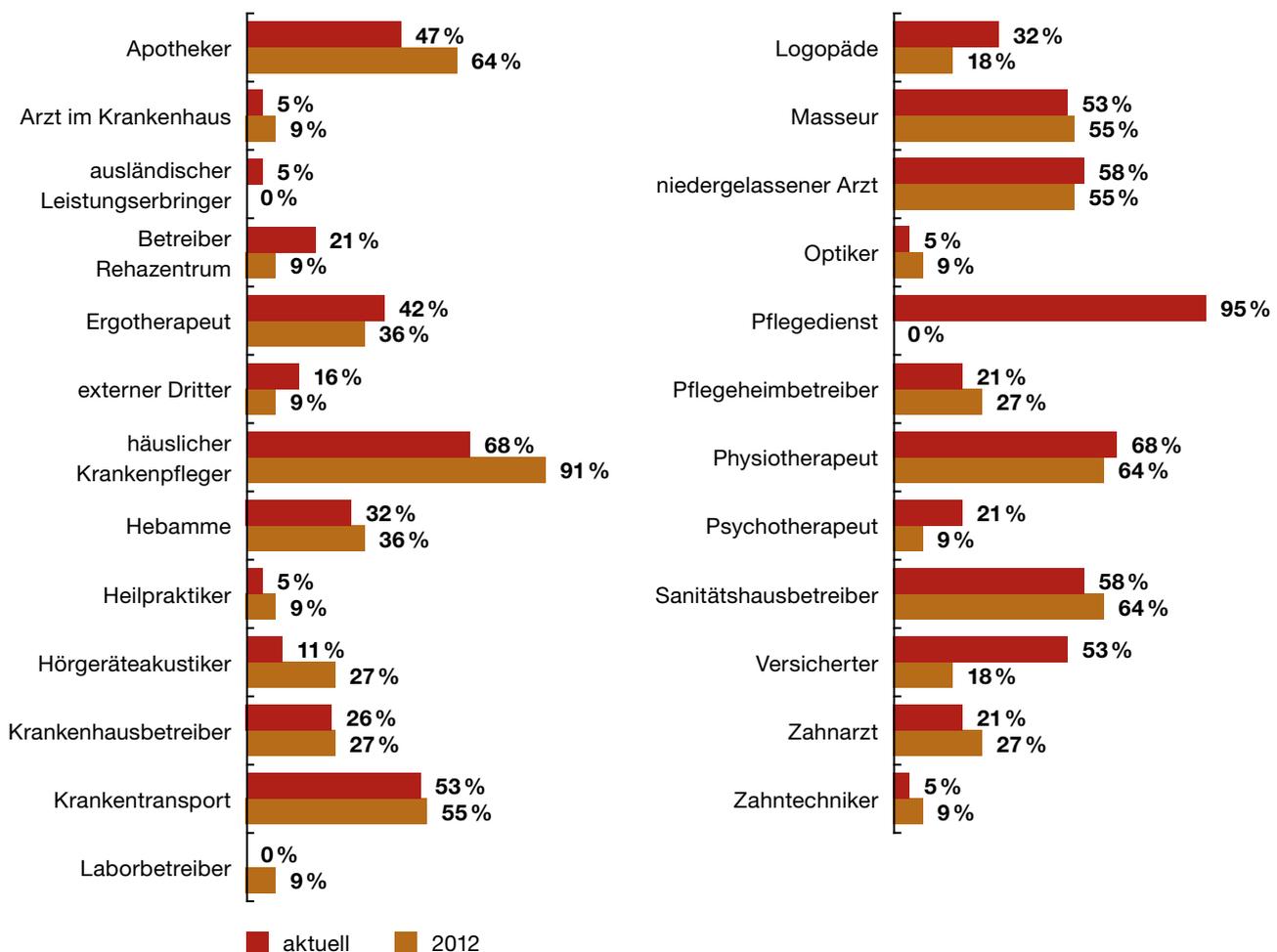
In der aktuellen Befragung wurden zur genaueren Erfassung zusätzliche Personengruppen als mögliche Betrugstäter in die Befragung aufgenommen (ausländischer LE, Pflegedienst sowie externer Dritter). Diese waren im Jahr 2012 nicht abgefragt worden und entsprechend werden in der Grafik keine Werte für das Jahr 2012 ausgewiesen. Sofern bei anderen möglichen Betrugstätern aktuell oder im Jahr 2012 keine Werte ausgewiesen werden, wurden diese in den entsprechenden Befragungen nicht als häufige bzw. sehr häufige Betrugstäter benannt.

Häufigster Täter laut GKV: der Pflegebereich

Bei den GKV ergab sich ein etwas anderes Bild. In der aktuellen Befragung wurden innerhalb der Pflege Pflegedienste am meisten als häufig bzw. sehr häufig auftretende Betrugstäter angeführt (2012 am meisten genannt: häusliche Krankenpfleger; Pflegedienste wurden 2012 nicht abgefragt). Darüber hinaus wurden in der aktuellen Studie häusliche Krankenpfleger – somit eine weitere der Pflege zuzuordnende Tätergruppe – als häufig bzw. sehr häufig auftretende Betrugstäter genannt. Mit Physiotherapeuten, Sanitätshäusern und niedergelassenen Ärzten befinden sich in der Spitzengruppe der aktuellen Studie weitere Tätergruppen, die sich auch bereits im Jahr 2012 in dieser Gruppe befanden. Alle diese Tätergruppen rechnen ihre Leistungen direkt mit den GKV ab. Interessanterweise wurden im Jahr 2012 vonseiten der GKV Versicherte kaum als Betrugstäter gesehen. In der aktuellen Befragung hingegen wurden sie von 53 % der gesetzlichen Krankenkassen als häufig bzw. sehr häufig auftretende Täter gewertet.

Abb. 9 Betrugstäter aus Sicht der GKV

Mehrfachnennungen waren möglich.



In der aktuellen Befragung wurden zur genaueren Erfassung zusätzliche Personengruppen als mögliche Betrugstäter in die Befragung aufgenommen (ausländischer LE, Pflegedienst sowie externer Dritter). Diese waren im Jahr 2012 nicht abgefragt worden und entsprechend werden in der Grafik keine Werte für das Jahr 2012 ausgewiesen. Sofern bei anderen möglichen Betrugstätern aktuell oder im Jahr 2012 keine Werte ausgewiesen werden, wurden diese in den entsprechenden Befragungen nicht als häufige bzw. sehr häufige Betrugstäter benannt.

Kontrollumfeld und Kontrollintensität haben starken Einfluss auf die Tätergruppen

In Bezug auf die Haupttätergruppen weisen unsere Befragungsergebnisse sowohl bei den PKV als auch bei den GKV im Zeitablauf keine großen Veränderungen auf. Analoge Ergebnisse zu den Haupttätergruppen zeigt eine Veröffentlichung des GKV-SV zur Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen für die Jahre 2016 und 2017.²⁸ Die meisten abgeschlossenen Fälle der GKV betrafen laut GKV-SV die Pflegeversicherung und die häusliche Krankenpflege.²⁹

Sowohl die PKV als auch die GKV nannten Versicherte und der Pflege zuzuordnende Gruppen in der aktuellen Studie im Vergleich zu den Ergebnissen aus dem Jahr 2012 vermehrt als häufig bzw. sehr häufig auftretende Betrüger. Unserer Einschätzung nach deutet dies auf eine verstärkte Aufmerksamkeit gegenüber diesen potenziellen Tätergruppen vonseiten der GKV und PKV hin.

Im Jahr 2016 wurden nach jahrelang vergeblichen Forderungen der GKV und PKV mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz erstmals Einrichtungen der Pflege in die Prüfungen durch den MDK, private Gutachter und den medizinischen Dienst der PKV (MEDICPROOF GmbH, Köln) einbezogen.³⁰ Als Folge der Prüfaktivitäten stiegen ab 2017 die Anzahl der neu aufgedeckten Fälle von Abrechnungsbetrug und zeitlich nachgelagert die Anzahl der gerichtsanhängigen Verfahren im Pflegebereich mit Schäden in Millionenhöhe, wie zum Beispiel Abrechnungen nicht erbrachter Leistungen durch die „russisch-ukrainische Pflegemafia“³¹, sprunghaft an. Politisch motivierte Reformen wie etwa die Pflegestärkungsgesetze I, II und III sowie der demografische Wandel hin zu einer immer älter werdenden Bevölkerung führten ab 2015 zu stark steigenden Leistungsausgaben im Bereich der Pflege.³² Pflegeeinrichtungen versorgen in der Regel Pflegebedürftige verschiedenster gesetzlicher Kranken-/Pflegekassen und privater Kranken-/Pflegeversicherungen. Sofern Betrügereien vorkommen, betreffen diese nach unserer Erfahrung eine Vielzahl der GKV und PKV. Aufgrund der erstmals durchgeführten Kontrollaktivitäten der medizinischen Prüfdienste stieg sowohl bei den GKV als auch den PKV die Anzahl der aufgedeckten Fälle massiv an; ein Teil des bisherigen Dunkelfelds wurde damit ans Licht gebracht. Dem Gedanken des Kontrollparadoxons, auch vom GKV-SV aufgegriffen, folgend wurden also Delikte durch verschärfte Kontrollen weniger verhindert als vielmehr aufgedeckt.³³

Das Beispiel Pflege zeigt sehr deutlich, dass die Entdeckungswahrscheinlichkeit stark vom Kontrollumfeld und von der Kontrollintensität abhängt. Somit besteht das Risiko einer trügerischen Sicherheit, wenn die gesetzlichen Krankenkassen bzw. privaten Krankenversicherungen in der Vergangenheit in einem Bereich keine oder nur wenige Betrugsfälle aufdecken konnten. Werden die Versicherten und bei den PKV die niedergelassenen Ärzte, die zu den am dritthäufigsten genannten Tätergruppen (PKV aktuell mit je 54 %: Apotheker, Masseur, niedergelassene Ärzte und Pflegedienste; GKV aktuell 58 %: Sanitätshäuser) zählen, einmal ausgeklammert, so stammen aktuell die je am häufigsten genannten Haupttätergruppen nicht aus den größten Kostenblöcken (stationäre Leistungen und ambulante ärztliche Behandlungen) der GKV und PKV. Unseres Erachtens hängt dies mit den strukturellen Herausforderungen der GKV und PKV bei der Betrugsbekämpfung in diesen Bereichen zusammen:

- Die Wahrnehmung von niedergelassenen Ärzten als häufig auftretenden Tätern ging sowohl bei den gesetzlichen Krankenkassen als auch den privaten Krankenversicherungen zurück. Aktuell sahen nur 58 % der befragten GKV (2012: 55 %) und 54 % der PKV (2012: 63 %) niedergelassene Ärzte als häufig bzw. sehr häufig auftretende Täter.

Uns verwundert dies bei den GKV nicht. Die Ausgaben der GKV für ambulante ärztliche Leistungen sind seit 2009 zu circa zwei Dritteln betragsmäßig durch morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen gedeckelt.³⁴ Die GKV haben aus bei ambulanten ärztlichen Leistungen aufgedeckten Betrugsfällen, sofern diese budgetäre Leistungen betreffen, in der Regel keine direkten finanziellen Vorteile und finanzielle Nachteile wirken sich, sofern die Betrugsfälle zu ausgeweiteten Leistungsmengen führten, erst bei künftigen Honorarverhandlungen aus. Außerdem wurden in den letzten Jahren die Abrechnungen ambulanter ärztlicher Leistungen vor Auszahlung der Honorare umfangreichen vorgelagerten Prüfungen (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen) vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen/Gemeinsamen Prüfungsstellen unterzogen.³⁵ Diese spüren, bereits bevor die gesetzlichen Krankenkassen die Daten erhalten, Auffälligkeiten auf und korrigieren diese. Sie werten diese Auffälligkeiten aufgrund der komplexen Materie nicht unbedingt als Abrechnungsbetrug oder Täuschungsversuch. Zusätzlich wurden in den letzten Jahren zunehmend Vergütungen der GKV für ambulante ärztliche Leistungen auf Pauschalen oder Leistungskomplexe (z. B. Versichertenpauschalen für hausärztliche Leistungen) umgestellt, die heute circa 50 % der Vergütungen ausmachen.³⁶ Diese Vergütungen verringern aus unserer Sicht die Anreize für Betrügereien, da sie unabhängig von den jeweils erbrachten Einzelleistungen gewährt werden.

Bei den privaten Krankenversicherungen hingegen zeigen die seit Jahren implementierten automatisierten Verfahren zur Ex-post-Überprüfung und Plausibilisierung der Liquidationen niedergelassener Ärzte Wirkung. Ärzte orientieren sich aus unserer Sicht heute stärker an den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), um Diskussionen mit ihren Patienten und den PKV aus dem Weg zu gehen.³⁷ Außerdem vermuten wir, dass die PKV unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten Auffälligkeiten erst ab bestimmten Mindestbeträgen in diesen Überprüfungen aufgreifen und Versicherte die PKV nicht immer auf Unstimmigkeiten hinweisen, da sie sonst Nachteile bei der künftigen Behandlung durch den betroffenen Arzt befürchten.

- Sowohl in den PKV als auch in den GKV stellen stationäre Leistungen mit etwa 30 % aller Leistungsausgaben einen wesentlichen Kostenblock dar. Allerdings spiegelt sich dieser Anteil bei den Tätern nicht entsprechend wider. Als häufig bzw. sehr häufig auftretende Täter wurden Krankenhäuser aktuell nur von 15 % der PKV und 26 % der GKV genannt. Diese Einschätzung hat sich gegenüber 2012 (PKV: 19 %; GKV: 27 %) nur geringfügig verändert. Von den PKV wurden auch Ärzte im Krankenhaus nicht als wesentliche Täter gewertet. Aktuell betrachteten 38 % sie als häufig bzw. sehr häufig auftretende Täter (2012: 31 %).

Nach unserer Erfahrung wäre es überraschend, in einem so wesentlichen Bereich der Leistungsausgaben kaum wesentliche Tätergruppen auszumachen. Unsere Skepsis wird durch Aussagen des MDK gestützt; laut MDK ist jede zweite geprüfte Abrechnung falsch und enthält korrekturbedürftige DRGs.³⁸ Angesichts der Komplexität der Abrechnungen sowie der ihnen zugrunde liegenden Systeme ist gemäß GKV-SV eine Abgrenzung zwischen gezielten Manipulationen und fahrlässigen Abrechnungsfehlern nur mit profunden Systemkenntnissen möglich. Im Bereich der GKV verfügt laut Aussage des GKV-SV vom November 2018 ausschließlich der MDK über diese Kenntnisse. Der MDK verfüge aber nicht über die Kenntnisse zur Beurteilung strafrechtlich relevanter Sachverhalte und gebe aus Angst vor Datenschutzverstößen häufig entsprechende Informationen nicht an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weiter.³⁹ Für die PKV dürfte dies analog gelten, da die Aufgaben der PKV-Gutachter bei der Beurteilung von Krankenhausbehandlungen mit denen des MDK vergleichbar sind.

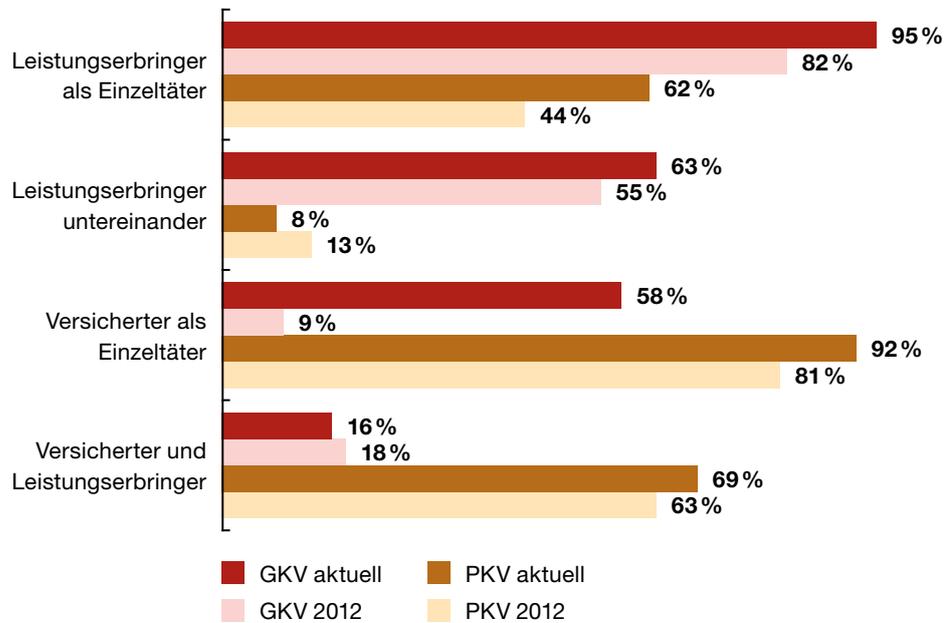
Ob sich dies durch die mit dem TSVG ab Mai 2019 neu eingeführten gesetzlichen Regelungen zum Austausch personenbezogener Daten zur Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a Abs. 3a SGB V) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem MDK dauerhaft ändern und zur Aufdeckung von mehr Abrechnungsbetrugsfällen im stationären Bereich führen wird, bleibt abzuwarten. Diese Aussagen deuten auf ein großes Dunkelfeld hin und erklären zugleich die relativ geringe Nennung von Krankenhausbetreibern als häufig bzw. sehr häufig auftretenden Betrugstätern. Wir vermuten, dass sich dieses Dunkelfeld aufgrund der neueren rechtlichen Entwicklungen vergrößern wird, da durch das MDK-Reformgesetz und das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz die Anzahl der vom MDK im Auftrag der GKV überprüfbaren Krankenhausabrechnungen auf 5 % ab dem Jahr 2020 begrenzt wurde.⁴⁰ Angesichts dessen geht der AOK-Bundesverband von Einnahmehausfällen von fast einer Milliarde Euro bei den GKV aus.⁴¹

Leistungserbringer bzw. Versicherter häufigste Täterkonstellation

Im Rahmen unserer Erhebung wurden die PKV und GKV auch nach ihrer Einschätzung zu beobachteten Täterkonstellationen gefragt.

Abb. 10 Die häufigsten Täterkonstellationen

Mehrfachnennungen waren möglich.



Bei den GKV ergab sich im Vergleich zur Studie von 2012 bei Verfestigung der übrigen Täterkonstellationen ein verstärktes Augenmerk auf den Versicherten als Einzeltäter. 2012 sahen 82 % der GKV in der Konstellation „Leistungserbringer als Einzeltäter“ die mit Abstand häufigste Täterkonstellation. In der aktuellen Befragung lag dieser Wert sogar bei 95 %. Ursächlich hierfür sind die Abrechnungswege der GKV: Die Leistungserbringer rechnen ihre Leistungen aufgrund des Sachleistungsprinzips in der Regel direkt mit den GKV ab. Aktuell wurde von allen GKV der Versicherte als Einzeltäter wesentlich häufiger angeführt als im Jahr 2012 (aktuell: 58 %; 2012: 9 %). Bei den PKV war der Versicherte als Einzeltäter sowohl 2012 als auch aktuell mit Abstand die meistgenannte Täterkonstellation. Interessanterweise sehen die PKV die Täterkonstellationen „Versicherter und Leistungserbringer“, „Versicherter als Einzeltäter“ sowie „Leistungserbringer als Einzeltäter“ gegenüber 2012 öfter als wesentliche Täterkonstellationen an.

