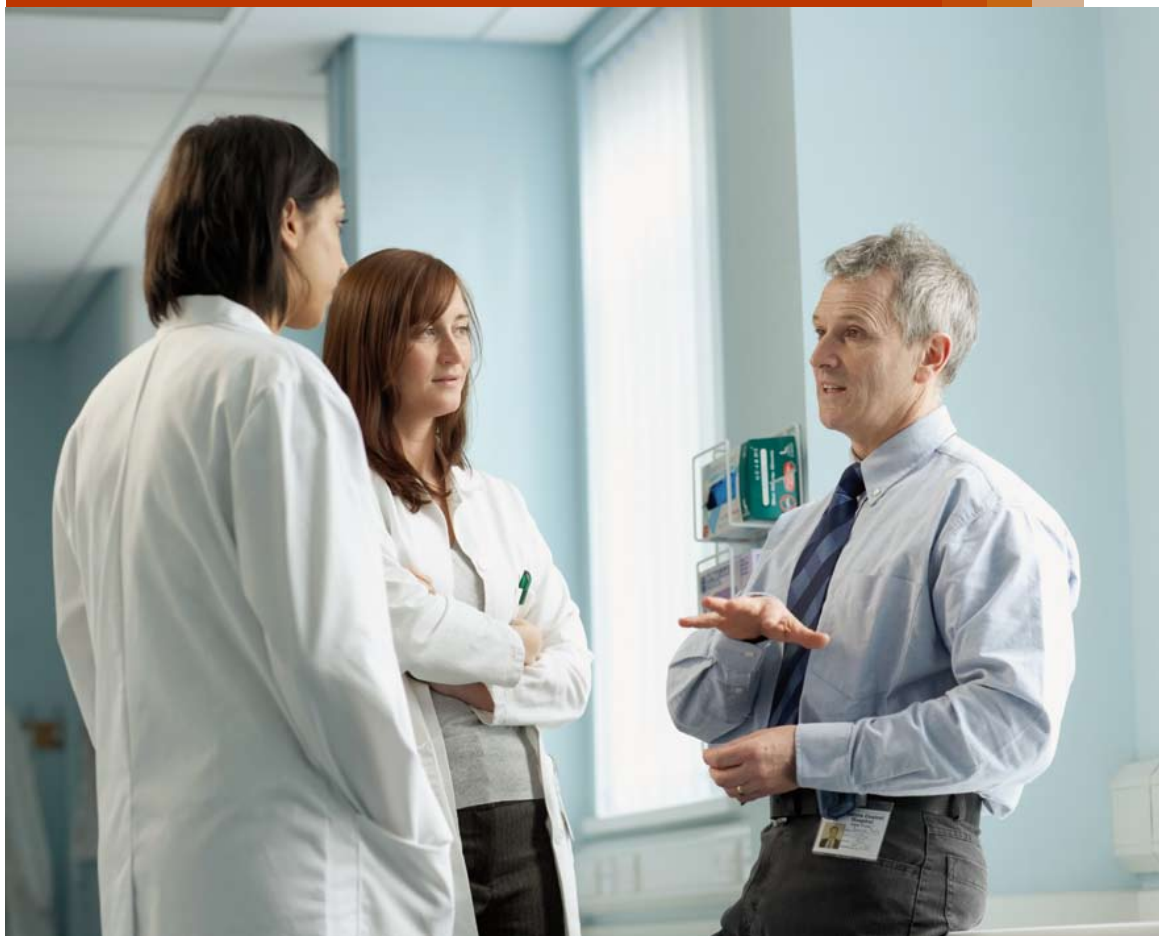


Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

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



Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

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

Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

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

Herausgegeben von der PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Von Gunter Lescher und Ralf Baldeweg

Unter Mitarbeit von Dietrich Boß

Juli 2012, 36 Seiten, 20 Abbildungen, Softcover

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.

Vorwort

Rezeptfälschung, Doppelabrechnung, Schein- und Übermaßbehandlungen, Chipkartenmissbrauch – die Möglichkeiten des Abrechnungsbetrugs im Gesundheitswesen sind vielfältig. Nach Ansicht des Bundeskriminalamts ist Abrechnungsbetrug „eine besonders sozialschädliche Form der Wirtschaftskriminalität mit hohen Schadenssummen und sehr negativen Auswirkungen auf die Integrität des Gesundheitswesens“¹. Allerdings steckt nicht hinter jeder fehlerhaften Abrechnung auch eine betrügerische Absicht. Häufig ist jedoch von „schwarzen Schafen“ die Rede, die sich angesichts eines milliardenschweren Marktes auf Kosten der Versicherungsgemeinschaft oder zulasten anderer Leistungserbringer bereichern.

Unter Gesundheitspolitikern, Leistungserbringern, Kostenträgern und Experten herrscht Einigkeit darüber, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen jährlich immense Mehrausgaben verursacht. Diese Mehrausgaben führen letztendlich zu steigenden Beiträgen für die Versicherten. Wirksame Betrugsbekämpfung ist daher ein wichtiger Baustein, um Beitragssteigerungen so gering wie möglich zu halten. In Zeiten eines sich verschärfenden Wettbewerbs und der allseits erwarteten Kostenexplosion im Gesundheitswesen kann den Krankenversicherungsunternehmen aus erfolgreicher, kostensenkender Betrugsbekämpfung und -prävention auch ein nachhaltiger Wettbewerbsvorteil erwachsen.

Trotz der beträchtlichen Schäden, die nach den veröffentlichten Schätzungen durch Abrechnungsbetrug entstehen, gibt es bisher nur wenige empirische Ergebnisse zu ihrem Umfang und Ausmaß. Neben einer Forschungsarbeit der Universität Hannover aus dem Jahr 2009 haben einzelne gesetzliche Krankenkassen und Verbände ihre Zahlen zu Verdachtsfällen und Schadensvolumen veröffentlicht. Die Bundesregierung stellte im Februar 2011 fest, dass ihr keine belastbaren Angaben über das Ausmaß von Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorliegen und vergleichbare Kennzahlen in Form der sogenannten „standardisierten Fallfassung“ nicht vor Mitte 2012 erwartet werden.²

Nach unserer Kenntnis sind alle bisherigen Berichte und empirischen Befunde zudem auf die gesetzlichen Krankenkassen beschränkt. Auch die geplante standardisierte Fallfassung erstreckt sich nicht auf den Bereich der privaten Krankenversicherungen. Vor diesem Hintergrund ist die vorliegende PwC-Studie zum Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen ein Novum: Erstmals liegen mit ihr Erkenntnisse zur Gefährdungssituation und zum Status quo der Präventionsmaßnahmen bei den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen vor.

¹ BKA, Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2004, S. 100.

² Vgl. BT-Drucksache 17/4943 vom 28. Februar 2011, S. 2 f.

Das Ziel unserer Studie war es, Transparenz darüber zu schaffen, wie sich der Abrechnungsbetrug auf die Krankenversicherungsunternehmen³ auswirkt. Ebenso haben wir untersucht, welche Maßnahmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug ergriffen werden und wie die Unternehmen mit Verdachtsfällen umgehen. Die Erkenntnisse der Studie sollen dazu beitragen, zielgerichtete Maßnahmen und Handlungsempfehlungen für die Prävention und die erfolgreiche Bekämpfung von Abrechnungsbetrug zu entwickeln.

Düsseldorf und Hamburg, im Juli 2012

Gunter Lescher

PwC

Ralf Baldeweg

PwC

Die Autoren

Gunter Lescher ist Partner bei PwC im Bereich Forensic Services in Düsseldorf. Der Schwerpunkt seiner Tätigkeit liegt in der Beratung von Unternehmen beim Aufbau wirksamer Anti-Fraud-Management- und Compliance Management-Systeme sowie in der Aufklärung von Fraud-Fällen und Compliance-Verstößen. Vor seiner Tätigkeit bei PwC war Gunter Lescher mehr als zehn Jahre in der Versicherungswirtschaft, davon mehrere Jahre als Revisionsleiter und Fraud Prevention Officer in einem internationalen Versicherungskonzern, tätig.

Ralf Baldeweg ist Senior Manager bei PwC im Bereich Consulting am Standort Hamburg und verantwortlich für die Beratung von GKV- und PKV-Unternehmen. Seine funktionale Expertise liegt in den Bereichen Strategieentwicklung, Organisation und Geschäftsprozessoptimierung. Vor seiner Tätigkeit bei PwC war Ralf Baldeweg fast zehn Jahre in einem großen Strategieberatungsunternehmen tätig und dort unter anderem auf die Beratung von Krankenversicherungsunternehmen spezialisiert.

³ Zur besseren Lesbarkeit werden die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen in dieser Studie zusammenfassend als Krankenversicherungsunternehmen bezeichnet.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	8
Abkürzungsverzeichnis.....	9
A Zusammenfassung	10
B Die Schäden und ihre Verursacher	12
1 Schadenhöhe und -häufigkeit.....	12
2 Die Täter	16
C Entdeckung und Verfolgung von Abrechnungsbetrug	20
1 Entdeckungswege	20
2 Strafverfolgung.....	23
D Prävention und Kontrolle	26
1 Bestandsaufnahme	26
2 Weiterentwicklung.....	29
E Methodik	32
Ihre Ansprechpartner.....	34

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Anzahl aufgetretener Betrugsfälle im letzten Jahr	13
Abb. 2	Einschätzung der Dunkelziffer.....	14
Abb. 3	Durchschnittlicher Einzelschaden durch Abrechnungsbetrug	14
Abb. 4	Jährlicher Gesamtschaden durch Abrechnungsbetrug	15
Abb. 5	Gesamtschaden und Vermögensrückführung	16
Abb. 6	Betrugstäter in der privaten Krankenversicherung.....	17
Abb. 7	Betrugstäter in der gesetzlichen Krankenversicherung	18
Abb. 8	Die häufigsten Täterkonstellationen.....	19
Abb. 9	Entdeckungswege für Abrechnungsbetrug.....	20
Abb. 10	Konsequente Aufklärung von eingegangenen Hinweisen.....	21
Abb. 11	Erstattung von Strafanzeige bei Verdacht auf Abrechnungsbetrug.....	22
Abb. 12	Erfolg bisheriger Strafverfahren	23
Abb. 13	Initiierte Strafverfahren im letzten Jahr	24
Abb. 14	Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft	24
Abb. 15	Personelle Ausstattung der Betrugsbekämpfungsstellen.....	27
Abb. 16	Implementierte Kontrollmaßnahmen zur Betrugsbekämpfung.....	28
Abb. 17	Geplante Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug	29
Abb. 18	Gesamtsystem gegen Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen.....	31
Abb. 19	Anteil der Studienteilnehmer am GKV- bzw. PKV-Markt	32
Abb. 20	PKV-Marktanteil der Studienteilnehmer	33

Abkürzungsverzeichnis

BBE	Brutto-Beitragseinnahmen
BT	Deutscher Bundestag
EHFCN	Europäisches Netzwerk gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen
GKV	gesetzliche Krankenversicherung(en)
IKS	Internes Kontrollsystem
IT	Informationstechnik
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PKV	private Krankenversicherung(en)
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
ZBVKG	Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen

A Zusammenfassung

Motivation

Aus Anlass der allseits propagierten Kostenexplosion, des sich verschärfenden Wettbewerbs unter den Krankenversicherungsunternehmen und der nahezu täglichen Medienberichte über neue Betrugs- und Missbrauchsfälle im Gesundheitswesen haben wir das Phänomen „Abrechnungsbetrag bei gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und privaten Krankenversicherungen (PKV)“ genauer unter die Lupe genommen. Wir wollten untersuchen, wie sich Abrechnungsbetrag auf die Krankenversicherungsunternehmen auswirkt und wie sie ihn bekämpfen.

Niedrige Fallzahlen – hohe Dunkelziffer

Jedes befragte Unternehmen ist von Abrechnungsbetrag betroffen, wenn auch in unterschiedlicher Intensität. Unsere Untersuchung führte dabei zu zwei wichtigen Erkenntnissen:

- Die Zahl der (eindeutig) identifizierten Betrugsfälle ist überraschend niedrig. Gemessen an der Anzahl der Versicherten kommen nur etwa drei Fälle auf 10.000 Versicherte. Dementsprechend gering sind auch die entstandenen finanziellen Schäden: Zwar berichtet die Hälfte der befragten PKV-Unternehmen von mehr als 500.000 Euro jährlichem Gesamtschaden; gemessen an den Gesamtausgaben in Milliardenhöhe sind die ermittelten Schäden aber relativ klein.
- Fast zwei Drittel (62 %) aller befragten Krankenversicherungsunternehmen gehen von einer hohen bis sehr hohen Dunkelziffer aus. Abrechnungsbetrag dürfte also erheblich weiter verbreitet sein und die Unternehmen stärker schädigen, als sie es derzeit erkennen können.

Breites Täterspektrum

Der Blick auf die potenziellen Betrugstäter ergibt bei den gesetzlichen Krankenkassen ein anderes Bild als bei den privaten Krankenversicherungen. In der PKV dominiert der Versicherte, über den 70 % der Leistungen abgerechnet werden, als am häufigsten auftretender Betrugstäter. Bei den GKV ist es eine breite Gruppe von Leistungserbringern, die oft als Betrugstäter identifiziert wird. Sowohl in der PKV als auch in der GKV stehen die Erbringer (ambulanter) medizinischer Dienstleistungen, insbesondere häusliche Krankenpfleger, Masseure und Physiotherapeuten, weit oben auf der Liste der Betrugstäter. Gerade in diesem Bereich gibt es offensichtlich zahlreiche Tatgelegenheiten und Anreize, die den Abrechnungsbetrag begünstigen.

Aufdeckung durch Internes Kontrollsystem, Kooperation und zufällige Hinweise

Das wichtigste Instrument zur Aufdeckung von Abrechnungsbetrag ist das Interne Kontrollsystem (IKS) der Krankenversicherungsunternehmen, gefolgt von der engen Zusammenarbeit innerhalb der jeweiligen Verbände. Daneben spielt aber auch „Kommissar Zufall“ eine bedeutende Rolle: Ein Drittel der befragten PKV-Unternehmen erhält häufig anonyme Hinweise zu Abrechnungsbetrugsfällen. Bei den GKV-Unternehmen ist es immerhin noch fast ein Fünftel (18 %). Insgesamt besteht also noch weiteres Potenzial, Abrechnungsbetrag gezielt aufzudecken.

Auch wenn die Krankenversicherungsunternehmen Hinweisen im Regelfall konsequent nachgehen, sind sie eher zurückhaltend bei der Strafverfolgung. Gut ein Drittel (36%) der GKV- und die Hälfte der befragten PKV-Unternehmen gaben an, dass sie Verdachtsfälle selten oder nie zur Anzeige bringen. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Unternehmen mit der Arbeit der Staatsanwaltschaft bei der Aufklärung von Abrechnungsbetrug eher unzufrieden sind. Angeführt werden in diesem Zusammenhang vor allem die mangelhafte Fachkompetenz der Behörden und die lange Verfahrensdauer. Auch wenn die Zurückhaltung der Unternehmen nachvollziehbar sein mag, ist die konsequente Anwendung des Null-Toleranz-Prinzips in Bezug auf strafbare Handlungen aus unserer Sicht ein wichtiges Element der glaubwürdigen Bekämpfung von Abrechnungsbetrug.

Hohe Hürden für die Einleitung von Strafverfahren

Im Hinblick auf die Präventions- und Kontrollaktivitäten der Krankenversicherungsunternehmen zeigt unsere Studie zwei wesentliche Tendenzen:

Trend zu IT-gestützten Analysemaßnahmen

- Auch bei den PKV-Unternehmen wird der Abrechnungsbetrug häufig durch eigens eingerichtete Organisationseinheiten, wie sie für die GKV gesetzlich vorgeschrieben sind, bekämpft.
- Während für die GKV der gegenseitige Informationsaustausch und die Zusammenarbeit über die Verbände das am weitesten verbreitete Mittel gegen Abrechnungsbetrug ist, stützen sich die PKV vor allem auf maschinelle Plausibilitätsprüfungen von Abrechnungen.

Angesichts des großen Dunkelfeldes planen zwei Drittel der PKV, aber nur jede fünfte der befragten gesetzlichen Krankenkassen weitere Aktivitäten zur Betrugsbekämpfung. Im Vordergrund stehen dabei IT-gestützte Analysemaßnahmen, die das Hinweisaufkommen vergrößern und so eine effizientere Aufklärung ermöglichen.