Sowohl die PKV als auch die GKV werten die in der aktuellen Umfrage zusätzlich abgefragten möglichen Täterkonstellationen aus eigenen Mitarbeitern in Verbindung mit Leistungserbringern bzw. Versicherten als überwiegend nie vorkommend.



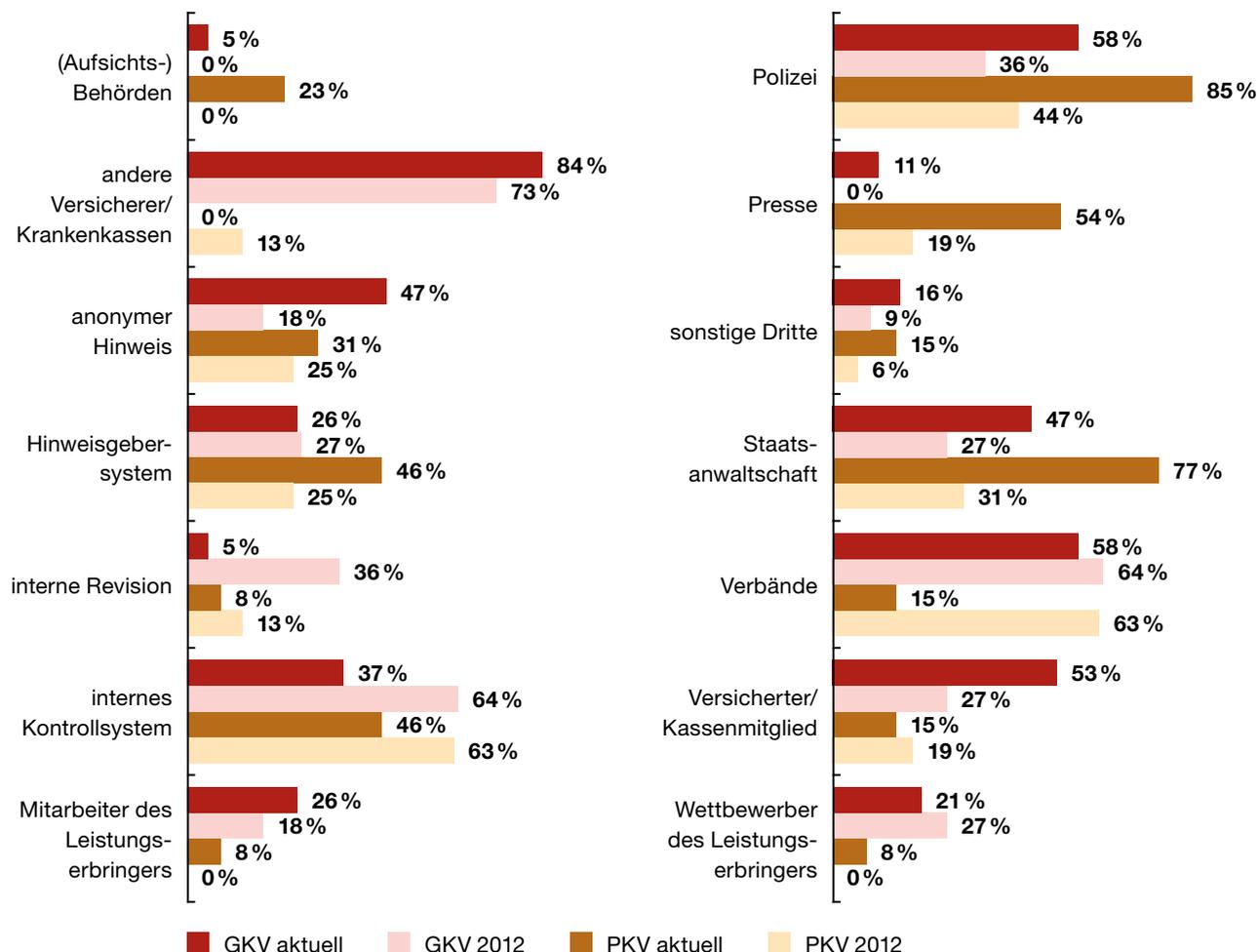
E Aufdeckung und Verfolgung von Abrechnungsbetrug

Starke Konzentration auf die Verfolgung von Hinweisen Dritter zu bereits identifizierten Verdachtsfällen von Abrechnungsbetrug

Die Bekämpfung von Abrechnungsbetrug ist ganz wesentlich davon abhängig, dass die mit dieser Aufgabe betrauten Stellen im Unternehmen Hinweise erhalten und entsprechende Sachverhalte weiterverfolgen können. Hinweise können aus den internen Kontrollmechanismen gewonnen werden oder auch von Dritten stammen, wie anderen Krankenkassen, Verbänden, Polizei oder Staatsanwaltschaften. Bei den Entdeckungswegen dominierten in der aktuellen Umfrage, noch stärker als 2012, von Dritten mitgeteilte Hinweise zu bereits identifizierten Verdachtsfällen auf Abrechnungsbetrug. Bei den GKV waren Hinweise anderer Kassen bzw. von Verbänden und der Polizei die Hauptinformationsquelle, bei den PKV stellten Hinweise von Polizei und Staatsanwaltschaft die wesentlichen Entdeckungswege dar.

Abb. 11 Entdeckungswege für Abrechnungsbetrug

Mehrfachnennungen waren möglich.



In der aktuellen Befragung wurde zur genaueren Erfassung die zusätzliche Kategorie „(Aufsichts-)Behörden“ in die Befragung aufgenommen. Diese war im Jahr 2012 nicht abgefragt worden und entsprechend werden in der Grafik keine Werte für das Jahr 2012 ausgewiesen. Sofern ein Entdeckungsweg weder in der aktuellen Befragung noch im Jahr 2012 als häufiger oder sehr häufiger Entdeckungsweg benannt wurde, ist dieser Entdeckungsweg in der obigen Abbildung nicht aufgeführt.

Der Zufall hilft bei der Aufdeckung von Abrechnungsbetrug

Sowohl von den GKV als auch den PKV wurden dem Zufall zuzurechnende Entdeckungswege am meisten als häufige bzw. sehr häufige Entdeckungswege angeführt. Bei den GKV waren in der aktuellen Befragung, wie schon 2012, andere GKV sowie Verbände und die Polizei die zufälligen Quellen von Hinweisen, die am meisten als häufig bzw. sehr häufig genannt wurden. Dass andere GKV derartige Hinweise liefern, lässt sich darauf zurückführen, dass GKV auf der Grundlage von § 197a SGB V explizit personenbezogene Daten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen untereinander und mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen austauschen dürfen. In den letzten Jahren wurden diese Möglichkeiten kontinuierlich erweitert. So bestehen zum Beispiel seit 2017 erweiterte Zusammenarbeitsmöglichkeiten über Verbände wie den GKV-SV.⁴² Darüber hinaus gibt es seit 2019 erweiterte Befugnisse des Datenaustauschs mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens, etwa mit dem MDK.⁴³ Aufgrund dessen nehmen die GKV die Aufgabe der Betrugsbekämpfung nicht nur durch die eigenen Stellen wahr, sondern nutzen zusätzlich den Informationsaustausch über den GKV-SV oder Spitzenverbände auf Ebene der Bundesländer. Außerdem bündeln sie ihre diesbezüglichen Aktivitäten beispielsweise innerhalb der Betriebskrankenkassen in der Argab – Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug (Argab) in Leverkusen. Nach unserer Wahrnehmung werden die Erfolge dieser Zusammenarbeit in den letzten Jahren durch einen Trend hin zu Großverfahren begünstigt. Auffälligkeiten lassen sich häufig erst durch die Auswertung von Datenbeständen möglichst vieler Versicherter feststellen – und eine bei einer GKV bzw. PKV aufgedeckte betrügerische Handlung betrifft meist auch zahlreiche andere GKV und PKV.

Struktureller Nachteil für PKV durch beschränkte Möglichkeit des Informationsaustauschs

Bei den privaten Krankenversicherungen, für die es keine Regelung analog zu § 197a SGB V gibt, stellen andere Versicherer oder Verbände aktuell keine nennenswerte Quelle für Hinweise zur Aufdeckung von Abrechnungsbetrug dar; deren Bedeutung bei der Entdeckung von Betrugsfällen hat im Vergleich zu 2012 sogar erheblich abgenommen. Aus unserer Sicht erschweren die verschärften datenschutzrechtlichen Anforderungen hier die Betrugsbekämpfung. Die PKV nutzten in der Vergangenheit die sogenannte Versicherungsumfrage als Instrument der Betrugsbekämpfung. Dazu tauschten sie über den in Köln ansässigen Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) unter anderem personenbezogene Daten aus. Diese Praxis war nach Einschätzung des Landeszentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein im Berichtszeitraum 2012/2014 nicht mit geltendem Datenschutzrecht vereinbar.⁴⁴ Derzeitig werden über den PKV-Verband bzw. zwischen den PKV nur allgemeine nicht personenbezogene Informationen zu Fällen von Abrechnungsbetrug ausgetauscht. Eine Regelung analog zu § 197a SGB V würde hingegen die Betrugsbekämpfung fördern.⁴⁵ Dann könnten auch die PKV personenbezogene Daten mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel anderen PKV oder GKV, zum Zwecke der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug austauschen. Dem stehen aber derzeitig datenschutzrechtliche Aspekte entgegen.

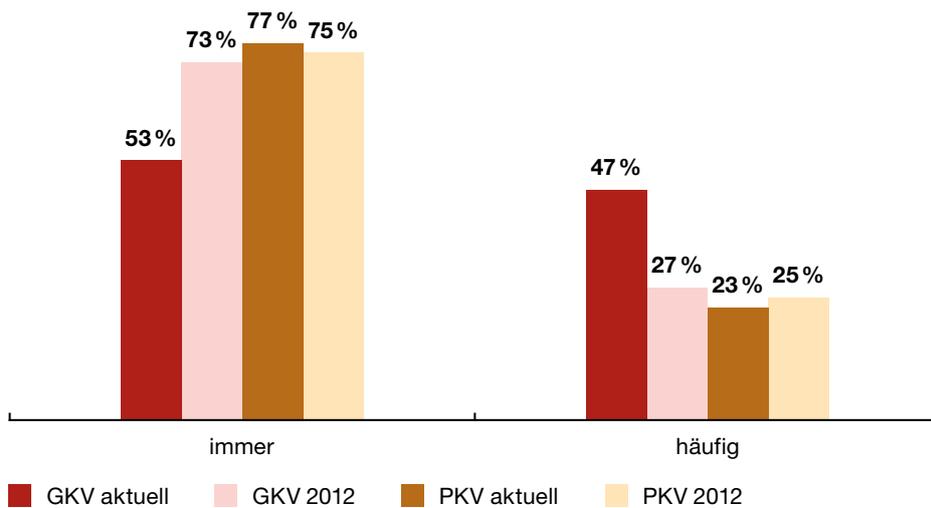
Stattdessen haben bei den PKV andere zufällige Entdeckungswege seit dem Jahr 2012 erheblich an Bedeutung gewonnen. Polizei (aktuell: 85 %) und Staatsanwaltschaft (aktuell: 77 %) wurden von über drei Vierteln der befragten PKV als häufiger bzw. sehr häufiger Entdeckungsweg genannt. Auch bei den GKV gehören Polizei (aktuell: 58 %) und Staatsanwaltschaft (aktuell: 47 %) zur Gruppe der am meisten genannten Entdeckungswege, aber bei Weitem nicht im selben Maße. Interessanterweise hat sich bei den PKV die Anzahl der Nennungen von Polizei und Staatsanwaltschaft als häufiger bzw. sehr häufiger Entdeckungsweg jeweils mehr oder weniger verdoppelt. Unseres Erachtens hängt dies unter anderem mit der Tendenz hin zu Großverfahren mit einer Vielzahl an betroffenen Kassen zusammen. Bei Ermittlungsverfahren fragen die Behörden erfahrungsgemäß auch bei allen potenziell betroffenen GKV und PKV nach verfahrensrelevanten Informationen. Bei den PKV gehen wir zusätzlich davon aus, dass die zuvor dargestellten datenschutzrechtlichen Restriktionen diese Entwicklung mit auslösten: Sofern eine PKV einen möglichen Fall von Abrechnungsbetrug aufgedeckt hat, kann sie diesen zur Anzeige bringen. Über die dann stattfindenden Ermittlungen der Behörden bei gegebenenfalls weiteren betroffenen PKV bzw. GKV erhalten diese dann Kenntnis von dem aufgedeckten Betrugsmuster bzw. -fall.

Großer Handlungsbedarf für eine effektivere Aufdeckung von Abrechnungsbetrug

Aus unserer Sicht ist interessant, dass sowohl von den PKV als auch von den GKV überwiegend Hinweise Dritter als häufigster bzw. sehr häufiger Entdeckungsweg genannt wurden. Anonyme Hinweise aus den eigenen Reihen, von Kassenmitgliedern bzw. Versicherten oder das Ergebnis eigener Kontrollmaßnahmen sind den Ergebnissen unserer Befragung zufolge keine häufigen bzw. sehr häufigen Entdeckungswege. Dies deutet aus unserer Sicht auf ein erhebliches Dunkelfeld hin. Zudem scheinen die eigenen Systeme zur Aufdeckung von Abrechnungsbetrug nur eingeschränkt zu funktionieren, da sie die von Dritten angezeigten Verdachtsfälle nicht selbst identifizieren konnten. Hierzu passt, dass die PKV in der aktuellen Befragung Kontrollaktivitäten als Entdeckungsweg kaum genannt haben. Die Antworten der GKV und PKV decken sich mit unserer Erfahrung, wonach mehr Fälle durch Zufall aufgedeckt werden als durch Kontrollaktivitäten. Wir sehen daher für die Einführung und Verbesserung von Maßnahmen zur Entdeckung neuer Betrugsfälle großen Handlungsbedarf.

Für die Glaubwürdigkeit der GKV und PKV ist es wichtig, auf Hinweise zu Abrechnungsbetrug schnell und angemessen zu reagieren. Werden diese verharmlost oder nicht aufgeklärt, drohen neben finanziellen Schäden auch erhebliche indirekte Risiken. Ein solches Verhalten kann beispielsweise als Verletzung von Aufsichts- und Sorgfaltspflichten der gesetzlichen Vertreter gewertet werden oder zu Reputationsschäden führen. Im Vergleich zur Studie von 2012 ergaben sich aktuell bei den GKV erhebliche Veränderungen bei der Verfolgung von Hinweisen, während dies bei den PKV nicht der Fall war:

Abb. 12 Aufklärung von eingegangenen Hinweisen



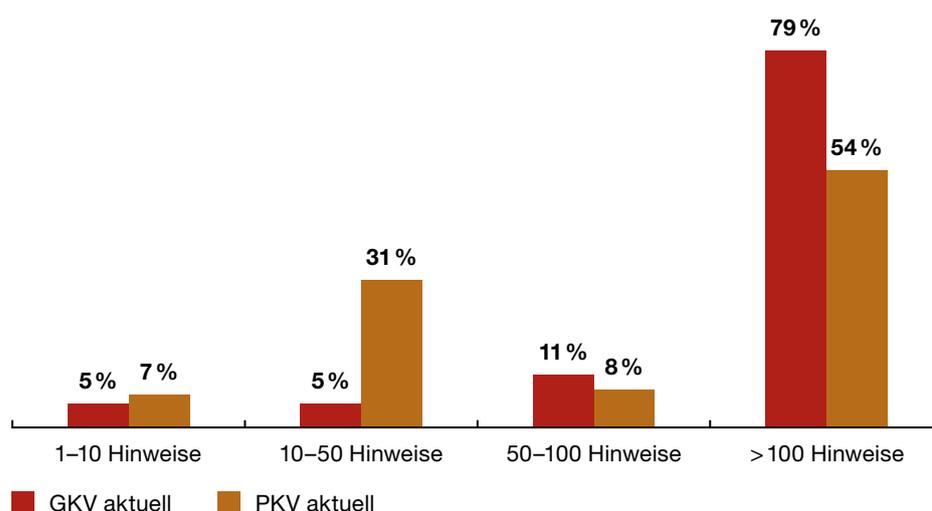
Drei Viertel der PKV klärten aktuell wie auch bereits im Jahr 2012 alle Hinweise konsequent auf. Dies erscheint auf den ersten Blick sehr positiv, bedeutet aber auch, dass ein Viertel der GKV nach einzelfallabhängigen Entscheidungen nicht allen Hinweisen nachging.

Konsequentes Verfolgen von Verdachtsfällen zahlt sich aus

Die GKV wiesen im Jahr 2012 ein mit den PKV vergleichbares Verhalten auf. In der aktuellen Befragung hat sich dieses Bild jedoch deutlich verschoben. Nur noch etwa die Hälfte (53 %) der gesetzlichen Krankenkassen gingen konsequent immer allen Hinweisen nach. Die übrigen entschieden darüber entweder einzelfallbedingt oder in Abhängigkeit von Mindestbeträgen. Laut Darstellung des GKV-SV stieg die Anzahl der bei den GKV eingegangenen externen Hinweise in den Jahren 2016/2017 um 49 % auf 25.039 gegenüber den beiden Vorjahren.⁴⁶ Eine Erklärung könnte die daraus resultierende Arbeitsüberlastung oder mögliche Kosten-Nutzen-Abwägungen sein. Es könnte aber aufgrund der häufigen Entdeckung von Betrugsfällen über Polizei und Staatsanwaltschaft auch bedeuten, dass diesen die Aufklärung überlassen wird. Unabhängig vom Grund ist hiermit auf jeden Fall für potenzielle Täter ein fatales Signal verbunden; sie werden unseres Erachtens aufgrund des sich verringernenden Entdeckungsrisikos ermutigt, Betrügereien zu begehen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben hier aus unserer Sicht gegenüber den PKV Nachholbedarf. Schließlich entgehen ihnen durch das Nichtverfolgen von Hinweisen erhebliche Regressansprüche gegenüber Schädigern.