Idealbild: Gesamtsystem zur Betrugsbekämpfung

Aus unserer Sicht haben viele Krankenversicherungsunternehmen erkannt, dass Abrechnungsbetrug am besten mithilfe eines systematischen Ansatzes aus Prävention, Entdeckung und Reaktion zu bekämpfen ist, bei dem (Organisations-) Strukturen und (IT-)Prozesse so ineinandergreifen, dass die vorhandenen Ressourcen zur Aufklärung von Sachverhalten möglichst effizient eingesetzt werden. Maßstab für die Effizienz ist dabei nicht nur die Rückführung entstandener Schäden, sondern auch die dadurch erreichte Präventionswirkung.

B Die Schäden und ihre Verursacher

1 Schadenhöhe und -häufigkeit

Die Antikorruptionsorganisation Transparency International Deutschland e. V. geht davon aus, dass Betrug, Verschwendung und Korruption im Gesundheitswesen jährlich Schäden in zweistelliger Milliardenhöhe verursachen. Ihre Schätzungen liegen zwischen 6 und 20 Milliarden Euro.⁴ Das Europäische Netzwerk gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (EHFCN) gibt an, dass der finanzielle Schaden im Jahr 2010 schätzungsweise bei 13 Milliarden Euro lag.⁵ Das entspricht immerhin rund 5 % der laufenden Gesundheitsausgaben in Deutschland.

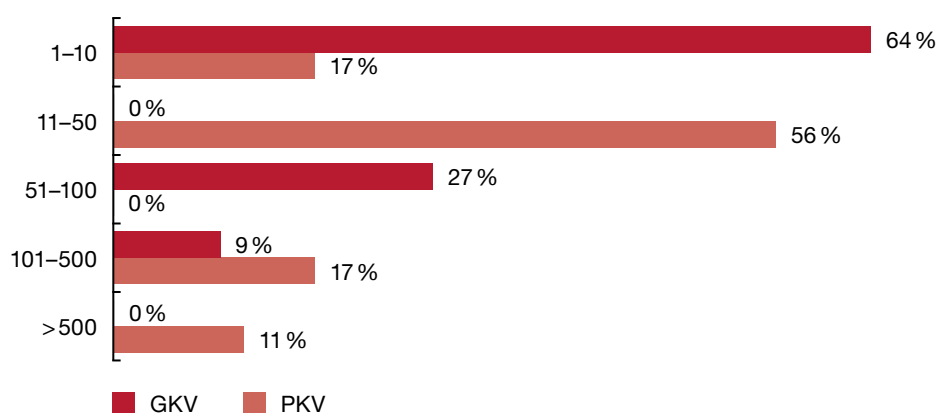
Überträgt man diesen Anteil auf die Leistungsausgaben der GKV und der PKV in Deutschland, so kann man annehmen, dass den Versicherten in der PKV im Jahr 2010 ein durch Betrug, Korruption und Verschwendung verursachter Schaden von mehr als 1 Milliarde Euro entstanden ist. Bei den GKV wären es sogar fast 8 Milliarden Euro. Ein beträchtlicher Teil dieser Schäden ist auf Korruption zurückzuführen, unter anderem im Rahmen von Pharmamarketing. Selbst wenn vom Gesamtvolumen nur 10 bis 20 % auf die Deliktart Abrechnungsbetrug entfallen, können wir nach diesen Schätzungen von einer Schadensumme in Höhe von 100 bis 200 Millionen Euro jährlich ausgehen, die durch fehlerhafte Abrechnung entsteht.

Entgegen der in der Öffentlichkeit wahrgenommenen Zunahme von Betrug, Verschwendung und Korruption im Gesundheitswesen ist die Zahl der erfassten Fälle von Abrechnungsbetrug in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) zwischen 2009 und 2011 jährlich tatsächlich um mehr als 20 % zurückgegangen. Nach Anstiegen in den Jahren 2006 bis 2008 sind die Fallzahlen nun drei Jahre in Folge gesunken. In der PKS wird allerdings nur das Hellfeld, also die der Polizei bekannt gewordene Kriminalität erfasst. Vor diesem Hintergrund waren wir in unserer Studie zunächst an der Höhe und Häufigkeit der von den befragten Krankenversicherungsunternehmen registrierten Schäden interessiert.

Unsere Befragung ergab, dass jedes der befragten Unternehmen von Abrechnungsbetrug betroffen ist, wenn auch in unterschiedlicher Intensität. Bei den GKV-Unternehmen gaben die meisten Unternehmen (64 %) an, dass bei ihnen im letzten Jahr ein bis zehn Fälle aufgetreten sind. Gut die Hälfte der befragten PKV-Unternehmen hat im vergangenen Jahr zwischen 11 und 50 Fälle von Abrechnungsbetrug identifiziert. Des Weiteren hat sich gezeigt, dass die Zahl der entdeckten Betrugsfälle mit der Größe des Krankenversicherungsunternehmens einhergeht und größere Unternehmen im Regelfall mehr Fälle identifizieren.

⁴ Vgl. Transparency International Deutschland e. V., Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen – Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe (Grundsatzpapier), 5. Auflage, Juni 2008, S. 5.

⁵ Vgl. EHFCN, Annual Report 2009/2010, S. 11.

Abb. 1 Anzahl aufgetretener Betrugsfälle im letzten Jahr⁶

Diese Zahlen erscheinen verhältnismäßig niedrig. Gemessen an der Anzahl der Versicherten kommen etwa drei Fälle auf 10.000 Versicherte. Dabei spielt es sicher auch eine Rolle, wie die Erkennung von Abrechnungsbetrug von der routinemäßigen Abrechnungsprüfung (Leistungsmanagement) abgegrenzt wird. Viele Unternehmen haben das Leistungsmanagement in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut, um ungerechtfertigte Ansprüche von Versicherten und Leistungserbringern zu erkennen. Die Fälle, in denen bereits die routinemäßige Rechnungsprüfung fehlerhafte Abrechnungen oder ungerechtfertigte Ansprüche aufdeckt, werden von den Krankenversicherungsunternehmen im Regelfall nicht als Betrugsdelikte registriert.

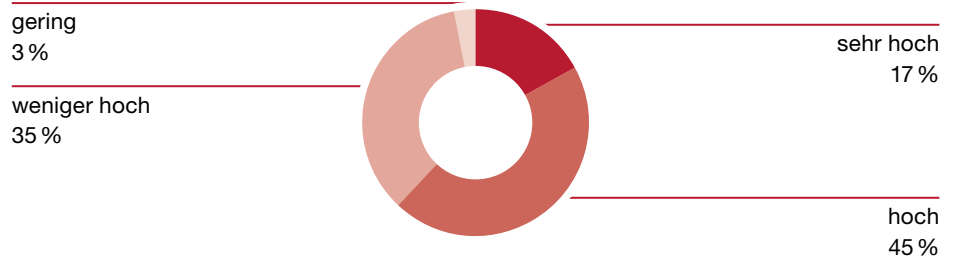
Die Zahl eindeutig identifizierter Betrugsfälle zeigt aus unserer Sicht nur einen Ausschnitt des Phänomens. Neben den Betrugsfällen, die im Leistungsmanagement aufgedeckt, dort unmittelbar „bereinigt“ und daher nicht als solche erfasst werden, dürften in der Anzahl der Verdachtsfälle weitere Betrugsdelikte enthalten sein, die letztlich aber nicht nachgewiesen werden können. Die Krankenkasse DAK-Gesundheit registrierte beispielsweise im Jahr 2011 über 1.500 neue Hinweise auf möglichen Abrechnungsbetrug⁷, die Ermittler der KKH-Allianz deckten im selben Zeitraum fast 600 Fälle⁸ auf. Wir haben die Krankenversicherungsunternehmen deshalb auch nach ihrer Einschätzung zum Ausmaß der nicht entdeckten Betrugsfälle gefragt.

⁶ In dieser und den folgenden Abbildungen können aus rechentechnischen Gründen die Zahlenangaben und Prozentwerte Rundungsdifferenzen aufweisen.

⁷ Vgl. www.dak.de/content/dakhome/abrechnungsbetrug_2012.html.

⁸ Vgl. www.kkh-allianz.de/index.cfm?pageid=2669&pk=118275.

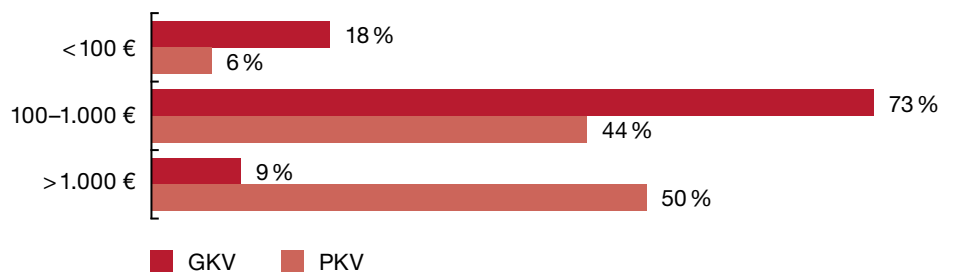
Abb. 2 Einschätzung der Dunkelziffer



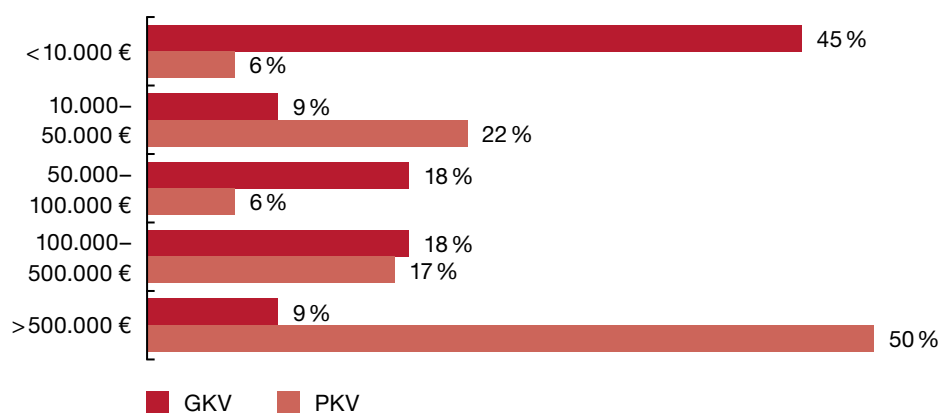
Die befragten Unternehmen gehen mehrheitlich von einem großen Dunkelfeld aus. Fast zwei Drittel (62%) der Unternehmen schätzen die Zahl nicht entdeckter Betrugsfälle als hoch oder sehr hoch ein. Wir können demnach davon ausgehen, dass die Krankenversicherungsunternehmen stärker von Abrechnungsbetrug betroffen sind, als sie es derzeit erkennen können.

Hinsichtlich der Höhe des finanziellen Schadens, der durch einen einzelnen Abrechnungsbetrug verursacht wird, gehen die Einschätzungen der GKV- und PKV-Unternehmen auseinander. Die Hälfte der befragten PKV gibt an, dass ein Fall von Abrechnungsbetrug im Durchschnitt einen Schaden von mehr als 1.000 Euro verursacht. Fast drei Viertel (73%) der befragten gesetzlichen Krankenkassen berichten hingegen, dass der Schaden eines Deliktes zwischen 100 und 1.000 Euro liegt.

Abb. 3 Durchschnittlicher Einzelschaden durch Abrechnungsbetrug



Die Vergleichbarkeit der Rückmeldungen der befragten GKV und PKV zur Schadenshöhe ist vor allem aufgrund der unterschiedlichen Unternehmensgrößen eingeschränkt. Dennoch zeigt sich auch bei der Einschätzung des jährlichen Gesamtschadens die Tendenz, dass die befragten PKV-Unternehmen höhere Schäden verzeichnen als die befragten, überwiegend kleinen gesetzlichen Krankenkassen.

Abb. 4 Jährlicher Gesamtschaden durch Abrechnungsbetrug

Während der jährliche Gesamtschaden bei der Hälfte der PKV-Unternehmen 500.000 Euro zum Teil deutlich übersteigt, beziffern 45 % der gesetzlichen Krankenkassen den jährlichen Schaden nur auf bis zu 10.000 Euro. Vor dem Hintergrund der von den befragten GKV berichteten Fallzahlen ist diese Einschätzung zwar nicht überraschend, der durchschnittliche Gesamtschaden der gesetzlichen Krankenkassen liegt aber vermutlich höher. So berichtet beispielsweise die KKH-Allianz für das Jahr 2011 von Schäden aus Abrechnungsbetrug in Höhe von knapp 1 Million Euro.⁹

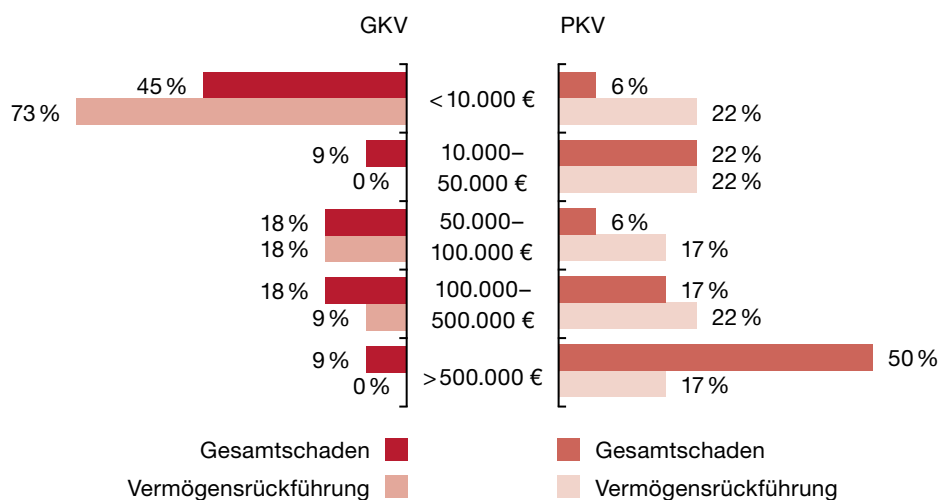
Gemessen an den Bruttobeitragseinnahmen (BBE) sind die nachweislich durch Abrechnungsbetrug hervorgerufenen finanziellen Schäden sowohl bei den GKV als auch den PKV nicht existenzgefährdend. Die indirekten Auswirkungen – zum Beispiel der mit dem Bekanntwerden von Betrugsfällen einhergehende Reputations- und Vertrauensverlust bei den Versicherten und der daraus erwachsende Wettbewerbsnachteil – können wesentlich gravierender sein, lassen sich aber nur schwer quantifizieren.

Neben der Größe der befragten Krankenversicherungsunternehmen und den Kapazitäten ihrer Betrugsbekämpfungsstellen dürfte eine Reihe weiterer Faktoren Einfluss auf die Schadeneinschätzungen haben. So ist zum Beispiel davon auszugehen, dass die Unternehmen Aufmerksamkeits- bzw. Kontrollschwerpunkte festgelegt haben, die die Entdeckung und Verfolgung bestimmter Verdachtsfälle begünstigen. Dabei spielt sicherlich auch die Wirtschaftlichkeit der Aktivitäten zur Entdeckung und Verfolgung sowie das damit einhergehende Potenzial zur Vermögensrückführung eine Rolle.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist eine institutionalisierte Betrugsaufdeckung besonders dann sinnvoll, wenn es den Krankenversicherungsunternehmen dadurch gelingt, die entstehenden Vermögensschäden möglichst vollumfänglich zurückzuführen. Wir haben deshalb auch nach dem Umfang der von den Unternehmen realisierten jährlichen Vermögensrückführung gefragt.

⁹ Vgl. www.kkh-allianz.de/index.cfm?pageid=2669&pk=118275.