Das unterschiedliche Verhalten beim Aufgreifen von Fällen spiegelt sich auch im Verhältnis der Anzahl der bekannt gewordenen Betrugsfälle zur Anzahl der untersuchten Fälle wider. 53 % der GKV hatten im Jahr vor der Befragung mehr als 100 Betrugsfälle. Von 79 % der GKV, also dem 1,5-Fachen, wurden dabei mehr als 100 Fälle untersucht. Im Bereich der PKV wurden hingegen bei nur 23 % der Unternehmen mehr als 100 Betrugsfälle im Jahr zuvor bekannt. Demgegenüber haben 54 % der PKV, also das 2,3-Fache, mehr als 100 Fälle untersucht. Somit hat bei der PKV, im Verhältnis zur GKV, ein wesentlich größerer Anteil mehr als 100 Fälle untersucht. Dies könnte auf die Langwierigkeit von gerichtlichen Verfahren hindeuten.

Abb. 13 Anzahl der untersuchten Hinweise auf Betrug





F Sanktionierung von Betrugsfällen

Aus kriminalistischer Sicht ist nicht nur das konsequente Verfolgen von Hinweisen, sondern auch die Sanktionierung von Fehlverhalten wesentlich für die Betrugsbekämpfung und die Prävention. Entsprechend fragten wir nach den Reaktionen der PKV bzw. GKV bei aufgedeckten Betrugsfällen.

In der aktuellen Umfrage haben wir ausführlicher als in der Befragung von 2012 nach Sanktionsmaßnahmen gefragt. Für Teile der nachfolgenden Erkenntnisse liegen daher keine Vergleichsangaben aus dem Jahr 2012 vor.

GKV und PKV gehen bei der Sanktionierung von Abrechnungsbetrug teilweise unterschiedlich vor

Bei der Sanktionierung von Abrechnungsbetrug reagierten die privaten Krankenversicherungen stringenter als die gesetzlichen Krankenkassen mit einer Trennung vom Versicherungsnehmer. Auch weisen die PKV bei den geltend gemachten Regressforderungen und erstatteten Strafanzeigen etwas höhere Werte aus als die GKV. Wir sehen in der inkonsequenten Verfolgung von Hinweisen ein fatales Signal, da dies potenzielle Täter zu einer Tatbegehung motivieren könnte.

Die GKV und PKV nannten in unserer aktuellen Befragung jeweils die Durchsetzung von Regressforderungen als häufigstes Sanktionsmittel, dicht gefolgt von der Strafanzeige. Dies überraschte uns, da die GKV und PKV aktuell im Durchschnitt weniger als die Hälfte der durchschnittlich entstandenen Schäden als Rückführungsbeträge realisieren können (siehe dazu Kapitel C).

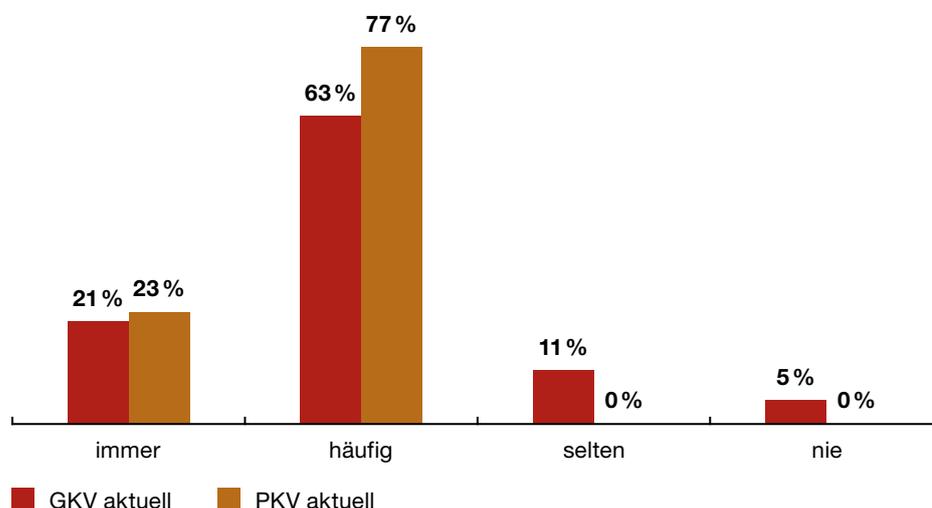
Angesichts der von vielen GKV und PKV nicht allzu positiv bewerteten Tätigkeit der Staatsanwaltschaften verwunderte es uns hingegen nicht, dass die GKV und PKV nur in circa 90 % der Fälle Strafanzeige erstatteten. Dies halten wir – insbesondere vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelungen mit einer für GKV de facto bestehenden Anzeigepflicht bei entdecktem Fehlverhalten – für bedenklich.

Im Detail ergaben sich folgende Erkenntnisse.

Zunehmend inkonsequente Sanktionierung von Abrechnungsbetrug durch die GKV

In der aktuellen Studie fragten wir nach der Häufigkeit, mit der Sanktionsmaßnahmen infolge aufgedeckter Fälle von Abrechnungsbetrug ergriffen wurden.

Abb. 14 Häufigkeit ergriffener Maßnahmen bei Fällen von Abrechnungsbetrug



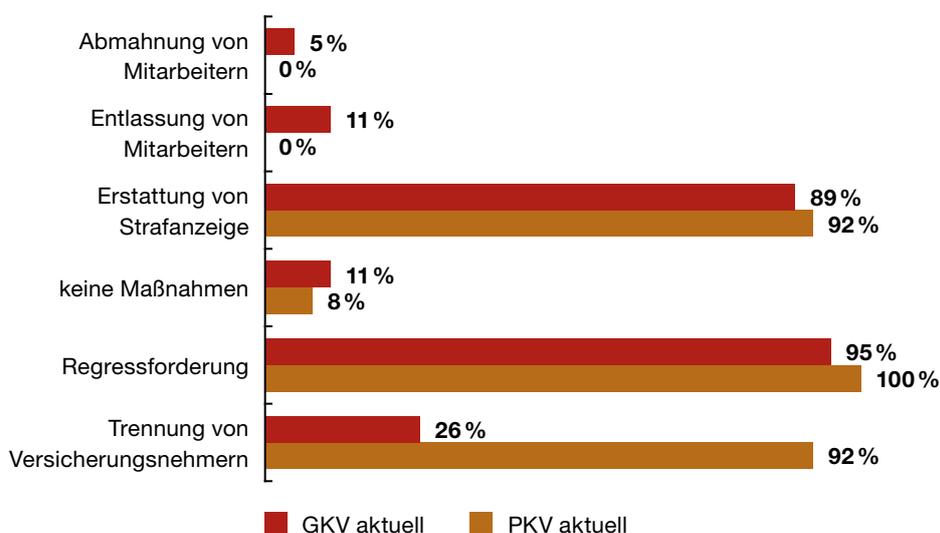
Im Bereich der GKV wurden aktuell nur von 21 % der Krankenkassen konsequent Maßnahmen ergriffen. Dies ist angesichts der gesetzlichen Vorgaben verwunderlich. § 197a Abs. 4 SGB V sieht vor, dass „die Krankenkassen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte“. Bei § 197a Abs. 4 SGB V handelt es sich um eine Soll-Vorschrift, das heißt, aus rechtlicher Sicht darf eine Unterrichtung nur ausnahmsweise unterbleiben.⁴⁷ Ohne das Vorliegen besonderer Umstände ist das „Sollen“ als ein „Müssen“ zu verstehen.⁴⁸ Als „Straftaten mit nur geringfügiger Bedeutung“ können daher einzig Bagatelldfälle verstanden werden.⁴⁹ Ob ein solcher Bagatelldfall im konkreten Einzelfall tatsächlich einschlägig ist, also ob sich eine wirtschaftliche Bedeutung für die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt ergibt – und wenn ja, in welcher Größenordnung –, lässt sich in der Regel bei der Ersteinschätzung durch eine einzelne gesetzliche Krankenkasse nicht abschließend beurteilen.⁵⁰ Aus unserer Sicht sollte daher nur äußerst restriktiv von dem Ausnahmetatbestand Gebrauch gemacht und vielmehr von einer Pflicht zur Unterrichtung der Staatsanwaltschaft ausgegangen werden.

Insgesamt deuten die Antworten auf die Frage der Sanktionierung bei festgestelltem Fehlverhalten, insbesondere bei den GKV, auf Handlungsbedarf hin. Wir erachten es als problematisch, dass nicht in sämtlichen Fällen von aufgedecktem Fehlverhalten konsequent Maßnahmen ergriffen wurden. Ein solches Vorgehen sendet ein negatives Signal und könnte die Täter ermutigen, weitere Straftaten zu begehen.

Fokus eindeutig auf Regressforderungen

Von den befragten GKV und PKV wurden als Reaktion auf aufgedeckte Fälle von Abrechnungsbetrug folgende Sanktionsmaßnahmen genannt:

Abb. 15 Sanktionierung aufgedeckter Betrugsfälle



Die PKV gingen demnach in sämtlichen Fällen zivilrechtlich gegen den bzw. die Täter vor und machten insbesondere Regressforderungen geltend. Auch trennten sie sich nahezu immer von den dolos agierenden Vertragspartnern. Zusätzlich erstatteten sie in 92 % der Fälle Strafanzeige. Verhielten sich die GKV in Bezug auf Regressforderungen (95 %) sowie die Erstattung von Strafanzeigen (89 %) noch ähnlich wie die PKV, kam es bei ihnen allerdings nur in 26 % der Fälle zu einer Trennung von den entsprechenden Vertragspartnern.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sowohl den GKV als auch den PKV vordringlich daran gelegen ist, durch die zivilrechtliche Geltendmachung ihres (Schadensersatz-)Anspruchs die wirtschaftlichen Schäden der aufgedeckten Abrechnungsbetrugsfälle auszugleichen.

Es verwundert jedoch, dass gerade die GKV lediglich in 89 % der Fälle Strafanzeige erstatteten, da sich, wie bereits angeführt, für die GKV aus § 197a Abs. 4 SGB V realiter eine Verpflichtung zur Erstattung von Strafanzeigen ergibt.

Unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung kann es, sofern absichtlich oder wissentlich ganz oder zum Teil die Bestrafung von Tätern nach dem Strafgesetzbuch (StGB) vereitelt wird, zu einer Strafbarkeit wegen Strafvereitelung im Sinne des § 258 Abs. 1 StGB kommen. Für die vereitelnden Personen sieht das Gesetz hierfür eine Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder eine Geldstrafe vor. Dies dürfte sich vor dem Hintergrund der geplanten Einführung des Verbandsanktionengesetzes und der damit verbundenen Sanktionsmöglichkeiten – auch gegen die GKV und PKV als Organisationen – künftig noch verschärfen. Angesichts dessen besteht in diesem Bereich bei den GKV und PKV Handlungsbedarf, um das Risiko der eigenen Strafbarkeit und der damit einhergehenden empfindlichen Strafen gegen die Organisation zu vermeiden.

Abgesehen von der grundsätzlich zumindest für die gesetzlichen Krankenkassen kodifizierten Anzeigepflicht sprechen auch weitere Gründe für eine Zusammenarbeit mit den Strafverfolgungsbehörden. Über die damit einhergehende abschreckende Signalwirkung im Sinne der General- und Spezialprävention hinaus können die Ergebnisse der behördlichen Ermittlungsarbeit die Durchsetzung zivilrechtlicher Schadensersatzforderungen unterstützen. Die Behörden haben die Möglichkeit, bereits im Laufe des Ermittlungsverfahrens auf ein breit gefächertes Instrumentarium zur Informationsgewinnung und Vermögenssicherung – beispielsweise in Form von Konteneinsichtnahme, Durchsuchungen und Beschlagnahmen – zurückzugreifen und gesicherte Vermögenswerte nach Abschluss des Verfahrens auf Antrag an die Geschädigten (z. B. GKV und PKV) als Opferentschädigung ausbezahlen.

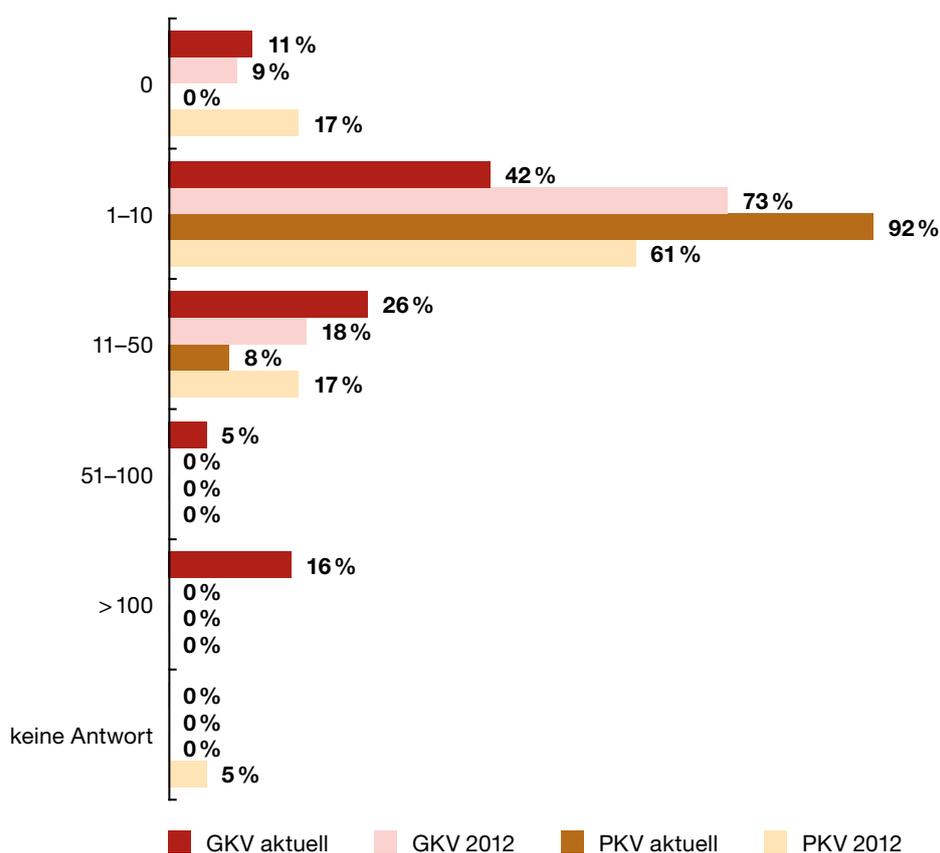
Die recht unterschiedliche Handhabung der Vertragskündigung lässt sich aus unserer Sicht mit den unterschiedlichen rechtlichen Gegebenheiten erklären. Der Vertragsschluss und die Wahl des Vertragspartners unterliegen bei den PKV grundsätzlich der Privatautonomie, auch wenn private Krankenversicherungen gemäß § 206 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) engen Restriktionen bei der Trennung von Versicherungsnehmern unterliegen. Den gesetzlichen Krankenkassen hingegen ist es nahezu unmöglich, ihr Vertragsverhältnis zu den Versicherungspflichtigen aufgrund der gesetzlichen Regelungen einseitig zu kündigen.⁵¹ Außerdem dürften die unterschiedlichen Abrechnungswege von Bedeutung sein. Im Gegensatz zu den PKV rechnen die GKV aufgrund des Sachleistungsprinzips in der überwiegenden Anzahl der Fälle mit den Leistungserbringern und nicht den Mitgliedern ab, sodass die Versicherten hier wesentlich seltener in den Abrechnungsprozess involviert sind.

Überraschenderweise ergab unsere Befragung, dass bei den PKV nie und bei den GKV nur in einer verschwindend geringen Anzahl von Fällen Mitarbeiter wegen aufgedeckter Betrugsfälle sanktioniert wurden. Nach unserer Erfahrung sind bei vergleichbaren Sachverhalten oft auch Mitarbeiter involviert bzw. treten als Einzeltäter in Erscheinung. Unseres Erachtens könnte dieses Umfrageergebnis auf bislang nicht aufgedeckte Betrugssachverhalte hinweisen. Es könnte jedoch auch ein Indiz für gut funktionierende Präventionsmechanismen der GKV bzw. PKV in diesem Bereich sein.

Erstattung von Strafanzeigen nur in einem Bruchteil der Fälle

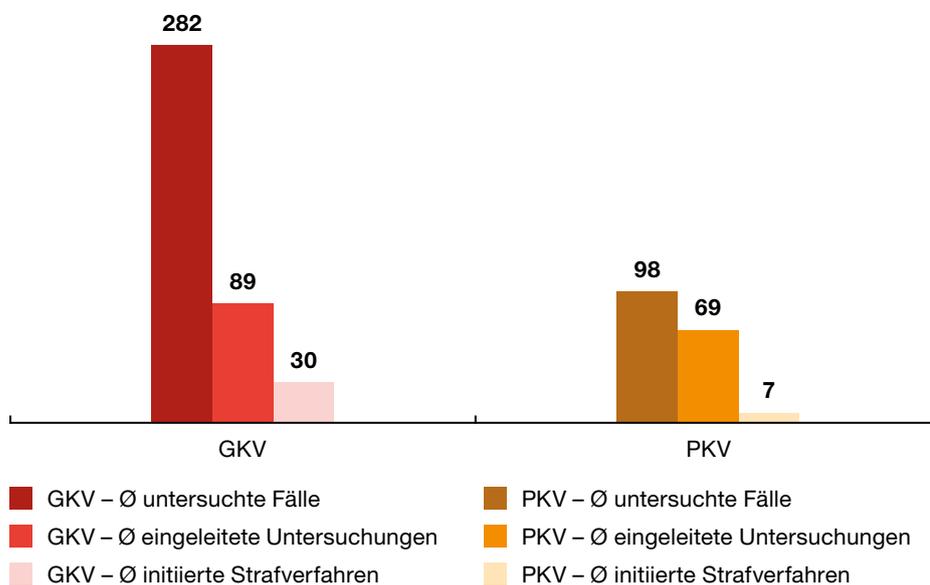
Angesichts der Bedeutung von Strafanzeigen bei der Verfolgung von Abrechnungsbetrug interessierte uns, wie konsequent bei untersuchten Fällen Strafanzeige erstattet wurde. Daher fragten wir nach der Anzahl der im Jahr zuvor initiierten Strafverfahren:

Abb. 16 Anzahl initiiertes Strafverfahren



Während aktuell von der großen Mehrheit der PKV (92 %) zwischen einem und zehn Strafverfahren im Jahr zuvor initiiert worden waren, war das Ergebnis bei den GKV differenzierter: 42 % von ihnen initiierten zwar ebenfalls nur ein bis zehn Strafverfahren, 16 % erstatteten aber immerhin mehr als 100 Strafanzeigen.