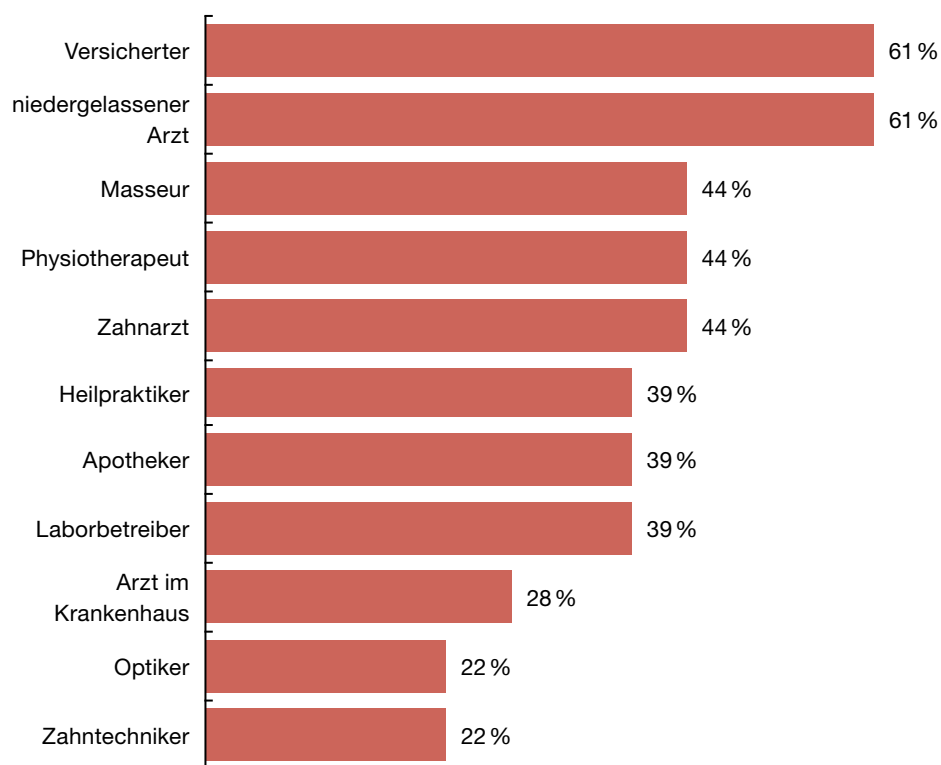
Abb. 5 Gesamtschaden und Vermögensrückführung



Der Vergleich von Gesamtschaden und Rückführung zeigt, dass es den Unternehmen nur teilweise gelingt, die erkannten Schäden auch zurückzuführen. Während beispielsweise die Hälfte der PKV einen jährlichen Gesamtschaden von mehr als 500.000 Euro verzeichnete, gaben nur 17% von ihnen an, dass sie in der gleichen Größenordnung verloren gegangenes Vermögen zurückholen konnten. Fast drei Viertel (73%) der gesetzlichen Krankenkassen bezifferten das Volumen der jährlichen Vermögensrückführung auf bis zu 10.000 Euro, während nur 45% von einem Gesamtschaden in dieser Größenordnung berichten – die übrigen GKV dürften also einen höheren Schaden verzeichnet haben. Hierbei muss sicherlich berücksichtigt werden, dass zwischen der Entdeckung eines Abrechnungsbetrugs, der Quantifizierung des Schadens und der Geltendmachung bzw. Rückführung des Vermögens eine mehr oder weniger große Zeitspanne liegen kann, sodass der jährliche Gesamtschaden und die wiedererlangten Vermögenswerte schon allein deshalb oft nicht übereinstimmen.

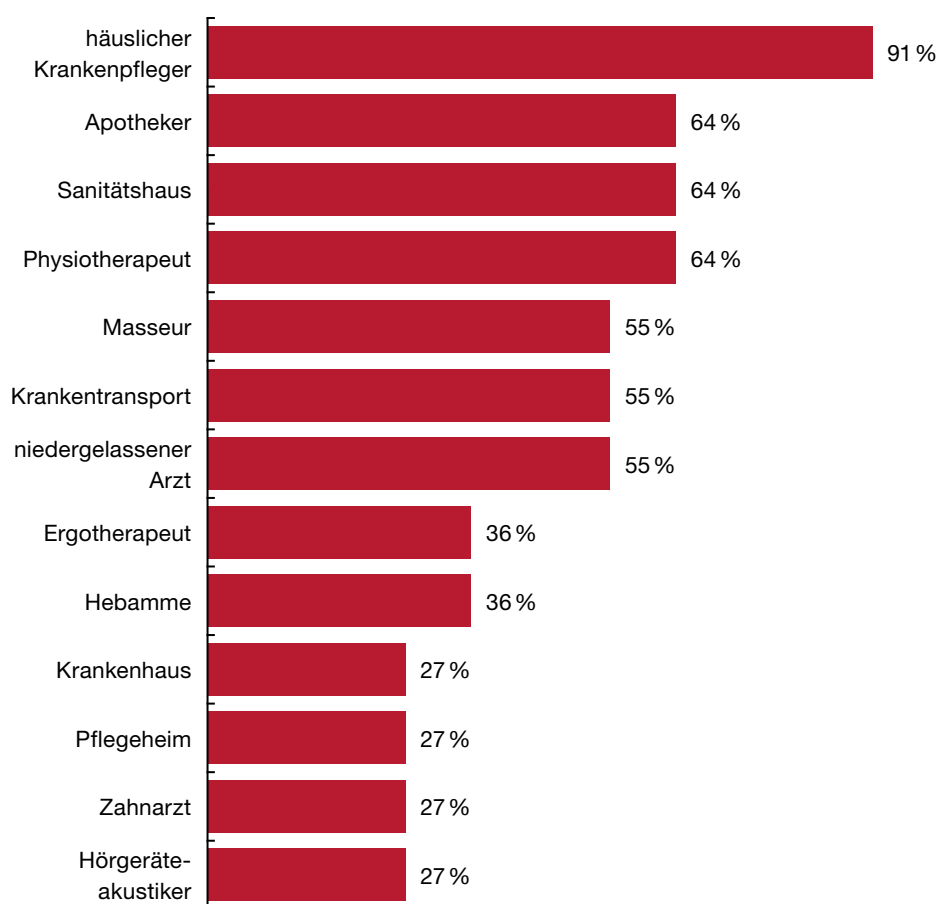
2 Die Täter

Zuverlässige Informationen über den bzw. die Betrugstäter sind eine wichtige Voraussetzung für die wirksame Prävention und für risikoorientierte Kontrollmaßnahmen. Viele Studien zur Wirtschaftskriminalität haben sich dabei auf die Charakterisierung des Täters, konkrete Tätermerkmale und Tatgründe konzentriert. Für unsere Studie haben wir uns zunächst darauf beschränkt, herauszufinden, welche Personengruppen am häufigsten als Betrugstäter in Erscheinung treten. Wegen der unterschiedlichen Abrechnungsmechanismen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungsunternehmen ergab unsere Befragung hier ein heterogenes Bild.

Abb. 6 Betrugstäter in der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung steht der Versicherte an der Spitze der häufig bzw. sehr häufig genannten Betrugstäter. Dieses Ergebnis ist aus unserer Sicht nicht überraschend: Knapp 70 % der Krankenversicherungsleistungen der PKV werden über den Versicherten abgerechnet. Auch die ebenso häufige Nennung der niedergelassenen Ärzte als Betrugstäter ist nachvollziehbar, wenn man berücksichtigt, dass gut die Hälfte (55 %) der ambulanten Leistungen – und damit knapp ein Viertel aller von den PKV gewährten Krankenversicherungsleistungen – auf Arztbehandlungen entfallen.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen treten vor allem die abrechnenden Leistungserbringer als Betrugstäter in Erscheinung. Die Ergebnisse unserer Befragung zeigen, dass Abrechnungsbetrug primär im ambulanten Bereich wahrgenommen wird. Das Spektrum der Tätergruppen ist dabei breit gefächert.

Abb. 7 Betrugstäter in der gesetzlichen Krankenversicherung

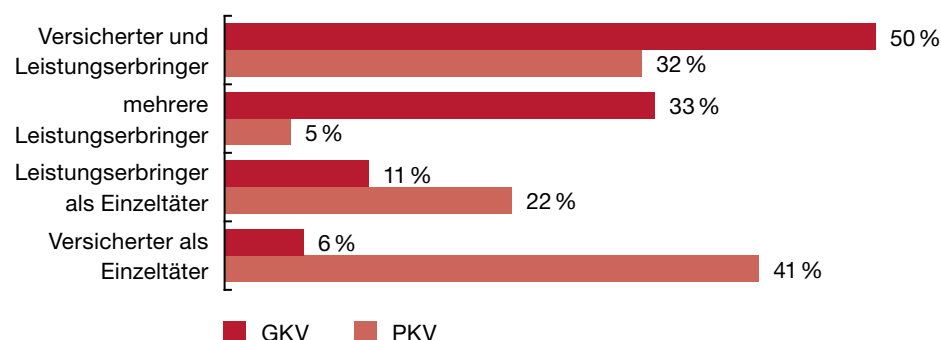
Auffällig ist, dass zwei der vier von den GKV am häufigsten genannten Leistungserbringer (häusliche Krankenpflege und Physiotherapie) aus Leistungsbereichen stammen, auf die 2010 insgesamt weniger als 5 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen entfielen. Nur gut ein Viertel (27 %) der befragten GKV-Unternehmen nannte hingegen das abrechnende Krankenhaus als häufig oder sehr häufig auftretenden Betrugstäter, obwohl im Jahr 2010 mehr als 35 % der Ausgaben aller GKV in diesem Bereich erfolgten.

Sowohl in der PKV als auch in der GKV gehören mit Krankenpflegern, Physiotherapeuten und Masseuren Erbringer (ambulanter) medizinischer Dienstleistungen zu den am häufigsten identifizierten Betrugstätern. Gerade in der häuslichen Krankenpflege und bei den Heilmitteln bestehen offensichtlich vielfältige Tatgelegenheiten, beispielsweise durch Abrechnung nicht erbrachter Pflegedienstleistungen oder durch den Einsatz nicht ausreichend qualifizierten Personals in der Physiotherapie. Zudem dürften die mit knappen zeitlichen Vorgaben verbundenen, verhältnismäßig geringen Vergütungen dieser Leistungen bei den Erbringern einen starken Anreiz zum Abrechnungsbetrug erzeugen.

Unsere Ergebnisse decken sich in diesem Bereich auch mit den veröffentlichten Erkenntnissen einzelner GKV-Unternehmen: So lag der Schwerpunkt der Ermittlungen des Betrugsbekämpfungsteams der DAK-Gesundheit bei den Heilmitteln, auf Platz zwei folgt der Bereich Pflege.¹⁰ Bei den von der KKH-Allianz für 2011 veröffentlichten Fallzahlen werden die meisten Ermittlungen (25 %) bei Krankengymnasten und Physiotherapeuten durchgeführt, während die häusliche Pflege mit knapp 10 % aller Ermittlungsfälle an dritter Stelle steht.¹¹ Wir gehen deshalb davon aus, dass das Hinweisaufkommen in Kombination mit einer nennenswerten Erfolgsquote bei der Entdeckung dazu führt, dass die Krankenversicherungsunternehmen auch einen Kontrollschwerpunkt auf diesen Bereich gelegt haben.

Im Rahmen unserer Erhebung haben wir die GKV- und PKV-Unternehmen auch nach ihren Einschätzungen zu beobachteten Täterkonstellationen gefragt. Während die GKV-Unternehmen überwiegend eine gemeinschaftliche Tatbegehung von Leistungserbringer und Versichertem feststellen, dominiert bei den privaten Krankenversicherungen der Versicherte als Betrugstäter. 41 % der befragten PKV-Unternehmen gaben an, dass der Versicherte häufig bzw. sehr häufig als Einzeltäter auftritt, während die Täterkonstellation aus Versichertem und Leistungserbringer an zweiter Stelle (32 %) folgt. Somit ist der Versicherte an fast drei Vierteln (73 %) aller von den privaten Krankenversicherungen beobachteten Betrugsfälle beteiligt.

Abb. 8 Die häufigsten Täterkonstellationen



Bezüglich der durch Abrechnungsbetrug verursachten Schäden und deren Verursacher ergibt sich also folgendes Bild:

- Während das Hellfeld des Abrechnungsbetrugs aus Sicht der Unternehmen verhältnismäßig klein erscheint, können wir gleichzeitig von einer beträchtlichen Dunkelziffer nicht entdeckter Delikte ausgehen.
- Eine typische Tätergruppe lässt sich nicht eindeutig identifizieren. Für die privaten Krankenversicherungen ist – schon aufgrund des Abrechnungsverfahrens – der Versicherte der am häufigsten auftretende Betrugstäter. Bei den gesetzlichen Krankenkassen konzentrieren sich die Betrugstaten auf die ambulanten Leistungserbringer.

¹⁰ Vgl. www.dak.de/content/dakhome/abrechnungsbetrug_2012.html.

¹¹ Vgl. www.kkh-allianz.de/filesserver/kkhallianz/files/3562.pdf.

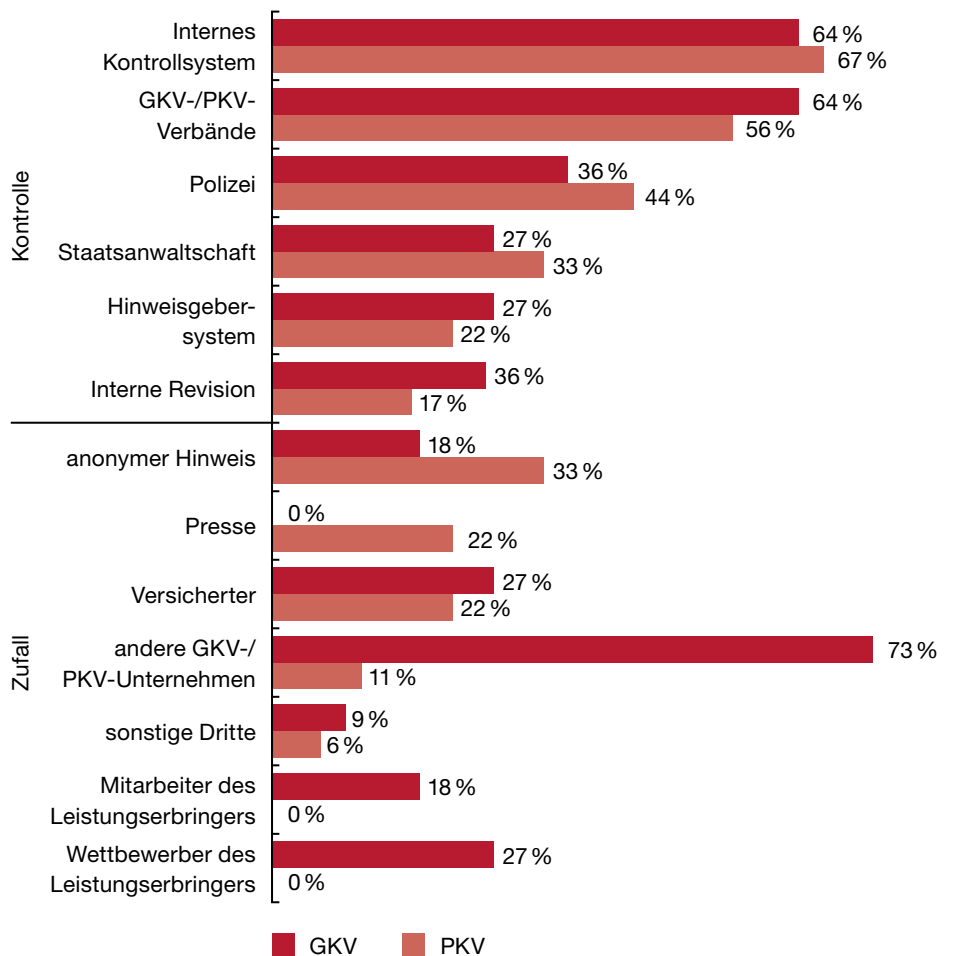
C Entdeckung und Verfolgung von Abrechnungsbetrug

1 Entdeckungswege

Die erfolgreiche Bekämpfung von Abrechnungsbetrug ist ganz wesentlich davon abhängig, dass Hinweise möglichst schnell zu den mit der Bearbeitung eines Falls betrauten Stellen im Unternehmen gelangen können. Implementierte Kontrollmaßnahmen, die die Hinweisgebung einfacher machen, erhöhen die Entdeckungswahrscheinlichkeit und tragen damit zur wirksamen Prävention bei.

Aus vielen Studien zur Wirtschaftskriminalität und unserer täglichen Praxis in der Aufklärung von derartigen Sachverhalten wissen wir, dass „Kommissar Zufall“ bei der Entdeckung von Wirtschaftsstraftaten eine wichtige Rolle spielen. Viele Verdachtsfälle kommen erst auf diese Weise ans Tageslicht. Für unsere Studie haben wir daher die Antworten der befragten Unternehmen danach gegliedert, ob sie eher den Kontrollmaßnahmen oder dem Zufall zugeordnet werden können.