Abb. 17 Durchschnittliche Anzahl der aufgedeckten Betrugsfälle, der verfolgten Fälle sowie der initiierten Strafverfahren im letzten Jahr



Wie erwartet lag sowohl bei den GKV als auch bei den PKV die Anzahl der untersuchten Fälle bzw. der bekannt gewordenen Betrugsfälle aktuell über der Anzahl der zur Anzeige gebrachten Fälle. Die Gründe für diese Diskrepanzen sind uns nicht im Einzelnen bekannt. Folgende Faktoren können dabei aber eine Rolle spielen:

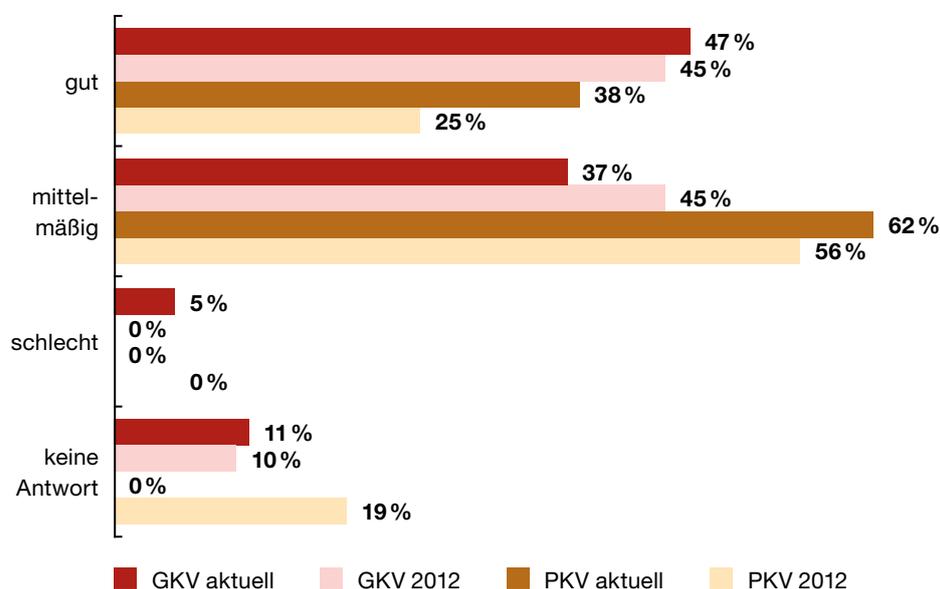
- Nicht jeder untersuchte Fall führt zur Aufdeckung einer Straftat.
- Tendenz zu Großverfahren: In diesen Fällen sind die entsprechenden Ermittlungsverfahren zum Zeitpunkt der Benachrichtigung bzw. Informationsanfrage bei den GKV bzw. PKV bereits anhängig. Es bedarf somit nicht mehr der Erstattung einer Strafanzeige, um die Behörden in Kenntnis zu setzen.
- Kosten-Nutzen-Erwägungen: Wie bereits in Kapitel E dargestellt, werden nicht alle eingehenden Hinweise von den GKV bzw. PKV verfolgt. Für derartige Entscheidungen könnten die mit der Strafverfolgung verbundenen Kosten, der erwartete Nutzen oder befürchtete negative Darstellungen des eigenen Hauses in der Presse (z. B. öffentlich diskutierte mögliche Mitschuld der Institution) maßgeblich sein. Unterbleibt die Verfolgung von Hinweisen, kann unserer Erfahrung nach aufgrund fehlender Informationen zum vermeintlichen Tathergang und möglicher Schäden im Nachgang keine erfolgversprechende Strafanzeige gestellt werden. Obgleich dieses Verhalten für uns durchaus nachvollziehbar ist, setzen die GKV und PKV damit ein fatales Zeichen gegenüber (potenziellen) Tätern.

Die bei der Zusammenarbeit mit den Strafverfolgungsbehörden bereits gemachten Erfahrungen sind für das Pro und Kontra der Erstattung von Strafanzeigen ebenfalls maßgeblich. Deshalb haben wir die Studienteilnehmer auch danach befragt.

Bearbeitung strafrechtlicher Verfahren überwiegend als unzulänglich beurteilt

Etwas mehr als die Hälfte der PKV (62 %) und etwas weniger als die Hälfte der GKV (42 %), die auf diese Frage antworteten, beurteilten die Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft als mittelmäßig bis schlecht. Gegenüber der Studie von 2012 hat sich der Anteil der GKV und PKV, die gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit gemacht haben, erhöht. Von den PKV beurteilten in der aktuellen Befragung fast doppelt so viele wie bei den GKV die Zusammenarbeit als mittelmäßig. Interessanterweise beurteilten die GKV und PKV aktuell die Fachkompetenz, Motivation, Verfahrensdauer sowie Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft ähnlich. Unseres Erachtens deutet dies auf sehr heterogene Erfahrungen innerhalb der Krankenversicherungslandschaft mit den Strafverfolgungsbehörden hin.

Abb. 18 Generelle Beurteilung der Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft



Stärkste Kritikpunkte sind die lange Verfahrensdauer (jeweils alle die Frage beantwortenden PKV und GKV), gefolgt von mangelnder Fachkompetenz (PKV: 77 %, GKV: 74 %).

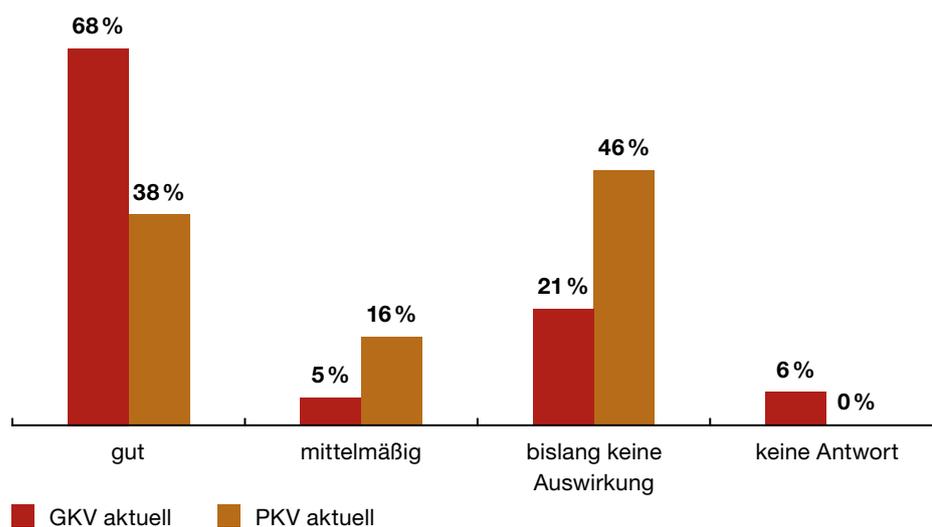
Die Dauer eines Ermittlungsverfahrens hängt im Wesentlichen vom Umfang der Ermittlungen, also der Komplexität der Tatvorwürfe, aber auch von den personellen Kapazitäten sowie der Mitwirkungsbereitschaft Dritter ab. Abgesehen von der seit Jahren immer wieder viel und auch medienwirksam⁵² diskutierten chronischen Überlastung der Justizbehörden im Bereich „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ besteht zudem ein Kausalzusammenhang zwischen der langen Verfahrensdauer und mangelnder Fachkompetenz. Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens können – gerade aufgrund des äußerst vielschichtigen Sozialversicherungsrechts sowie der dynamischen Entwicklung des Gesundheitswesens selbst – durchaus als Spezialmaterie bezeichnet werden.⁵³ Die Erfahrung zeigt, dass eine wirksame Bekämpfung von Straftaten nur dann gelingen kann, wenn die Strafverfolgungsbehörden selbst neben den erforderlichen personellen Kapazitäten gleichermaßen über das notwendige Know-how in den jeweiligen Sonderbereichen verfügen. Daher werten wir die Ergebnisse unserer Studie als Hinweis seitens der GKV und PKV auf einen bei den Ermittlungsbehörden diesbezüglich bestehenden Handlungsbedarf.

Leicht verbesserte Verfolgung von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen seitens der Behörden

Die Forderungen nach effektivem Handeln aufseiten der Ermittlungsbehörden oder des Gesetzgebers gegen Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen sind nicht neu. Daher wollten wir herausfinden, wie sich die seit unserer letzten Studie vorgenommenen Veränderungen aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungen ausgewirkt haben.

Seit 2016 wurden zur Bündelung der jeweiligen Fachkompetenz entsprechend spezialisierte Einheiten bei den Staatsanwaltschaften eingerichtet.⁵⁴ Bislang existieren in fünf Bundesländern Schwerpunktstaatsanwaltschaften für das Gesundheitswesen: in Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Thüringen.⁵⁵ Daneben wurden etwa ein Dutzend Sonderdezernate zur Verfolgung von Straftaten im Gesundheitswesen eingerichtet. Diese Dezernate sind jedoch in der Regel lediglich Teil der Wirtschaftsabteilung, sodass eine stark ausgeprägte Spezialisierung und Expertise im Gesundheitswesen erfahrungsgemäß eher unwahrscheinlich sind.

Abb. 19 Auswirkung der Einführung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften



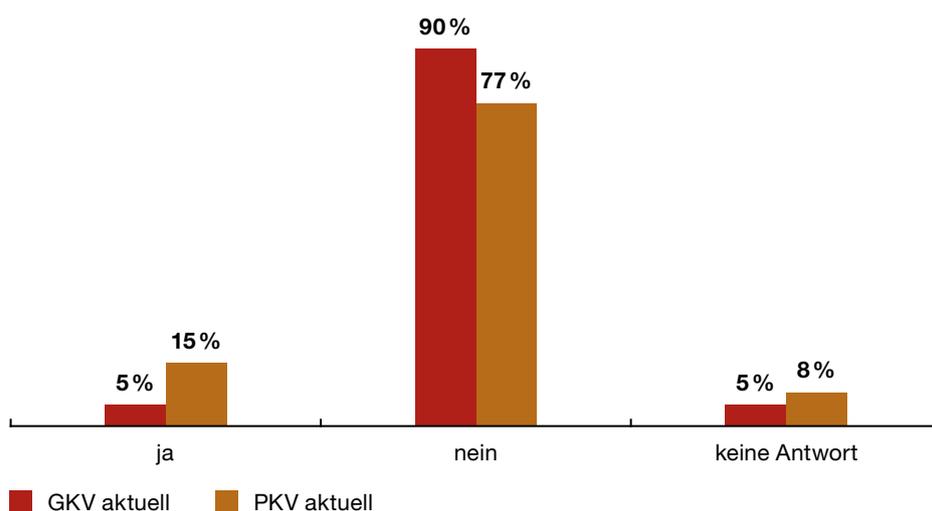
Zu unserer Überraschung bewerteten die gesetzlichen Krankenkassen die Einführung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften viel häufiger (68 %) als positiv als die privaten Krankenversicherungen (38 %).

Auch wenn die Einführung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften sicherlich ein Schritt in die richtige Richtung ist, kann aktuell lediglich von einem „Flickenteppich“⁵⁶ an spezialisierten Staatsanwaltschaften gesprochen werden. Bei den für die Aufklärung ebenfalls dringend erforderlichen und auf diesem Fachgebiet gut ausgebildeten Polizeieinheiten hat sich noch weniger getan. Aufgrund dieser bislang äußerst begrenzten Fachkompetenz bei den staatlichen Institutionen sind aus unserer Sicht die Auswirkungen der Tätigkeit der Schwerpunktstaatsanwaltschaften derzeit noch nicht vollumfänglich sichtbar. Rund zwei Drittel der GKV und rund ein Drittel der PKV beobachteten hier positive Auswirkungen.

Allerdings schätzten immerhin fast ein Drittel aller GKV und mehr als die Hälfte aller PKV die Auswirkungen als mittelmäßig bzw. nicht erkennbar ein. Es bleibt aus unserer Sicht zu hoffen, dass Politik und Gesetzgeber den mit der Kriminalität im Gesundheitswesen verbundenen massiven finanziellen Belastungen künftig konsequenter entgegenzutreten und die richtigen Weichen für eine stringente und effektive Bekämpfung stellen werden.

Unabhängig von der Aufstellung der Strafverfolgungsbehörden wurden 2016 als Reaktion auf den Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) in Karlsruhe im sogenannten Ratiopharm-Prozess⁵⁷, laut dem niedergelassene Vertragsärzte aufgrund der zum Zeitpunkt des Beschlusserlasses geltenden Rechtslage nicht wegen Bestechlichkeit strafbar sein konnten, zwei neue gesetzliche Straftatbestände, namentlich Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§§ 299a und 299b StGB), eingeführt.⁵⁸ Uns interessierte in der aktuellen Befragung, ob diese gesetzliche Neuregelung für die GKV und PKV Auswirkungen hatte.

Abb. 20 Anstieg der bekannt gewordenen Fälle durch Einführung der §§ 299a und 299b StGB



Sowohl die GKV als auch die PKV sehen mehrheitlich keine Auswirkung der beiden Korruptionsstrafatbestände. Dies lässt sich bei den GKV möglicherweise dadurch erklären, dass auch schon vor Einführung der §§ 299a und 299b StGB Verstöße gegen die sozialgesetzlichen Verbote gemäß § 128 Abs. 2, 5b und 6 SGB V geltend gemacht werden konnten. Die neuen Straftatbestände erleichtern allerdings den Nachweis und die angemessene Ahndung,⁵⁹ führen aber per Saldo nicht zu einer größeren Anzahl an Fällen.



G Prävention und Compliance

Im Rahmen unserer Studie interessierte uns, welche Maßnahmen zur Prävention, Aufdeckung und Verfolgung von Abrechnungsbetrug bei den GKV und PKV im Einsatz sind.

Zusammenfassend ergaben sich zu den bestehenden Maßnahmen aus unserer Studie folgende Erkenntnisse:

Spezialisierte Stellen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug setzen sich als Standard durch

Bei den privaten Krankenversicherungen hat sich nach unseren Erkenntnissen, analog zu den gesetzlichen Vorgaben für die GKV, die Einrichtung spezialisierter Stellen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug als Standard etabliert.

Die personelle Ausstattung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hat sich sowohl bei den GKV als auch den PKV verbessert. Wir werten das als Indiz dafür, dass Abrechnungsbetrug mehr Aufmerksamkeit erfährt und intensiver bekämpft wird. Unsere aktuelle Studie zeigt aber auch, dass die Anzahl der GKV, die Hinweise immer konsequent verfolgen, im Vergleich zu 2012 signifikant gesunken ist: von 73 % auf 53 %.

Implementierte Maßnahmen zur Betrugsbekämpfung konzentrieren sich auf Hinweise von Dritten

Bei den GKV gehören aktuell der Austausch mit anderen Kassen und Verbänden sowie anlassbezogene Abrechnungsprüfungen zu den am häufigsten genannten implementierten Kontrollmaßnahmen zur Betrugsbekämpfung. Auch die PKV nannten anlassbezogene Abrechnungsprüfungen mit am häufigsten. Diese Maßnahmen zielen – passend zu den am häufigsten genannten Entdeckungswegen – überwiegend darauf ab, bereits von Dritten⁶⁰ aufgedeckte potenzielle Fälle bzw. Betrugsmuster in der eigenen Organisation zu verfolgen. Proaktiv Maßnahmen zu ergreifen, aus denen sich eigene neue Hinweise auf bislang nicht durch Dritte aufgedeckte neue Fälle ergeben können, scheinen nicht im primären Fokus zu stehen, insbesondere nicht bei den GKV. Dies könnte ein Hinweis auf Defizite bei den implementierten Maßnahmen sein.

1 Spezialisierte Organisationseinheiten zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug

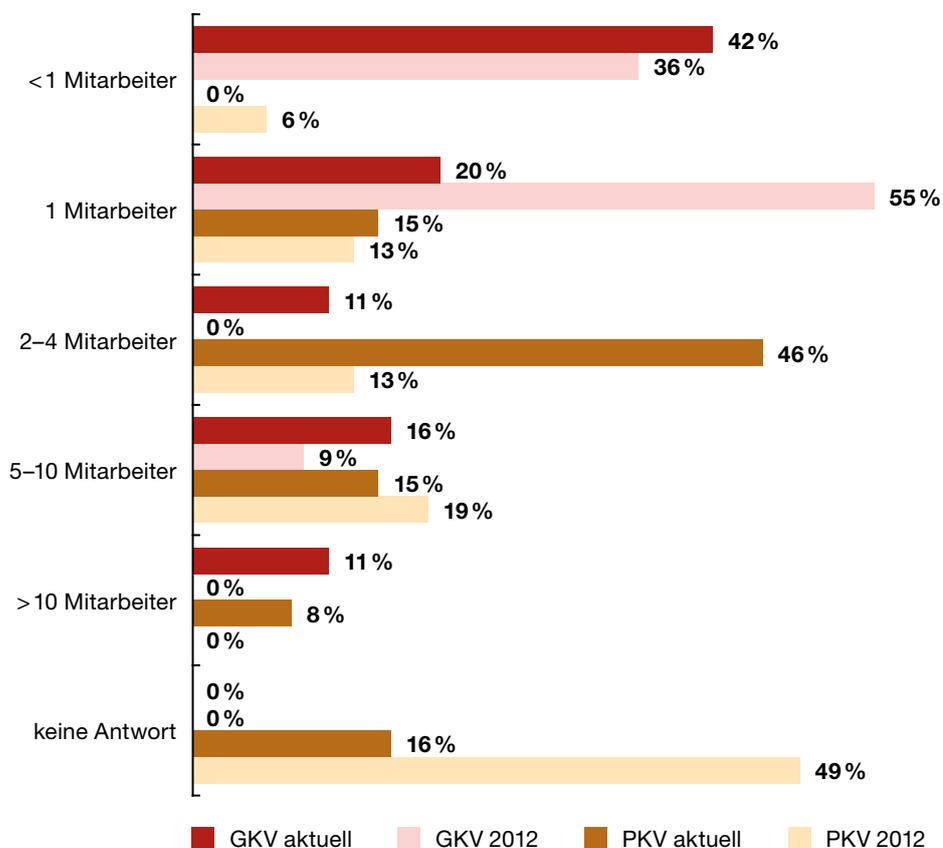
Schutz vor Abrechnungsbetrug erfordert neben Maßnahmen zur Identifizierung und Verfolgung von Fehlverhalten auch Präventionsmaßnahmen. Innerhalb dieses Maßnahmenbündels stellen spezialisierte Organisationseinheiten wegen des erforderlichen Spezialwissens zu Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen ein wesentliches Element dar. Daher fragten wir nach deren Verbreitung und personeller Ausstattung.

Etablierung von Stellen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug branchenweit als Standard

Der Gesetzgeber verpflichtete bereits im Jahr 2004 gemäß § 197a SGB V die GKV, eine Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten. So verfügten alle von uns befragten GKV im Jahr 2012 wie auch aktuell über eine solche Stelle.