Abb. 9 Entdeckungswege für Abrechnungsbetrug



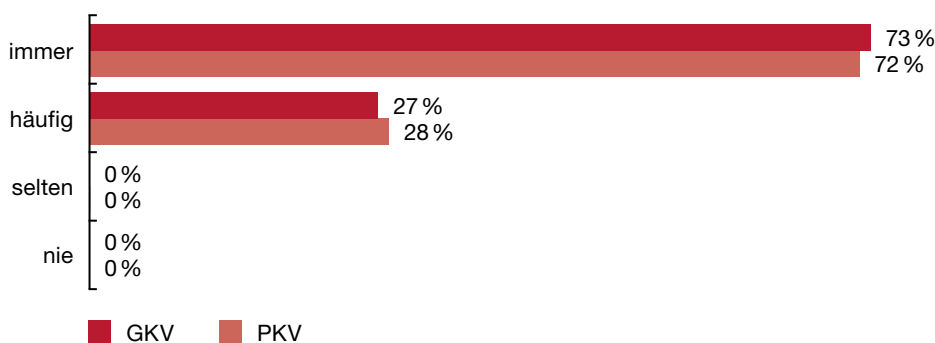
Für alle Krankenversicherungsunternehmen sind das IKS und die Zusammenarbeit über die jeweiligen Verbände die wichtigsten Entdeckungswege, die ihrer eigenen Kontrolle unterliegen. Die befragten GKV-Unternehmen erhalten jedoch aus der Zusammenarbeit mit anderen Krankenkassen die meisten Hinweise auf mögliche Fälle von Abrechnungsbetrug – aus unserer Sicht eine eher dem Zufall zuzuordnende Hinweisquelle.

Insgesamt spielt der Zufall also auch in der Entdeckung von Abrechnungsbetrug eine wichtige Rolle. Immerhin jedes dritte der befragten PKV-Unternehmen gab an, häufig oder sehr häufig anonyme Hinweise zu erhalten. Die Aufdeckungswahrscheinlichkeit von Delikten ausschließlich durch verstärkte Kontrollaktivitäten erhöhen zu wollen, greift daher sicherlich zu kurz. Durch präventives Einwirken auf die soziale Umgebung eines potenziellen Betrugstäters kann eine informelle soziale Kontrolle gefördert werden, die letztendlich tathemmend wirkt.

Dennoch: Allein das riesige Volumen der Gesundheitsausgaben der Krankenversicherungsunternehmen von jährlich mehr als 250 Milliarden Euro verleitet potenzielle Täter im Gesundheitsmarkt dazu, sich einen möglichst großen Teil davon zu sichern.¹² Hinzu kommt, dass der durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die demografische Entwicklung in Deutschland ausgelöste Kostendruck auf die Leistungserbringer auch weiterhin signifikante Anreize für den Abrechnungsbetrug erzeugen wird. Schon allein deshalb sollten Präventions- und Kontrollmaßnahmen möglichst eng miteinander verzahnt werden.

Für die Glaubwürdigkeit der Unternehmen ist es wichtig, dass auf eingegangene Hinweise schnell und angemessen reagiert wird. Hinweise auf Abrechnungsbetrug nicht zu verfolgen oder zu verharmlosen, kann nicht nur zu erheblichen direkten und indirekten Schäden führen. Vielmehr kann sich daraus auch eine Verletzung der Aufsichts- und Sorgfaltspflichten des Unternehmens bzw. seiner gesetzlichen Vertreter ergeben.

Abb. 10 Konsequente Aufklärung von eingegangenen Hinweisen



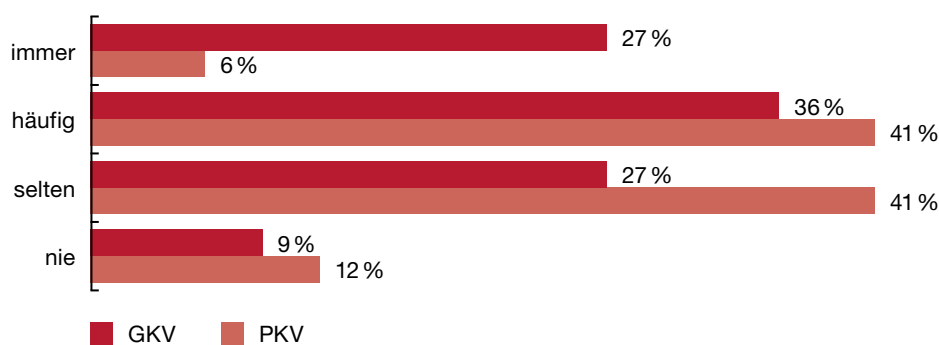
¹² Vgl. Transparency International Deutschland e. V., Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen – Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe (Grundsatzpapier), 5. Auflage, Juni 2008, S. 44.

Knapp drei Viertel (73 % der GKV, 72 % der PKV) der befragten Krankenversicherungsunternehmen geben an, Hinweise immer konsequent aufzuklären. So überzeugend dieser Wert auf den ersten Blick erscheint, so überraschend ist er auf den zweiten Blick. Denn er lässt die Schlussfolgerung zu, dass immerhin gut ein Viertel der Unternehmen Hinweisen nicht jedes Mal nachgeht. Aus unserer Sicht ist es ein wichtiges Element wirksamer Prävention, jeden Hinweis auf Abrechnungsbetrug sorgfältig zu prüfen. Damit ermöglichen sich die Krankenversicherungsunternehmen nicht nur eine bessere Unterscheidung von begründeten und unbegründeten Fällen, sie verbessern auch ihre Fähigkeit, zuverlässige Indikatoren für die Identifikation von Abrechnungsbetrug zu entwickeln und ihre eigenen Kontrollmechanismen zu verfeinern.

Für die privaten Krankenversicherungen ist neben der konsequenten Aufklärung auch die Kündigung des Versicherungsverhältnisses ein oft gewähltes Mittel im Umgang mit Abrechnungsbetrug. Gut ein Fünftel der befragten PKV-Unternehmen (22 %) ergreifen diese Maßnahme immer, weitere 61 % kündigen das Versicherungsverhältnis häufig.

Wesentlich seltener erstatten die Krankenversicherungsunternehmen schon bei Verdachtsfällen Strafanzeige. Etwa die Hälfte der PKV-Unternehmen (53 %) und gut ein Drittel der GKV-Unternehmen (36 %) gaben an, dass sie Verdachtsfälle selten oder nie zur Anzeige bringen. Auch wenn wir davon ausgehen müssen, dass die abschreckende Wirkung einer Strafanzeige begrenzt ist, trägt die strafrechtliche Sanktionierung von Abrechnungsbetrug langfristig zur Schärfung des Unrechtsbewusstseins bei.

Abb. 11 Erstattung von Strafanzeige bei Verdacht auf Abrechnungsbetrug



Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach § 197a Absatz 4 SGB V angehalten, die Staatsanwaltschaft schon bei Vorliegen eines Anfangsverdachts „mit nicht nur geringfügiger Bedeutung“ zu unterrichten. Unsere Befragung zeigt jedoch, dass die GKV den ihnen durch diese gesetzliche Kannbestimmung zur Verfügung stehenden Spielraum ausnutzen. Insbesondere die nicht weiter definierte „nicht nur geringfügige Bedeutung“ des Anfangsverdachts führt in der Praxis offensichtlich regelmäßig dazu, dass die GKV von einer Strafanzeige absehen.

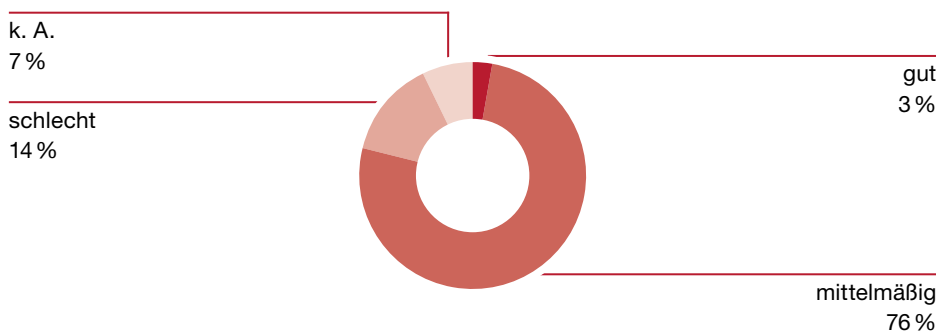
2 Strafverfolgung

Die Zurückhaltung der Krankenversicherungsunternehmen, Fälle von Abrechnungsbetrug zur Anzeige zu bringen, ist als allgemeine Tendenz auch in unseren Studien zur Wirtschaftskriminalität erkennbar.¹³ Oft scheint es den Unternehmen weniger darum zu gehen, dass Täter strafrechtlich verfolgt werden. Vielmehr stehen den Krankenversicherungsunternehmen meist andere wirkungsvolle Instrumente zur Verfügung, etwa die bereits erwähnte Vertragskündigung oder zumindest die Rückforderung gewährter Leistungen. Diese Instrumente werden häufig als ausreichend erachtet, um die mit einer dolosen Handlung bzw. einem Abrechnungsbetrug verbundenen negativen Auswirkungen für ein Unternehmen wirksam zu bekämpfen.

Auf der anderen Seite wird die Anzeigeneigung auch von der Erwartungshaltung der Krankenversicherungsunternehmen über die Erfolgsaussichten einer möglichen Strafverfolgung bestimmt. Vor diesem Hintergrund haben wir die Unternehmen nach ihrer Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Strafverfolgungsbehörden gefragt.

Eine mögliche Ursache für die Zurückhaltung der Unternehmen hinsichtlich der Einschaltung der Staatsanwaltschaft ist der wahrgenommene Erfolg bisheriger Strafverfahren. Drei von vier (76 %) Krankenversicherungsunternehmen beurteilen den Erfolg bisheriger Strafverfahren als „mittelmäßig“, nur 3 % sprechen von „guten“ Erfahrungen bei bisherigen Strafverfahren. Wir gehen davon aus, dass diese Einschätzung auch auf zukünftige Verfahren übertragen wird.

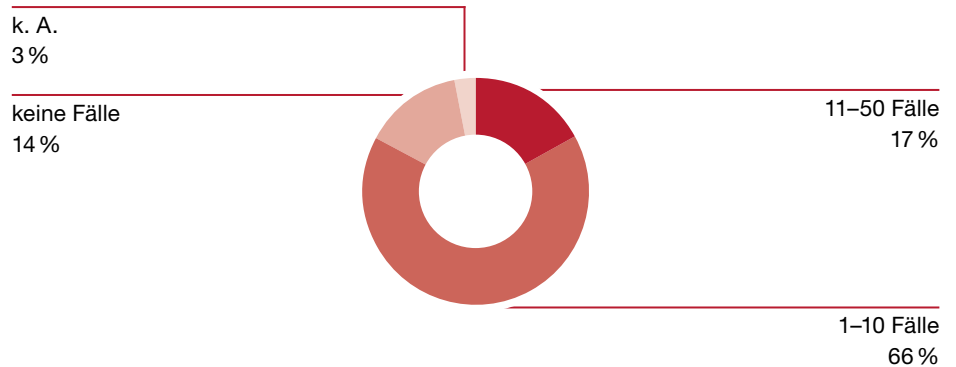
Abb. 12 Erfolg bisheriger Strafverfahren



Entsprechend gering ist auch die Zahl der Verfahren, die von den Krankenversicherungsunternehmen im letzten Jahr initiiert wurde. Zwei Drittel (66 %) der befragten Unternehmen haben zwischen einem und zehn Verfahren eingeleitet. Weitere 14 % der Unternehmen haben überhaupt keinen Abrechnungsbetrug zur Anzeige gebracht. Diese Zahlen mögen auch ein Beleg dafür sein, dass die Polizeiliche Kriminalstatistik einen Rückgang der Abrechnungsbetrugsfälle im Gesundheitswesen verzeichnet hat. Die verhältnismäßig geringe Zahl eingeleiteter Strafverfahren dürfte aber auch mit der personellen Ausstattung der von den Krankenversicherungsunternehmen eingerichteten Organisationseinheiten zur Betrugsbekämpfung (siehe Kapitel D 1) und der möglichen Komplexität eines Betrugsfalls zusammenhängen.

¹³ Vgl. PwC, Wirtschaftskriminalität 2009, S. 47 f.

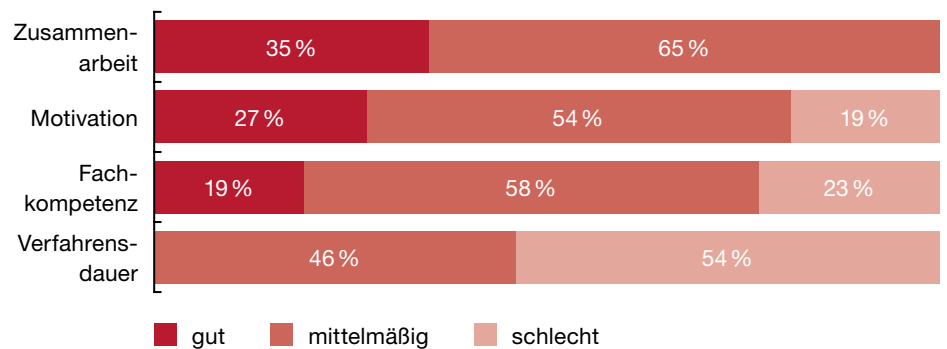
Abb. 13 Initiierte Strafverfahren im letzten Jahr



Die Hürde, ein Strafverfahren einzuleiten, ist für die meisten Unternehmen offensichtlich (zu) hoch. Auf der Suche nach den Ursachen für diese Zurückhaltung haben wir die GKV- und PKV-Unternehmen auch danach gefragt, wie sie die Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft konkret einschätzen.

Grundsätzlich bemüht und kooperativ, aber wenig kompetent und vor allem zu langsam – so könnte das Urteil der befragten Unternehmen über die Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft zusammengefasst werden.

Abb. 14 Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft



Gut ein Drittel (35 %) der Unternehmen, die sich zur Kooperation mit der Staatsanwaltschaft geäußert haben, beurteilen die Zusammenarbeit insgesamt als gut. Die Bewertung hinsichtlich des Aspekts Motivation fällt bereits weniger gut aus, und in Bezug auf die Fachkompetenz und die Verfahrensdauer herrscht deutliche Unzufriedenheit. Mehr als die Hälfte der befragten GKV und PKV (54 %) beurteilt die Verfahrensdauer eindeutig als zu lang, fast ein Viertel (23 %) ist mit der Fachkompetenz der Staatsanwaltschaften nicht zufrieden.

Auch wenn uns keine zuverlässigen Informationen über die durchschnittliche Dauer von Strafverfahren zum Abrechnungsbetrug vorliegen, so können wir zumindest davon ausgehen, dass die Erwartungshaltung der Krankenversicherungsunternehmen an eine angemessene Verfahrensdauer regelmäßig nicht erfüllt wird. Hinzu kommt, dass gerade größere Fälle von Abrechnungsbetrug eine besondere Komplexität aufweisen können und – wie viele andere Wirtschaftsstraftaten auch – schwer nachzuweisen sind.

So stellt die im Oktober 2009 eingerichtete Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen (ZBVKG) – die bisher einzige auf die Verfolgung von Abrechnungsbetrug spezialisierte Ermittlungsbehörde in Deutschland – fest, dass in vielen Fällen bereits bei der Prüfung des Vorliegens eines Anfangsverdachts komplexe sozial- und gebührenrechtliche Fragestellungen zu klären sind, die oft nur mithilfe externer Expertise beantwortet werden können.¹⁴ Die (zwangsläufige) Folge sind längere polizeiliche Ermittlungs- und gerichtliche Strafverfahren. Die Einschätzung, dass es den Ermittlungsbehörden oft am erforderlichen Spezialwissen zur Aufklärung von Abrechnungsbetrug fehlt, stellt auch die KKH-Allianz fest und schlägt bundesweite Fortbildungsangebote für Staatsanwälte vor.¹⁵

Vor diesem Hintergrund mag verständlich sein, dass Krankenversicherungsunternehmen, deren Hauptinteresse in der Vermögensrückführung und gegebenenfalls einer zivilrechtlichen Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen liegt, von der Erstattung einer Strafanzeige in vielen Fällen absehen. Dennoch gehen wir davon aus, dass zu einem umfassenden Präventions- und Kontrollansatz im Kampf gegen