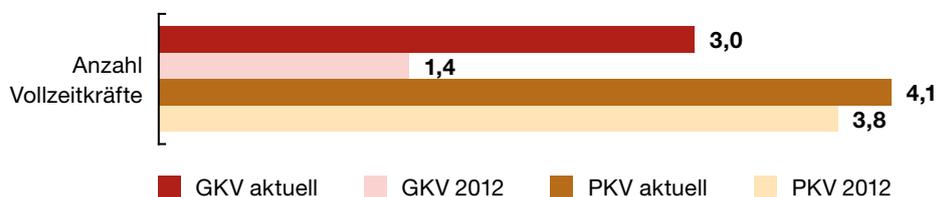
Obwohl diese Verpflichtung für die PKV nicht besteht, nimmt die Anzahl der PKV, die eine auf Betrugsbekämpfung spezialisierte Organisationseinheit einrichten, stetig zu. In unserer aktuellen Befragung hatten 85 % der PKV (2012: 44 %) entsprechende Stellen eingerichtet und die Hälfte der Gesellschaften ohne Betrugsbekämpfungsstelle plant deren Einrichtung im nächsten Jahr. Die auf Betrugsbekämpfung spezialisierten Organisationseinheiten etablierten sich damit als branchenweiter Standard.

Abb. 21 Anzahl der Mitarbeiter in der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten



Im Vergleich zu unserer Befragung von 2012 hat sich die personelle Ausstattung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den GKV verbessert. Während im Jahr 2012 von den teilnehmenden GKV durchschnittlich etwa 1,4 Vollzeitkräfte in den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beschäftigt wurden, waren es in unserer aktuellen Befragung circa 3,0 Vollzeitkräfte.

Abb. 22 Durchschnittliche Anzahl der in den Stellen zur Betrugsbekämpfung beschäftigten Vollzeitkräfte



Aktuell beschäftigen 42 % der gesetzlichen Krankenkassen bis zu einer Vollzeitkraft in der Stelle zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug. Dabei handelte es sich bis auf eine Ausnahme um kleinere GKV mit weniger als 350.000 Mitgliedern. Aus unserer Sicht dürfte, auch wenn bei diesen Kassen mit keiner hohen Anzahl an Hinweisen zu rechnen ist, eine wirksame Betrugsbekämpfung mit dieser personellen Ausstattung nur in sehr begrenztem Umfang möglich sein. Alle anderen GKV gaben an, mehr Vollzeitkräfte in der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten zu beschäftigen: Bei 27 % der befragten GKV waren es mehr als fünf Mitarbeiter. Erwartungsgemäß handelte es sich dabei um größere GKV mit über einer Million Mitgliedern. Interessanterweise gaben alle gesetzlichen Krankenkassen mit mehr als fünf in der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten beschäftigten Mitarbeitern an, bei ihnen seien mehr als 100 Betrugsfälle im Jahr zuvor aufgetreten. Dieser hohe Wert dürfte nicht nur auf die Größe dieser GKV zurückzuführen sein, sondern auch auf die umfassenderen Aktivitäten ihrer Betrugsbekämpfungsstellen.

69 % der PKV beschäftigten aktuell mehr als zwei Vollzeitkräfte in den Stellen zur Betrugsbekämpfung. Eine Korrelation zwischen der Versichertenzahl und der Zahl der Mitarbeiter in den Stellen war nicht erkennbar. Im Verhältnis zu den Studienergebnissen von 2012 erhöhte sich die durchschnittliche personelle Ausstattung bei den PKV von 3,8 Vollzeitkräften nur geringfügig auf aktuell 4,1 Vollzeitkräfte, auch wenn sich innerhalb der Größenklassen Verschiebungen ergaben. Interessanterweise waren bei den PKV mit mehr als fünf Beschäftigten in der Stelle zur Betrugsbekämpfung, unabhängig von der Größe der Versicherung, im Jahr zuvor jeweils mehr als 100 Betrugsfälle bekannt geworden. Hier zeigt sich unseres Erachtens wie bei den GKV, dass vermehrte Aktivitäten zu einer höheren Anzahl aufgedeckter Betrugsfälle führen.

Bei den GKV Aufbau zusätzlicher personeller Ressourcen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug außerhalb der Kassen und intensivierte Zusammenarbeit

Bei der Beurteilung der personellen Ressourcen der GKV sollte nicht ausschließlich auf die Anzahl der Mitarbeiter in den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen abgestellt werden. Aus unserer Wahrnehmung heraus sollte auch die in den letzten Jahren verstärkte Zusammenarbeit der GKV untereinander bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Teilweise wurden hierfür personelle Ressourcen außerhalb der GKV aufgebaut. Einige gesetzliche Krankenkassen nehmen diese Aufgabe auch für andere Kassen wahr. Angepasste rechtliche Vorgaben begünstigten diese Entwicklung.^{61,62}

So wurden etwa neben Arbeitsgemeinschaften und runden Tischen auch kassenübergreifende Prüfgruppen eingerichtet.⁶³ 22 Betriebskrankenkassen mit rund 2,4 Millionen Versicherten bündeln unter anderem in der Argab ihre Aktivitäten zur Bekämpfung von Fehlverhalten. Sie beschäftigen dort sieben Vollzeitkräfte.⁶⁴ Die GKV arbeiten bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug auch vermehrt auf Bundeslandebene zusammen. So vereinbarten sie zum Beispiel, ab dem Jahr 2019 gemeinsam in Sachsen gegen Abrechnungsbetrug vorzugehen. In Sachsen übernehmen einzelne gesetzliche Kranken- und Pflegekassen federführend für nahezu alle GKV einzelne Aufgaben.⁶⁵ In Thüringen bestehen seit 2020 ähnliche Vereinbarungen.⁶⁶

Eine analoge Zusammenarbeit mehrerer PKV bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug ist aufgrund datenschutzrechtlicher Restriktionen beim Austausch personenbezogener Daten nicht möglich (siehe Kapitel E).

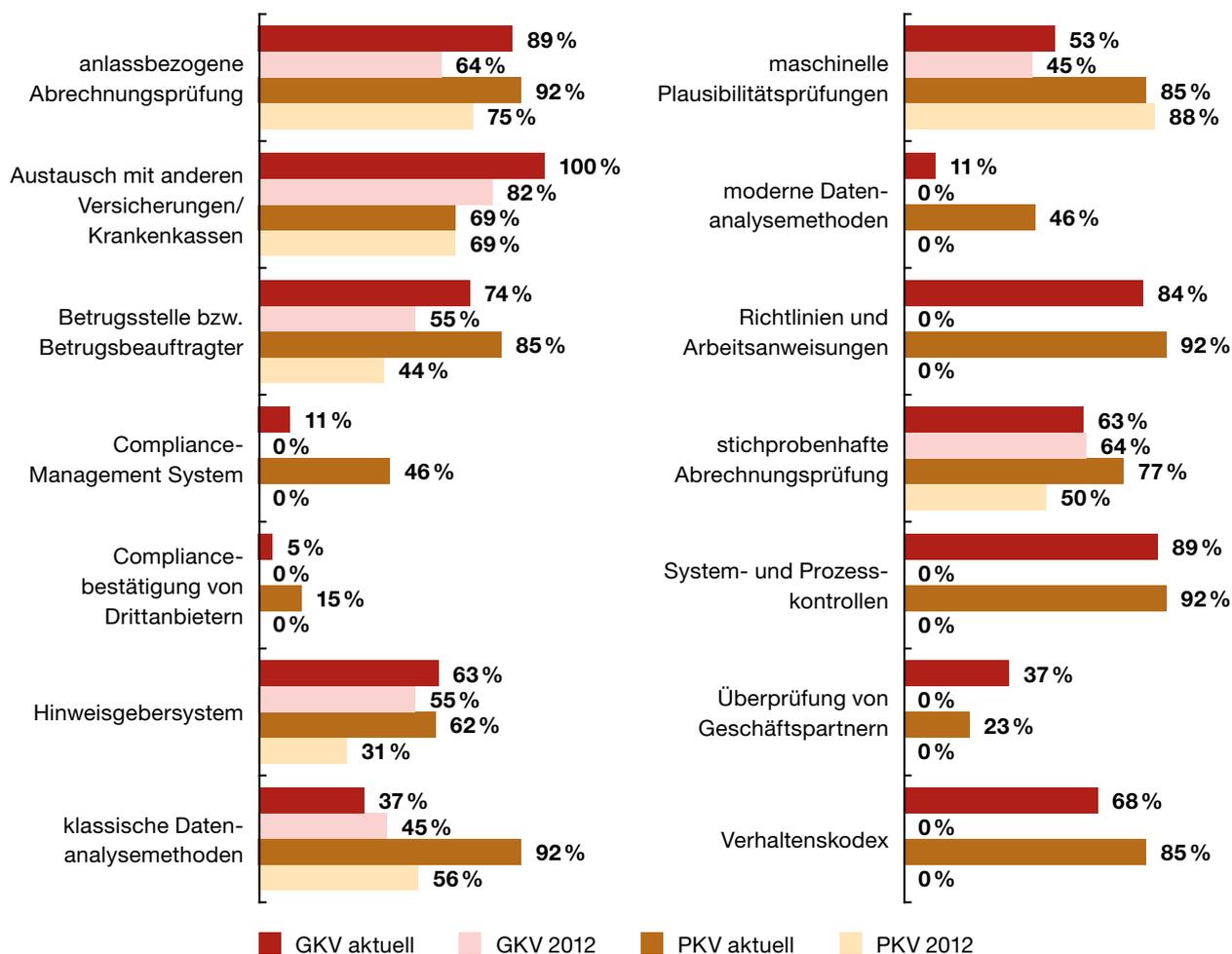
Trotz verbesserter Personalausstattung bei den GKV möglicherweise personelle Engpässe

Wie in Kapitel C dargestellt, hat sich bei den GKV die Anzahl der durchschnittlich je Kasse bekannt gewordenen Betrugsfälle versechsfacht. Die durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter in den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hat sich dort hingegen nur in etwa verdoppelt (siehe Kapitel G.1). Zugleich ergab unsere Studie eine rückläufige Anzahl der GKV, die konsequent immer Hinweise verfolgen (aktuell: 53 %; 2012: 73 %). Dieser Umstand könnte auf mögliche personelle Engpässe bei den GKV hinweisen.

2 Implementierte Kontrollmaßnahmen zur Betrugsbekämpfung

Mit Blick auf die Änderungen der Rahmenbedingungen in den letzten Jahren (siehe Kapitel B) wollten wir untersuchen, ob und wie sich diese auf das Spektrum der bei den GKV und PKV eingesetzten Maßnahmen zur Betrugsbekämpfung ausgewirkt haben. Dabei haben wir berücksichtigt, dass es heute aufgrund vielfältiger Weiterentwicklungen – überwiegend im technischen Bereich sowie im Governance-Bereich von Organisationen – im Vergleich zu 2012 ein größeres Spektrum an Maßnahmen gibt.

Abb. 23 Implementierte Kontrollmaßnahmen zur Betrugsbekämpfung



In der aktuellen Befragung zu den implementierten Maßnahmen wurden zur genaueren Erfassung zusätzliche Maßnahmen in die Befragung aufgenommen (Compliance-Management System, Compliancebestätigung von Drittanbietern, moderne Datenanalysemethoden, Richtlinien und Arbeitsanweisungen, System- und Prozesskontrollen, Überprüfung von Geschäftspartnern sowie Verhaltenskodex). Diese Kontrollmaßnahmen waren im Jahr 2012 nicht abgefragt worden. Entsprechend werden in der Abbildung für diese Kontrollmaßnahmen keine Vergleichswerte für das Jahr 2012 ausgewiesen.

Insgesamt zeigen die Antworten, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen aus dem Gesamtspektrum möglicher Kontrollaktivitäten jeweils individuelle Maßnahmenpakete zusammengestellt haben. Bei den PKV wird dabei ein größeres Gewicht auf Maßnahmen gelegt, die mit dem internen Kontrollsystem (IKS) in Zusammenhang stehen. Das Hauptaugenmerk der GKV liegt hingegen auf Maßnahmen zur Erlangung und Verfolgung von Hinweisen von anderen Kassen.

Verbreitete IKS-bezogene Kontrollmaßnahmen mit Effizienzmängeln bei der Verfolgung von Abrechnungsbetrug

Richtlinien und Arbeitsanweisungen sowie System- und Prozesskontrollen waren laut aktueller Befragung nahezu bei allen teilnehmenden GKV und PKV vorhanden. Auch ein Verhaltenskodex war weitverbreitet. IKS-bezogene Kontrollmaßnahmen und sich daraus ergebende Hinweise auf Abrechnungsbetrug gehörten laut Befragung jedoch nicht zu den am häufigsten genannten Entdeckungswegen: Nur 37 % der GKV und 46 % PKV werteten das IKS aktuell als häufigen bzw. sehr häufigen Entdeckungsweg (siehe Kapitel E). Dies könnte ein Hinweis auf unzureichend funktionierende Maßnahmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und somit auf Optimierungspotenzial sein. Es ist auch anzunehmen, dass die IKS-bezogenen Kontrollmaßnahmen primär aus anderen, von der Betrugsbekämpfung unabhängigen Gründen – etwa zur internen Steuerung und Überwachung der eigenen Organisation – implementiert wurden und deshalb nur in begrenztem Umfang bei der externen Betrugsbekämpfung wirksam sind.

Fokus der implementierten Maßnahmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug liegt auf der Verfolgung von Hinweisen auf Betrugsfälle, die von Dritten stammen

Alle befragten GKV nannten den Austausch mit anderen Kassen bzw. Verbänden als wesentlichste Kontrollmaßnahme (aktuell: 100 %; 2012: 82 %). Bei den Entdeckungswegen waren Hinweise von anderen Kassen bzw. Verbänden neben Hinweisen von der Polizei mit Abstand die häufigste Quelle, aus der die GKV Kenntnis von potenziellen Betrugsfällen erhielten. Anlassbezogene Abrechnungsprüfungen waren bei den GKV und PKV eine weitere sehr weitverbreitete Kontrollmaßnahme.

Die Maßnahmen zielen – passend zu den häufigsten Entdeckungswegen – darauf ab, überwiegend von Dritten entdeckte potenzielle Betrugsfälle bzw. -muster in der eigenen Institution zu verfolgen. Maßnahmen zur Generierung eigener neuer Hinweise auf bislang nicht von anderen GKV, der Polizei oder der Staatsanwaltschaft aufgedeckte Sachverhalte scheinen nicht im primären Fokus zu stehen. Angesichts der Tendenz hin zu Großverfahren mit einer Vielzahl betroffener GKV und PKV⁶⁷ sowie den datenschutzrechtlichen Restriktionen für PKV beim Austausch personenbezogener Daten zum Zwecke der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug ist dies für uns einerseits nachvollziehbar. Andererseits zeigt dies, dass etliche Abrechnungsbetrugsfälle zuvor nicht durch die eigenen Kontrollmaßnahmen entdeckt wurden.

Signifikanter Vorsprung der PKV bei der Nutzung digitaler Chancen bei der Betrugsbekämpfung

Vor dem Hintergrund der seit dem Jahr 2012 rasant fortgeschrittenen Digitalisierung sind die Entwicklungen beim Einsatz IT-gestützter Kontroll- und Entdeckungsmaßnahmen bemerkenswert. Bei den PKV setzten aktuell wesentlich mehr Unternehmen klassische Datenanalysemethoden (92 %) ein als im Jahr 2012 (56 %). Etwa die Hälfte dieser PKV nutzte neben klassischen auch moderne Datenanalysemethoden. Maschinelle Abrechnungsprüfungen wurden von den PKV hingegen aktuell geringfügig seltener eingesetzt – wenn auch weiterhin auf hohem Niveau (aktuell: 85 %; 2012: 88 %). Die GKV wiesen bei diesen Maßnahmen im Verhältnis zu den PKV einen erheblichen Nachholbedarf auf. Maschinelle Plausibilitätsprüfungen setzten aktuell nur die Hälfte von ihnen ein, geringfügig mehr als 2012. Der Anteil der GKV, die klassische Datenanalysen einsetzten, war aktuell mit 37 % etwas geringer als im Jahr 2012 (45 %). Nur zwei GKV (aktuell: 11 %; 2012: 0 %) setzten moderne Datenanalysemethoden ein.

Ein Grund hierfür könnte die Scheu vor Investitionen in neue Technologien sein, insbesondere für moderne Datenanalysemethoden. Ein anderer Grund könnte aber auch das Ergebnis veränderter Rahmenbedingungen, etwa durch Prüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Gemeinsamen Prüfungsstellen bzw. des MDK im Vorfeld aussortierter Auffälligkeiten oder beschränkter Prüfrechte, sein. Als deren Folge könnten die GKV einen geringeren Bedarf an derartigen Maßnahmen im eigenen Hause sehen.

So wurde zum Beispiel

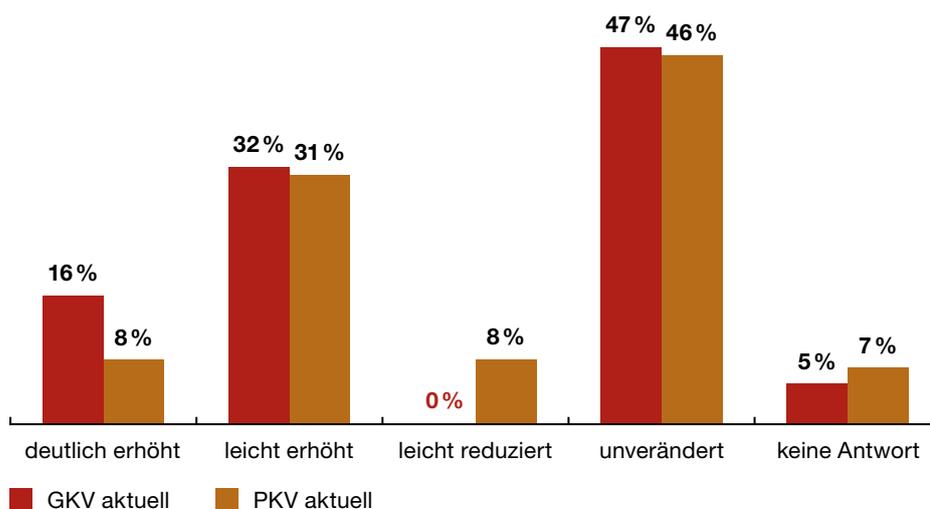
- durch das Versorgungsstärkungsgesetz die vorgelagerte Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen im ambulanten Bereich ab dem Jahr 2017 für die GKV überwiegend auf die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsamen Prüfungsstellen übertragen,⁶⁸
- von dem MDK seit 2016 ein sogenanntes Screening-Verfahren (§ 114 SGB XI) unter anderem zur Identifizierung von Hinweisen auf berechnete, aber nicht erbrachte Leistungen im Pflegebereich zusammen mit dem GKV-SV und den GKV-Kassenverbänden entwickelt⁶⁹ und
- durch das MDK-Reformgesetz in Verbindung mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz ab 1. Januar 2020 der Prüfungsumfang der GKV bei Krankenhäusern auf 5 % der im Quartal eingegangenen Rechnungen limitiert.⁷⁰

Die aktuell bei den GKV eingesetzten Kontrollverfahren legen unabhängig davon nahe, dass die Potenziale der Digitalisierung größtenteils ungenutzt sind und somit erhebliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten bestehen.

3 Entwicklung der Ausgaben für Betrugsbekämpfung

Die Ausgaben für Betrugsbekämpfung sind aus unserer Sicht ein weiterer Indikator zur Beurteilung der bestehenden Betrugsbekämpfungsmaßnahmen und deren Wirksamkeit. Daher fragten wir nach der Entwicklung der Ausgaben für die Betrugsbekämpfung in den letzten fünf Jahren und der künftig geplanten Entwicklung.

Abb. 24 Entwicklung der Ausgaben für Betrugsbekämpfung in den letzten fünf Jahren



Etwa bei der Hälfte der befragten GKV haben sich die Ausgaben für Betrugsbekämpfung in den letzten fünf Jahren nicht verändert. Bei der anderen Hälfte sind sie leicht bis deutlich gestiegen (deutliche Erhöhung: 16%). Die Ausgabenentwicklung passt nur teilweise zu der deutlich gestiegenen Anzahl aufgetretener Betrugsfälle (siehe Kapitel C). Sie könnte aber eine Erklärung dafür sein, dass Betrugsfälle im Vergleich zu 2012 seltener verfolgt werden (siehe Kapitel E). Angesichts der steigenden Anzahl der Hinweise auf Betrug bei unverändertem oder nur leicht gestiegenem Budget haben sich möglicherweise manche der Kassen entschieden, nicht alle, sondern nur ausgewählte aussichtsreiche Fälle zu verfolgen. Bei den PKV bot sich bei der Entwicklung der Ausgaben in den letzten fünf Jahren ein mit den GKV vergleichbares Bild, wobei eine PKV ihre Ausgaben leicht reduziert hatte. Bei den PKV war die durchschnittliche Anzahl der bekannt gewordenen Betrugsfälle je PKV allerdings auch von 135 im Jahr 2012 auf aktuell 98 zurückgegangen.

Uns interessierte auch, ob Einspar- oder Rückholquoten zur Effizienz- und Kostensteuerung eingesetzt werden. Die Entwicklung der Ausgaben für Maßnahmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in den letzten fünf Jahren hängt unseres Erachtens nicht mit Vorgaben zu Einspar- oder Rückholquoten für die Betrugsbekämpfung zusammen. Derartige Quoten waren in der aktuellen Befragung, wie bereits im Jahr 2012, relativ wenig verbreitet (PKV: aktuell 23%, 2012 25%; GKV: aktuell 5%, 2012 0%). Von den GKV bzw. PKV mit Einspar- und Rückholquoten wurden bei der Hälfte die Ausgaben für die Betrugsbekämpfung in den letzten fünf Jahren unverändert beibehalten, während diese sich bei der anderen Hälfte leicht erhöht hatten. Bei allen GKV bzw. PKV mit Einspar- und Rückholquoten handelte es sich tendenziell um größere Organisationen, bei denen jeweils mehr als 100 Betrugsfälle im Jahr zuvor bekannt und untersucht wurden.



H Weiterentwicklungen im Kampf gegen Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

Maßnahmen und Systeme zur Aufdeckung, Verfolgung und Prävention von Abrechnungsbetrug erfordern eine stete Weiterentwicklung aufgrund von Veränderungen und Entwicklungen im gesellschaftlichen, technischen und wirtschaftlichen Umfeld (siehe Kapitel B). Insbesondere die weiterhin sehr hoch eingeschätzte Dunkelziffer der Fälle von Abrechnungsbetrug (siehe Kapitel C) bei vergleichsweise wenigen verfolgten und aufgeklärten Fällen (siehe Kapitel E) machen es aus unserer Sicht erforderlich, die bisher eingeführten Maßnahmen und Systeme kontinuierlich zu verbessern. Was diesen Weiterentwicklungen entgegensteht, sind unserer Erfahrung nach nicht selten Kosten-Nutzen-Überlegungen.

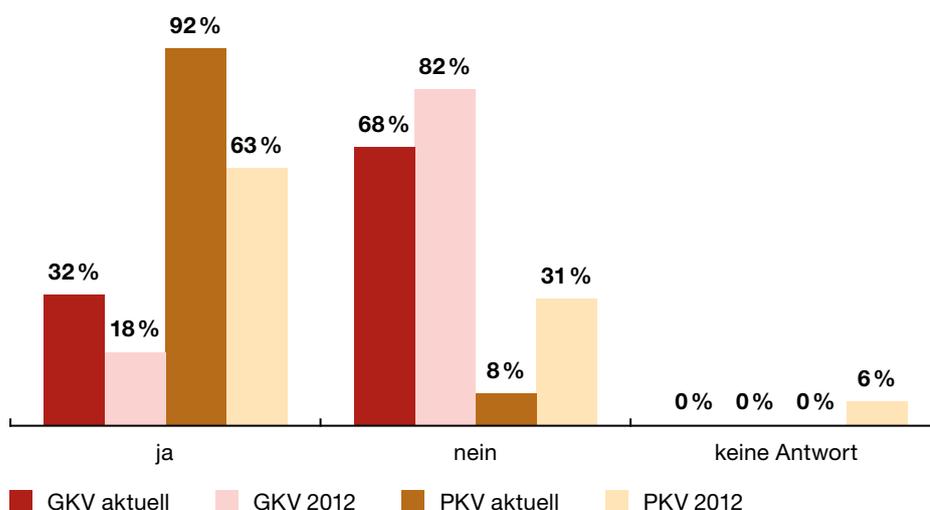
Aus forensischer Sicht dürften zusätzliche und verbesserte Aktivitäten zur Betrugsbekämpfung zunächst im Sinne des Kontrollparadoxons dazu führen, mehr Betrugsfälle aufzudecken, also das Hellfeld zu erweitern. Dies kann zu genaueren Erkenntnissen über Betrugsmuster und Täter sowie zur Entwicklung gezielter und effizienterer Aufdeckungs- und Präventionsmaßnahmen führen. Mittelfristig dürfte dies zu sinkenden tatsächlichen Fallzahlen führen. Eine kritische Analyse des bislang eingesetzten Instrumentariums zur Betrugs-erkennung, Verfolgung und Prävention bildet eine gute Ausgangsbasis, um bei der Weiterentwicklung gezielt Schwachstellen auszuräumen.

Mit Blick auf diesen Aspekt interessierte uns, ob die GKV und PKV ihre vorhandenen Maßnahmen und Systeme zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug weiterentwickeln wollten und wenn ja, in welchen Bereichen.

Zögern bei der Weiterentwicklung von Maßnahmen zur umfassenden Betrugsbekämpfung, insbesondere bei den GKV

Uns überraschten die erheblichen Unterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen. Aktuell planen nur 32 % der GKV die Einführung neuer bzw. die Weiterentwicklung bestehender Maßnahmen. Dagegen wollen nahezu alle befragten PKV neue Maßnahmen zur Intensivierung des Kampfes gegen Abrechnungsbetrug einführen bzw. vorhandene ausbauen.

Abb. 25 Planung weiterer künftiger Maßnahmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug

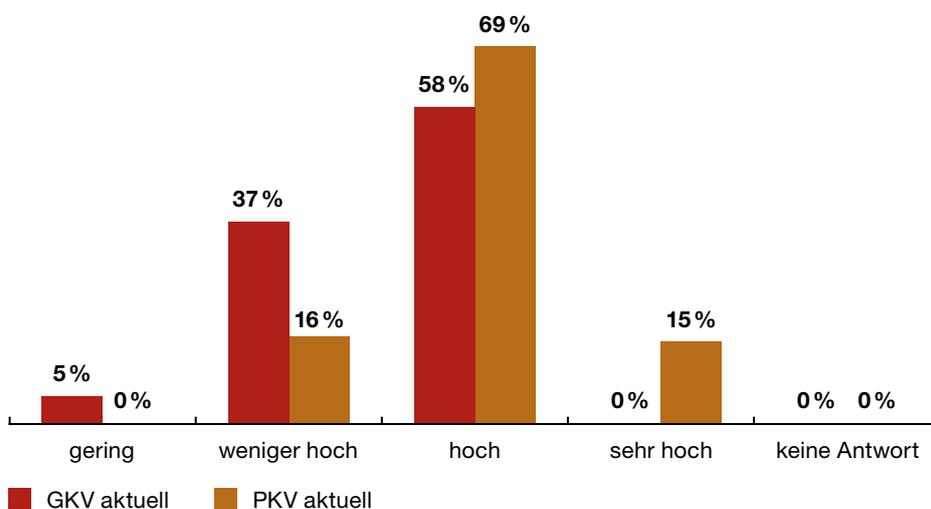


Um die Antworten besser einschätzen zu können, fragten wir außerdem nach der Einschätzung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen. Sofern bestehende Präventionsmaßnahmen als wirksam eingeschätzt werden, besteht unserer Erfahrung nach kein bzw. nur ein geringer Anreiz, bestehende Systeme zu optimieren.

Trügerische Sicherheit aufgrund von überwiegend als wirksam eingeschätzten Präventionsmaßnahmen

Vor dem Hintergrund des deutlich größer eingeschätzten Dunkelfelds (siehe Kapitel C) überraschten uns die Antworten der aktuellen Umfrage. 58 % der GKV und sogar 84 % der PKV schätzten die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen als hoch bzw. sehr hoch ein. Dass die PKV die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen wesentlich besser beurteilten als die GKV, zugleich aber wesentlich häufiger Maßnahmen zu deren Weiterentwicklung planen, kann aus unserer Sicht nicht erklären, warum der Anteil der GKV, die weitere Maßnahmen zur Betrugsbekämpfung planen, mit 32 % so gering ausfiel.

Abb. 26 Einschätzung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen

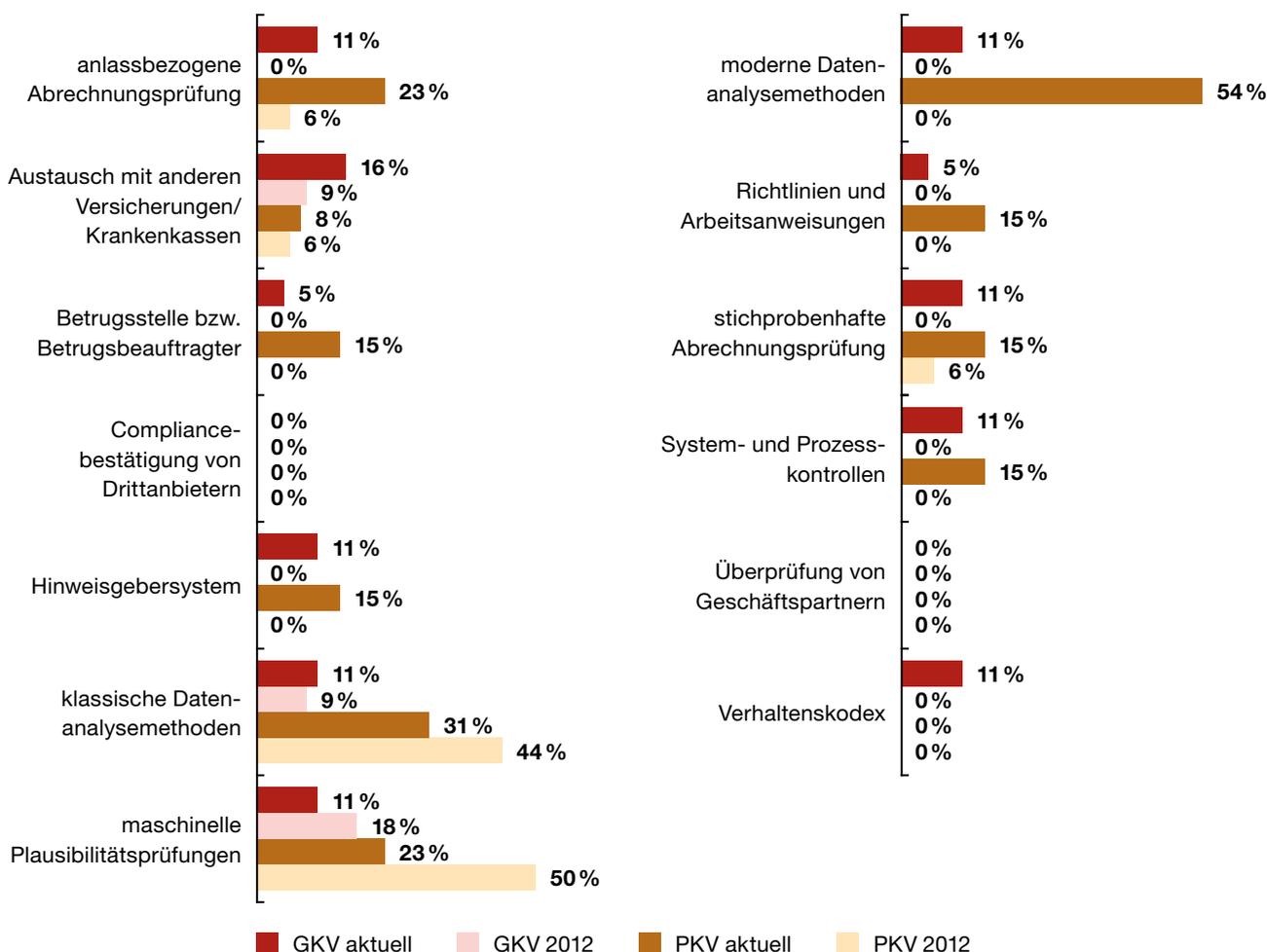


Überwiegend als wirksam eingeschätzte Präventionsmaßnahmen bei einem gleichzeitig als sehr groß eingeschätzten Dunkelfeld nicht aufgedeckter Fälle von Abrechnungsbetrug stehen im Widerspruch. Möglicherweise wird die Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen von den gesetzlichen Krankenkassen bzw. privaten Krankenversicherungen erheblich überschätzt. Vielleicht sind aber auch bestimmte, unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten gut funktionierende, Präventionsmaßnahmen nur auf einen Teil des Spektrums an möglichen Betrugsfällen zugeschnitten.

PKV planen umfangreichere Weiterentwicklungen als die GKV

Gesetzliche Krankenkassen, die aktuell zusätzliche Maßnahmen planen, haben bis zu drei Maßnahmen vorgesehen – nur bei einer Kasse waren es fünf Maßnahmen. Genannt wurde neben dem Austausch mit anderen GKV (16 %) unter anderem die Einführung klassischer (11 %) und moderner (11 %) Datenanalysemethoden. Weitere Planungen betreffen Maßnahmen zur Stärkung des IKS wie System- und Prozesskontrollen, maschinelle Plausibilitätsprüfungen und die Einführung eines Hinweisgebersystems.

Abb. 27 Geplante Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug



In der aktuellen Befragung wurden zur genaueren Erfassung zusätzlich geplante Maßnahmen in die Befragung aufgenommen (Compliancebestätigung von Drittanbietern, moderne Datenanalysemethoden, Richtlinien und Arbeitsanweisungen, System- und Prozesskontrollen, Überprüfung von Geschäftspartnern sowie Verhaltenskodex). Diese wurden im Jahr 2012 nicht abgefragt. Entsprechend werden für diese Maßnahmen in der Abbildung keine Vergleichswerte für das Jahr 2012 ausgewiesen. Sofern eine Maßnahme von den PKV/GKV gar nicht benannt wurde, werden ebenfalls in der Abbildung keine Werte ausgewiesen.

Die PKV sahen deutlich mehr Maßnahmen vor: zwischen einer und neun, wobei 75 % der PKV ebenfalls maximal drei Maßnahmen planten. Der Schwerpunkt der geplanten Maßnahmen lag hier auf digitalen Ansätzen. Etwa die Hälfte der PKV beabsichtigen, Datenanalysemethoden einzuführen, wobei es bei 54 % mehrheitlich moderne Datenanalysemethoden sein sollen. Das Spektrum weiterer vorgesehener Maßnahmen war ähnlich breit wie bei den GKV. Auch die PKV möchten Maßnahmen zur Verbesserung des IKS einführen, zum Beispiel maschinelle Plausibilitätsprüfungen, System- und Prozesskontrollen, stichprobenhafte Abrechnungsprüfungen oder die Einführung einer Betrugsbekämpfungsstelle.

Verwundert hat uns sowohl bei den privaten Krankenversicherungen als auch bei den gesetzlichen Krankenkassen die Vielzahl der geplanten Maßnahmen zur Stärkung des IKS. Wie in Kapitel G.2 dargestellt, verfügten die PKV und GKV nach eigenen Angaben bereits über zahlreiche IKS-bezogene Maßnahmen zur Betrugsbekämpfung. Bislang spielen derartige Maßnahmen bei der Entdeckung von Betrugsfällen keine wesentliche Rolle (siehe Kapitel E). Wir nehmen daher an, dass die PKV und GKV Optimierungsbedarf bei den eingesetzten Maßnahmen sehen. Dabei setzen sowohl die PKV als auch die GKV auf ein Bündel aus unterschiedlichen Initiativen. Maßnahmen zur Generierung eigener neuer Hinweise auf bislang nicht erkannte Verdachtsfälle, zum Beispiel durch die Stärkung von Hinweisgebersystemen oder anlassunabhängigen Plausibilitätsprüfungen, scheinen insbesondere bei den GKV nicht besonders im Fokus zu stehen. Bei diesen waren nach den Ergebnissen unserer Befragung auch keine Aktivitäten zur intensiveren Verfolgung von Hinweisen geplant, um der rückläufigen Quote der verfolgten Hinweise entgegenzuwirken (siehe Kapitel E).

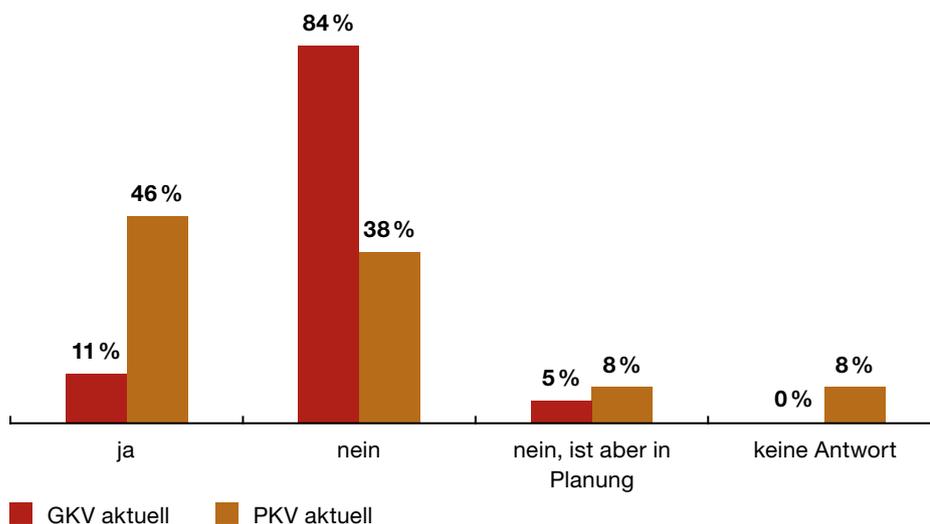
Die Ergebnisse zeigen, dass die privaten Krankenversicherungen bei der Verbesserung der Betrugsbekämpfung wesentlich aktiver sind als die gesetzlichen Krankenkassen. Auch stellen sich die PKV aus unserer Wahrnehmung heraus wesentlich intensiver als die GKV den Herausforderungen der Digitalisierung, um die neuen Möglichkeiten für sich zu nutzen. Dies sehen wir positiv, denn digitale Technologien können tatsächlich helfen, die Effizienz bei der Eingrenzung möglicher Betrugsfälle und der Identifizierung des Umfangs erkannter Fälle erheblich zu steigern.

11 % der GKV planen zusätzlich, ein Hinweisgebersystem einzuführen. Auch wenn aktuell rund zwei Drittel aller GKV und PKV bereits über ein Hinweisgebersystem (siehe Kapitel G.2) verfügen, werden Hinweisgebersysteme also auch künftig noch nicht flächendeckend vorhanden sein. Die privaten Krankenversicherungen sind bereits gemäß § 23 Abs. 6 des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG) gesetzlich angehalten, Hinweisgebersysteme einzurichten. Zusätzlich werden Unternehmen generell durch die EU-Richtlinie 2019/1937 zum Schutz von Personen, die Verstöße gegen das Unionsrecht melden, die sogenannte EU-Whistleblower-Richtlinie, verpflichtet, entsprechende Hinweisgebersysteme bis zum 17. Dezember 2021 einzurichten. Von dieser Verpflichtung sind sowohl die privaten als auch die gesetzlichen Krankenversicherungen betroffen, sofern sie die geforderten Größenmerkmale überschreiten. Entsprechend besteht aus unserer Sicht dringender Handlungsbedarf für die GKV und PKV, die bislang über kein Hinweisgebersystem verfügen.

Compliance-Programme können bei der Bekämpfung und Aufklärung von Abrechnungsbetrug hilfreich sein

Erfahrungen und Trends der letzten Jahre zeigen, dass CMS ein umfassendes ganzheitliches Gerüst bilden, um Hinweise auf bislang nicht bekannte dolose Handlungen, unter anderem auch Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, zu erhalten, zu verfolgen und zielgerichtete Maßnahmen zur Prävention zu implementieren bzw. weiterzuentwickeln.⁷¹ Es bietet sich an, entsprechende Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug in das CMS zur Fraud-Bekämpfung zu integrieren. Überraschenderweise waren sowohl bei den GKV (11 %) als auch bei den PKV (46 %) Compliance-Programme zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug aktuell wenig verbreitet. Dabei verfügten bei den PKV eher größere Gesellschaften und bei den GKV kleinere Kassen über derartig spezialisierte Systeme. Wir werten dies als ein Indiz für einen Nachholbedarf hinsichtlich der Integration entsprechender Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug in das unternehmensübergreifende CMS.

Abb. 28 Vorhandensein von Compliance-Programmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug



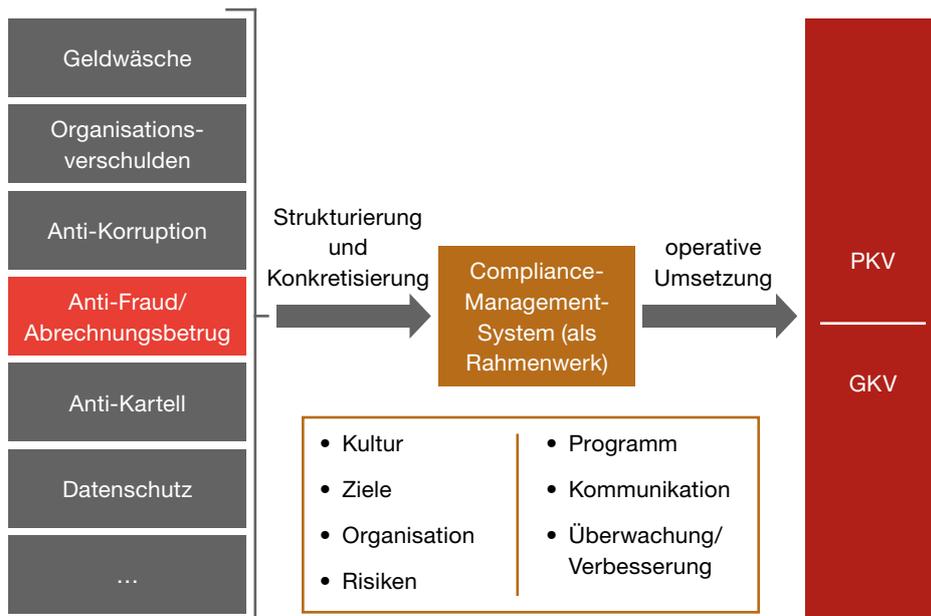
Weiterentwicklung der bestehenden Systeme

Sowohl bei den privaten Krankenversicherungen als auch bei den gesetzlichen Krankenkassen wurde aus unserer Wahrnehmung heraus in den letzten Jahren versucht, Abrechnungsbetrug und der hohen Dunkelziffer durch strukturelle und prozessuale Maßnahmen zu begegnen. Die konstant als hoch eingeschätzte Dunkelziffer zeigt aus unserer Sicht jedoch, dass wie bereits im Jahr 2012 ein erheblicher Weiterentwicklungsbedarf sowohl bei den PKV als auch den GKV besteht und die bislang ergriffenen Maßnahmen nur teilweise Erfolg bringen.

Das Risiko von Abrechnungsbetrug wird sich auch zukünftig nicht vollständig ausschließen lassen. Umso wichtiger ist es aus unserer Sicht, mit einem umfassenden ausgewogenen Ansatz zu reagieren. Bereits in unserer Studie von 2012 haben wir auf die Notwendigkeit eines kohärenten Gesamtsystems gegen Abrechnungsbetrug hingewiesen. Ein solches ganzheitliches System basiert auf einem systematischen Ansatz mit Maßnahmen zur Prävention, Entdeckung und Reaktion.⁷² Es kann ein geeignetes Gerüst bilden, um zu einer ausgewogenen Kombination von Maßnahmen zur Erlangung von Hinweisen auf bislang nicht bekannte dolose Handlungen, zur Aufklärung von Verdachtsfällen und zur Einrichtung erforderlicher Präventionsmaßnahmen zu gelangen. Ein solches Vorgehen ist aus unserer Sicht unerlässlich, wenn die GKV bzw. PKV dauerhaft glaubwürdig gegen Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorgehen wollen und nicht nur reaktiv auf von Dritten erkannte Betrugsfälle reagieren möchten.

Dabei sollte das Präventionssystem zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug als Teilbereich des Anti-Fraud-Managements in das unternehmensübergreifende CMS integriert werden.

Abb. 29 Einbettung der Bekämpfung von Fraud/Abrechnungsbetrug in bestehende CMS



Zur Orientierung kann hierbei beispielsweise der Prüfungsstandard 980 des Instituts der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e. V. (IDW), Düsseldorf, dienen.

Abb. 30 Grundelemente eines Compliance-Management-Systems



Dieser Ansatz basiert auf einer systematischen Berücksichtigung und Verbindung von sieben in die Geschäftsabläufe eingebundenen Grundelementen. Er ist an die individuellen Bedürfnisse und die Größe einer Organisation anpassbar. Mit ihm wird deutlich, wo die bisherigen Maßnahmen bestimmte Aspekte nicht abdecken oder sich Schwachstellen offenbaren. So lassen sich kosteneffizient und gezielt Verbesserungen erreichen. Die wichtigste Grundlage für einen wirkungsvollen Kampf gegen Abrechnungsbetrug bleibt weiterhin, möglichst viele und genaue Informationen über die Täter, Methoden und Erscheinungsformen von Betrug zu erlangen. Dafür sind nach unserer Erfahrung IT-technische Maßnahmen wie Datenanalysen, funktionierende Hinweisgeber-systeme sowie Einheiten, die auf die Bekämpfung von Abrechnungsbetrug spezialisiert sind, maßgeblich. Sie ermöglichen es, Warnsignale zu entdecken und daraus angemessene Reaktionen und Präventionsmaßnahmen abzuleiten.

Es empfiehlt sich, die neuen Möglichkeiten der Digitalisierung gezielt zur Betrugsbekämpfung zu nutzen, insbesondere auch die Möglichkeiten daten-analytischer Methoden. Mithilfe forensischer Datenanalysen lassen sich beispielsweise unbekannte Betrugsfälle und die dahinterliegenden Handlungs-muster identifizieren. Während bei den GKV und PKV klassische Datenanalysen wie Red-Flag-Analysen bereits genutzt werden, ist der Einsatz moderner digitaler Analysemethoden wie der Anomalieerkennung oder KI unserer Erfahrung nach noch nicht weitverbreitet.

Die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen verfügen über einen enormen Datenschatz. Durch den Einsatz moderner Analysemethoden, zum Beispiel der auf KI basierenden Verknüpfung mit bislang in der Betrugsbekämpfung nicht genutzten Datenbeständen, könnte die bislang eher vergangenheitsorientierte Betrugsbekämpfung hin zu einem neuen präventiven Level weiterentwickelt werden (z. B. mit integrierter Patienten- oder Behandlungssteuerung). Zum Beispiel könnten über die ganzheitliche Verknüpfung verschiedenster Datenbestände inklusive eines automatisierten Schadensmanagements mittels KI retrospektive Betrachtungen (z. B. Durchschnittskosten je Leistungsgebiet, erwartete künftige Kosten/Behandlungen) mit Echtzeitanalysen bei Leistungsfällen (z. B. Inkonsistenz abzurechnender Leistungen mit bisherigen Erkenntnissen zu Leistungserbringern/Krankheitsverläufen) für die Betrugsbekämpfung verbunden werden. Ein aktives Disease-Management mit Steuerung von Behandlungen oder zur Prävention von Erkrankungen könnte ebenfalls damit verknüpft werden.

Ziel ist es, nicht nur Ex-post-Analysen durchzuführen, sondern auf Grundlage der vorhandenen Datenbasis, insbesondere der Leistungssysteme, in Kombination mit Daten des Leistungsfalls, möglichst in Echtzeit Abrechnungsbetrug frühzeitig zu erkennen, aufzudecken und im besten Fall die Auszahlung zu verhindern.

Aber auch Ex-post-Analysen sollten weiterentwickelt und konsequent eingesetzt werden. Sie besitzen gegenüber Realtime-Analysen den wesentlichen Vorteil, dass sie für die GKV und PKV sehr kosteneffizient und viel umfassender durchführbar sind. Mithilfe traditioneller und moderner Methoden können auf Basis unterschiedlichster Datenquellen komplexe Massendatenanalysen ausgeführt werden. Dadurch lassen sich vor allem auch große und komplizierte Betrugsfälle (z. B. kollusives Zusammenwirken, langfristige Betrugsschädigungen sowie professionelles Vorgehen der Betrüger) identifizieren und aufklären.

Aus unserer Sicht sind auch Hinweisgebersysteme wesentlicher Bestandteil einer wirksamen Betrugserkennung. Unsere Studienergebnisse offenbaren, dass Hinweisgebersysteme zur Identifizierung von Abrechnungsbetrug weder bei den PKV noch bei den GKV flächendeckend im Einsatz sind (siehe Kapitel E). Hinweisgebersysteme erhöhen einerseits die Entdeckungswahrscheinlichkeit von Betrug und stärken somit die Prävention. Andererseits können sie der Abschreckung dienen. Wichtig hierbei ist, dass Hinweisgeber hinreichend geschützt sind, das Unternehmen bzw. die Organisation die eingehenden Hinweise mit Sorgfalt und Vertraulichkeit behandelt und dass allen als seriös eingeschätzten Hinweisen konsequent nachgegangen wird. Der Hinweisgeber-schutz ist deshalb so essenziell, weil er das Vertrauen in das System sicherstellt und somit potenzielle Hinweisgeber ermutigt, Fälle von Abrechnungsbetrug oder sonstige Auffälligkeiten im Gesundheitswesen zu adressieren bzw. zu derartigen Sachverhalten detaillierte Informationen zur Verfügung zu stellen.

Methodik der Studie

Für die vorliegende Studie wurden gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen anhand eines strukturierten Fragebogens zu ihren Einschätzungen in Bezug auf Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen befragt. Dabei konzentrierten sich unsere Fragen auf die folgenden Themenfelder:

- Höhe und Häufigkeit von Schäden
- Täter und Täterkonstellationen
- Entdeckungswege
- Verfolgung und Sanktionierung
- Implementierte Maßnahmen, Prävention, Compliance und geplante Weiterentwicklungen

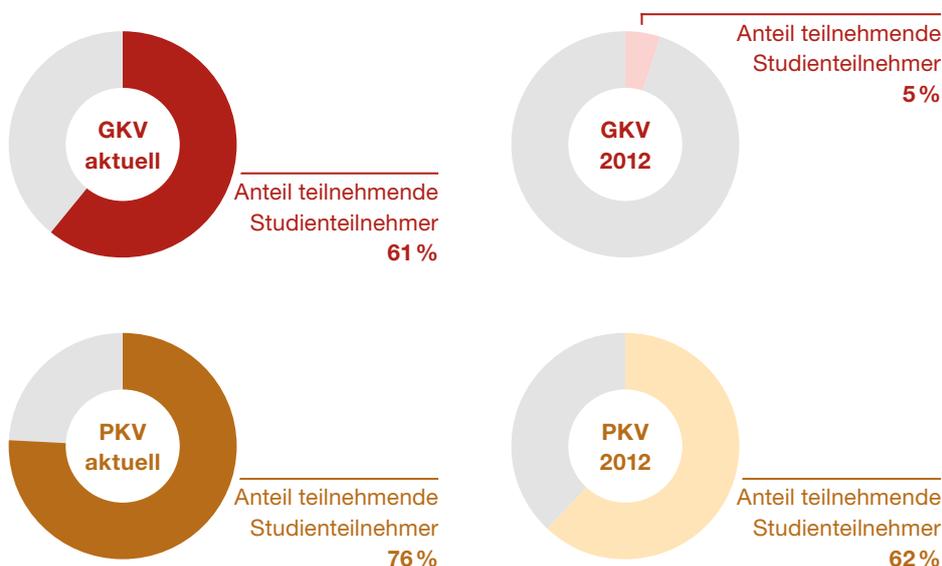
Eine vergleichbare Studie hatten wir bereits 2012 durchgeführt. Sofern in der vorliegenden Studie auf Werte aus dem Jahr 2012 Bezug genommen wird, sind diese aus der damaligen Studie entnommen.

Für die aktuelle Befragung haben wir die Fragen und Antwortkategorien aus dem Jahr 2012 teilweise angepasst. Damit wollten wir Kosten- und Beitragsentwicklungen, gesamtgesellschaftlichen, technologischen und rechtlichen Veränderungen oder auch Entwicklungen bei Governance-Strukturen von Organisationen Rechnung tragen. Demzufolge sind die Ergebnisse der aktuellen Befragung nicht immer uneingeschränkt mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2012 vergleichbar. Aus unserer Wahrnehmung heraus ermöglichen sie aber einen guten Einblick und lassen Tendenzen gut erkennen.

Wie schon 2012 beantworteten einige Studienteilnehmer auch bei der aktuell durchgeführten Umfrage nicht alle Fragen. In diesen Fällen haben wir, um Verzerrungen zu vermeiden, die Prozentangaben stets auf die Gesamtheit aller teilnehmenden GKV bzw. PKV bezogen und die separate Antwortkategorie „keine Antwort“ in die grafischen Darstellungen aufgenommen. Die Prozentangaben wurden aus technischen Gründen jeweils gerundet.

In der Studie werden auch Durchschnittswerte angegeben. Dazu wurde je teilnehmende GKV bzw. PKV ein Mittelwert aus den abgefragten Kategorien ermittelt. Sofern die von der jeweiligen GKV bzw. PKV angekreuzte Kategorie ein geschlossenes Intervall beinhaltete, wurde das arithmetische Mittel aus dem unteren und oberen Ende des Intervalls berücksichtigt. Bei nach oben offenen Intervallen wurde das untere Ende des Intervalls berücksichtigt. Die jeweils ermittelten Einzelwerte wurden jeweils addiert und durch die Anzahl der teilnehmenden GKV bzw. PKV dividiert.

Abb. 31 Anteil der Studienteilnehmer am GKV- bzw. PKV-Markt



Gemessen an der Anzahl der Krankheitsvollversicherungen bei der PKV und der Mitglieder bei der GKV.

Die aktuelle Umfrage wurde im Zeitraum von Juni 2019 bis August 2020 durchgeführt. Es nahmen insgesamt 19 Unternehmen aus dem Bereich der GKV und 13 PKV teil. Aus dem Bereich der GKV nahmen 18 Krankenkassen und eine Arbeitsgemeinschaft mehrerer gesetzlicher Krankenkassen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen teil. Da einige der Arbeitsgemeinschaft angehörigen GKV nicht nur im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft gegen Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorgehen, sondern auch in Eigenregie, haben wir die Arbeitsgemeinschaft wie eine gesetzliche Krankenkasse gewertet. Neben der Arbeitsgemeinschaft nahm eine der in der Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen GKV mit weniger als 30.000 Mitgliedern an unserer Umfrage teil.

Gemessen an der Mitgliederzahl deckten die Teilnehmer aus dem GKV-Bereich aktuell 61 % der gut 57 Millionen Mitglieder ab. Damit nahmen mehr gesetzliche Krankenkassen an unserer Befragung teil als im Jahr 2012. Die Mitgliederzahlen der teilnehmenden GKV lagen zwischen 12.000 und über 11 Millionen, bei im Schnitt 1,8 Millionen Mitgliedern. Im Verhältnis zum Branchendurchschnitt, der bei etwa 0,5 Millionen Mitgliedern je GKV liegt, nahmen an unserer Befragung somit viele „größere“ Kassen teil; die Ergebnisse lassen daher unseres Erachtens einen zuverlässigen Blick auf die GKV zu.

Die 13 PKV, die sich an der Befragung beteiligten, weisen zusammen rund 6,7 Millionen Krankheitsvollversicherungen auf. Gemessen an der Zahl aller Krankenvollversicherten repräsentieren die teilnehmenden PKV rund drei Viertel (76 %) des gesamten Marktes. Aufgrund dieser weiterhin sehr erfreulichen Teilnehmerquote gehen wir davon aus, dass unsere Studienergebnisse die Situation der PKV sehr zuverlässig abbilden.

Ihre Ansprechpartner



Gunter Lescher
Partner Forensic Services
Tel.: +49 211 981-2968
Mobiltel.: +49 151 12198599
gunter.lescher@pwc.com



Linda Heintz
Senior Managerin, Forensic Services
Tel.: +49 69 9585-5758
Mobiltel.: +49 151 14282705
linda.heintz@pwc.com

Weitere Branchenexperten

Michael Burkhart
Partner, Leiter Gesundheitswesen
Tel.: +49 69 9585-1268
Mobiltel.: +49 151 17407827
michael.burkhart@pwc.com

Mathias Röcker
Partner, Leiter Versicherungswirtschaft
Tel.: +49 511 5357-5519
Mobiltel.: +49 160 98963730
mathias.roecker@pwc.com

Über uns

Unsere Mandanten stehen tagtäglich vor vielfältigen Aufgaben, möchten neue Ideen umsetzen und suchen Rat. Sie erwarten, dass wir sie ganzheitlich betreuen und praxisorientierte Lösungen mit größtmöglichem Nutzen entwickeln. Deshalb setzen wir für jeden Mandanten, ob Global Player, Familienunternehmen oder kommunaler Träger, unser gesamtes Potenzial ein: Erfahrung, Branchenkenntnis, Fachwissen, Qualitätsanspruch, Innovationskraft und die Ressourcen unseres Expertennetzwerks in 155 Ländern. Besonders wichtig ist uns die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unseren Mandanten, denn je besser wir sie kennen und verstehen, umso gezielter können wir sie unterstützen.

PwC Deutschland. Rund 12.000 engagierte Menschen an 21 Standorten.
2,3 Mrd. Euro Gesamtleistung. Führende Wirtschaftsprüfungs- und
Beratungsgesellschaft in Deutschland.

Verweise

- ¹ Sueddeutsche.de: Betrugsverdacht: Krankenkasse verklagt radiologische Praxiskette, vom 13. Februar 2020, veröffentlicht unter: www.sueddeutsche.de/wirtschaft/radiologen-kontrastmittel-betrug-1.4796650?print=true.
- ² Morgenpost.de: Prozess: Millionen-Betrug in der Intensivpflege?, vom 13. Februar 2020, veröffentlicht unter: www.morgenpost.de/berlin/article228411431/Betrug-in-Millionenhoeh-e-bei-Intensivpflege-Prozessbeginn.html.
- ³ Welt.de: Pathologe wegen Betruges und Bestechung zu Haft verurteilt, vom 29. Juni 2020, veröffentlicht unter: www.welt.de/regionales/rheinland-pfalz-saarland/article210571201/Pathologe-wegen-Betruges-und-Bestechung-zu-Haft-verurteilt.html.
- ⁴ Krankenkassen-direkt.de: Immer mehr Betrug im Gesundheitswesen, Südwestkasse fordert Schwerpunktstaatsanwaltschaften, vom 2. Dezember 2020, veröffentlicht unter: www.krankenkassen-direkt.de/news/pr/mitteilung.pl?id=2783056&cb=7787796606.
- ⁵ Zum Vergleich: Der Bundeshaushalt wies im Jahr 2018 ein Volumen von 343,6 Mrd. Euro auf.
- ⁶ Zum Vergleich: Ausgaben 2019: gesetzliche Krankenkassen 239 Mrd. Euro und private Krankenversicherungen 27 Mrd. Euro.
- ⁷ Vgl. Aerzteblatt.de: Bayern sagt Betrug im Gesundheitswesen den Kampf an, vom 27. März 2018, veröffentlicht unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/92104/Bayern-sagt-Betrug-im-Gesundheitswesen-den-Kampf-an, sowie Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration: Betrug im Gesundheitswesen, vom 27. März 2018, veröffentlicht unter: www.stmi.bayern.de/med/pressemitteilungen/pressearchiv/2018/100b/index.php.
- ⁸ Vgl. Versicherungswirtschaft-heute.de: Ist Ganzheitliche Leistungsbeurteilung die Antwort?, vom 27. Januar 2020, veröffentlicht unter: www.versicherungswirtschaft-heute.de/maerkte-und-vertrieb/2020-01-27/betrug-in-der-pkv-ist-ganzheitliche-leistungsbeurteilung-die-antwort/.
- ⁹ Vgl. Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017, S. 33, sowie Krankenkassen direkt.de: Immer mehr Betrug im Gesundheitswesen, Südwestkasse fordert Schwerpunktstaatsanwaltschaften, vom 2. Dezember 2020, veröffentlicht unter: www.krankenkassen-direkt.de/news/pr/mitteilung.pl?id=2783056&cb=7787796606.

- ¹⁰ Vgl. Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017, S. 25.
- ¹¹ Vgl. a. a. O., S. 34.
- ¹² Arbeitsgemeinschaften der gesetzlichen Krankenkassen bestehend auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (seit 1. Januar 2020 umgewandelt in Medizinischer Dienst, Anstalten öffentlichen Rechts).
- ¹³ Vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Integrität in der Wirtschaft, Bearbeitungsstand: 16. Juni 2020, veröffentlicht unter: www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/RegE_Staerkung_Integritaet_Wirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- ¹⁴ Vgl. Deutsche-Apotheker-Zeitung.de: Justizminister wollen keine Sonderermittler für Korruption im Gesundheitswesen, vom 28. Juni 2017, veröffentlicht unter: www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/06/28/justizminister-verweigern-sich-spezialstaatsanwaltschaften.
- ¹⁵ Vgl. Krankenkassen-direkt.de: Immer mehr Betrug im Gesundheitswesen, Südwestkasse fordert Schwerpunktstaatsanwaltschaften, vom 2. Dezember 2020, veröffentlicht unter: www.krankenkassen-direkt.de/news/pr/mitteilung.pl?id=2783056&cb=7787796606.
- ¹⁶ Leopoldina.org: Digitalisierung in der Medizin, von 2020, veröffentlicht unter: www.leopoldina.org/themen/digitalisierung-in-der-medizin/digitalisierung-in-der-medizin/.
- ¹⁷ Vgl. Aerzteblatt.de: Künstliche Intelligenz: Algorithmen für den Augenarzt, von 2019, veröffentlicht unter: www.aerzteblatt.de/archiv/204767/Kuenstliche-Intelligenz-Algorithmen-fuer-den-Augenarzt.
- ¹⁸ Vgl. GDV.de: Sorge der Versicherer: Corona gibt Betrügnern Auftrieb, vom 27. August 2020, veröffentlicht unter: www.gdv.de/de/medien/aktuell/sorge-der-versicherer--corona-gibt-betruегern-auftrieb-61842.
- ¹⁹ Bei der aktuellen Datenerhebung wurden abweichend zur Befragung von 2012 weitere Kategorien bei der Abfrage der im Jahr zuvor aufgedeckten Betrugsfälle (501 bis 1.000 Fälle sowie mehr als 1.000 Fälle) berücksichtigt. Im Jahr 2012 war die Antwortmöglichkeit „mehr als 500 Fälle“ die berücksichtigte Maximalkategorie.
- ²⁰ Vgl. Deutsche-Apotheker-Zeitung.de: Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Kassen bleiben Betrügnern auf der Spur, vom 3. Dezember 2018, veröffentlicht unter: www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2018/az-49-2018/fehlverhalten-im-gesundheitswesen.

- ²¹ Bei der aktuellen Datenerhebung wurden Anpassungen an die Beitrags- und Kostenentwicklung vorgenommen. Die Antwortmöglichkeiten wurden um die Kategorien „durchschnittliche Schadenshöhen von 1.000 bis 2.000 Euro“ sowie „durchschnittliche Schadenshöhen von mehr als 2.000 Euro“ erweitert. In der Studie von 2012 war „durchschnittliche Schadenshöhen von mehr als 1.000 Euro“ die berücksichtigte Maximalkategorie.
- ²² Auch bei dieser Frage haben wir in der aktuellen Datenerhebung die Antwortkategorien zu den jährlichen Vermögensrückführungen erweitert; hinzugekommen sind „zwischen 500.000 Euro und 1 Mio. Euro“, „zwischen 1 Mio. Euro und 5 Mio. Euro“ sowie „mehr als 5 Mio. Euro“. Im Jahr 2012 war „mehr als 500.000 Euro“ die berücksichtigte Maximalkategorie.
- ²³ Vgl. [Versicherungsbote.de](http://www.versicherungsbote.de): Krankenkassen erhalten mehr Hinweise auf Korruption und Abrechnungsbetrug, vom 29. November 2018, veröffentlicht unter: www.versicherungsbote.de/id/4873730/chapter/1/Kassenbetrug/.
- ²⁴ Beispielsweise sind dies bei gesetzlichen Krankenkassen vorgelagerte Prüfungen ambulanter ärztlicher Abrechnungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen/Gemeinsamen Prüfungsstellen oder bei Krankenhausabrechnungen Überprüfungen durch den medizinischen Dienst der privaten bzw. gesetzlichen Krankenkassen.
- ²⁵ Vgl. [Aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de): Zahl der MDK-Prüfungen zu Krankenhausabrechnungen steigt weiter an, vom 11. April 2019, veröffentlicht unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/102367/Zahl-der-MDK-Pruefungen-zu-Kranke.
- ²⁶ Vgl. AOK-Bundesverband: Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen, veröffentlicht unter: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index_22089.html.
- ²⁷ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.: Zahlenbericht 2018, S. 47. Zur Ermittlung des Wertes wurden die stationären Leistungen mit 28 % aus den Gesamtleistungsausgaben herausgerechnet, sodass sich ein Wert von rund 70 % ergab.
- ²⁸ Vgl. Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017, S. 31.
- ²⁹ Vgl. ebenda.
- ³⁰ Vgl. a. a. O., S. 19.
- ³¹ Vgl. FOCUS Online: Russische Pflegemafia: Sie stopfen sich die Taschen voll, vom 5. Februar 2018, veröffentlicht unter: www.focus.de/finanzen/versicherungen/prozess-gegen-pflegedienste-harte-straefe-fuer-russische-pflegemafia-stopften-sich-die-taschen-durch-korruption-voll_id_8420319.html; Frankfurter Rundschau: Sieben Jahre Haft für schweren Pflegebetrug, vom 5. Februar 2018, veröffentlicht unter: www.fr.de/panorama/sieben-jahre-haft-schweren-pflegebetrug-11035360.html; Stern: Russische Geschäfte – mit Betrug in der Pflege verdient man wie im Drogenhandel, vom 7. Februar 2019, veröffentlicht unter: www.stern.de/wirtschaft/news/mit-betrug-in-der-pflege-verdient-man-wie-im-drogenhandel-8570656.html.

- ³² Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.: Zahlenbericht 2018, S. 44.
- ³³ Vgl. Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017, S. 35.
- ³⁴ Vgl. AOK-Bundesverband: Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, veröffentlicht unter: aok-bv.de/lexikon/m/index_01997.html; Kassenärztliche Vereinigung Berlin: Gesamtvergütung, veröffentlicht unter: <https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/abrechnung-/-honorar/honorarverteilung>.
- ³⁵ Vgl. Wikipedia: Wirtschaftlichkeitsprüfung (Gesundheitswesen), veröffentlicht unter: [https://de.wikipedia.org/wiki/Wirtschaftlichkeitspr%C3%BCfung_\(Gesundheitswesen\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Wirtschaftlichkeitspr%C3%BCfung_(Gesundheitswesen)).
- ³⁶ Vgl. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein Modernes Vergütungssystem – KOMV: Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung, Dezember 2019, S. 27 f.
- ³⁷ Beispielsweise wertet der PKV-Spitzenverband regelmäßig alle bei den Mitgliedsunternehmen eingereichten Arzt- und Zahnarztrechnungen nach den verwendeten Steigerungsfaktoren je Rechnungsposition aus, vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.: Zahlenbericht 2018, S. 79; Versicherungswirtschaft-heute.de: Ist ganzheitliche Leistungsbeurteilung die Antwort?, vom 27. Januar 2020, veröffentlicht unter: www.versicherungswirtschaft-heute.de/maerkte-und-vertrieb/2020-01-27/betrug-in-der-pkv-ist-ganzheitliche-leistungsbeurteilung-die-antwort/.
- ³⁸ Aerzteblatt.de: Zahl der MDK-Prüfungen zu Krankenhausabrechnungen steigt weiter an, vom 11. April 2019, veröffentlicht unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/102367/Zahl-der-MDK-Pruefungen-zu-Kranke.
- ³⁹ Vgl. Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017, S. 35 f.
- ⁴⁰ Vgl. Bundesgesundheitsministerium: Medizinischer Dienst soll unabhängiger, transparenter und effektiver arbeiten, Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz, vom 27. September 2019, veröffentlicht unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz.html; Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung vom 10. Dezember 2019 zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V vom 3. Februar 2016 zwischen GKV-SV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin.
- ⁴¹ Vgl. AOK-Bundesverband: Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen, MDK-Reformgesetz, veröffentlicht unter: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index_22089.html.

- ⁴² Änderung des § 197a SGB V durch das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen.
- ⁴³ Einführung des § 197a Abs. 3b SGB V durch das TSVG.
- ⁴⁴ Vgl. Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein: 05 Datenschutz in der Privatwirtschaft, veröffentlicht unter: www.datenschutzzentrum.de/tb/tb35/kap05.html, sowie Tätigkeitsbericht 2015 des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein, Berichtszeitraum: 2013/2014, Redaktionsschluss: 15. Februar 2015, Landesdrucksache 18/2730, S. 73 f.
- ⁴⁵ Vgl. Versicherungswirtschaft-heute.de: Betrug in der PKV: Ist Ganzheitliche Leistungsbeurteilung die Antwort?, vom 27. Januar 2020, veröffentlicht unter: <https://versicherungswirtschaft-heute.de/maerkte-und-vertrieb/2020-01-27/betrug-in-der-pkv-ist-ganzheitliche-leistungsbeurteilung-die-antwort/>.
- ⁴⁶ Vgl. Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017, S. 25.
- ⁴⁷ Vgl. Beck-online-Datenbank Sozialrecht (Verlag C. H. BECK oHG, München), herausgegeben von Prof. Dr. Christian Rolfes, Prof. Dr. Richard Giesen, Prof. Dr. Ralf Kreikebohn und Prof. Dr. Peter Udsching/Heberlein, SGB V § 197a Rn. 16.
- ⁴⁸ Vgl. Beck'scher Online-Kommentar: SozR/Heberlein, SGB V § 197a Rn. 16.
- ⁴⁹ Vgl. Bundestagsdrucksache 15/1525, S. 99.
- ⁵⁰ Vgl. Haufe.de Datenbank (Haufe-Lexware GmbH & Co. KG, Freiburg) (Haufe)/ Sommer, SGB V § 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten, 2.4 Unterrichtung der Staatsanwaltschaft (Abs. 4), Rz. 14.
- ⁵¹ § 5 SGB V normiert die allgemeine Krankenversicherungspflicht in Deutschland.
- ⁵² Vgl. z. B. Frankfurter Allgemeine Zeitung: Justiz an der Belastungsgrenze, vom 2. Januar 2019.
- ⁵³ Vgl. GKV-SV: Hinweis- und Fallzahlen zum Fehlverhalten im Gesundheitswesen nehmen zu – Tätigkeitsbericht veröffentlicht, vom 28. November 2018, veröffentlicht unter: www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_780864.jsp.
- ⁵⁴ Vgl. Deutsche-Apotheker-Zeitung.de: Justizminister wollen keine Sonderermittler für Korruption im Gesundheitswesen, vom 28. Juni 2017, veröffentlicht unter: www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/06/28/justizminister-verweigern-sich-spezialstaatsanwaltschaften.

- ⁵⁵ Vgl. Aerzteblatt.de: Schwerpunktstaatsanwaltschaft für das Gesundheitswesen in Mecklenburg-Vorpommern geschaffen, vom 3. Dezember 2019; veröffentlicht unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/107891/Schwerpunktstaatsanwaltschaft-fuer-das-Gesundheitswesen-in-Mecklenburg-Vorpommern-geschaffen, sowie Donaukurier.de: Schlagkräftige Antwort auf Betrug im Gesundheitswesen fehlt, vom 28. Februar 2019, veröffentlicht unter: www.donaukurier.de/nachrichten/panorama/Pflegebetrug-Schlagkraeftige-Antwort-auf-Betrug-im-Gesundheitswesen-fehlt;art154670,4088849.
- ⁵⁶ Vgl. Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017, S. 51.
- ⁵⁷ Vgl. BGH, Beschluss vom 29. März 2012, Az. GSSSt 2/11.
- ⁵⁸ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 25, ausgegeben zu Bonn am 3. Juni 2016, Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen vom 30. Mai 2016.
- ⁵⁹ Vgl. Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017, S. 17.
- ⁶⁰ Dritte sind in diesem Zusammenhang überwiegend andere gesetzliche Krankenkassen, Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, Staatsanwaltschaften und Polizei.
- ⁶¹ Ab dem Jahr 2017 erweiterte Zusammenarbeitsmöglichkeiten über Verbände (z. B. den GKV-SV) mittels Änderung des § 197a SGB V durch das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen.
- ⁶² Ab dem Jahr 2019 erweiterte Befugnisse des Datenaustauschs mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen (z. B. dem MDK) durch Einführung des § 197a Abs. 3b SGB V durch das TSVG.
- ⁶³ Vgl. GKV-SV: Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Stand: 28. November 2018, S. 10–12.
- ⁶⁴ Vgl. Argab: Initiative gegen Fehlverhalten im Gesundheitswesen, eingesehen am 7. Juli 2020, veröffentlicht unter: www.argab.de/ueber-uns/.
- ⁶⁵ Vgl. Ärzte Zeitung online: Kassen ahnden Betrug künftig gemeinsam, vom 16. Februar 2019, veröffentlicht unter: www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=981440&pid=969894.
- ⁶⁶ Vgl. VDEK: Vereinbarung gegen Fehlverhalten, Thüringer Krankenkassen ahnden Abrechnungsbetrug künftig gemeinsam, vom 24. Januar 2020, veröffentlicht unter: www.vdek.com/LVen/THG/Presse/Pressemitteilungen/2020/Abrechnungsmanipulation.html.

- ⁶⁷ Vgl. GKV-SV: Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Stand: 28. November 2018, S. 26 f. und S. 34.
- ⁶⁸ Vgl. GKV-SV: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen (§ 106b Abs. 2 SGB V), eingesehen am 8. Juli 2020, veröffentlicht unter: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/wirtschaftlichkeitspruefung/wirtschaftlichkeitspruefung_leistungen.jsp.
- ⁶⁹ Vgl. GKV-SV: Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Stand: 28. November 2018, S. 19.
- ⁷⁰ Vgl. Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung vom 10. Dezember 2019 zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V zwischen dem GKV-SV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, vom 2. April 2020, sowie CB ChefärzteBrief: COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz auf einen Blick, 20. März 2020, veröffentlicht unter: www.iww.de/cb/recht/gesetzgebung-covid-19-krankenhausentlastungsgesetz-auf-einen-blick-f128002#.
- ⁷¹ Vgl. PwC und Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Hrsg.): Wirtschaftskriminalität 2018 – Mehrwert von Compliance – forensische Erfahrungen, Februar 2018, S. 44.
- ⁷² Vgl. PwC, Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, 2012, S. 31.

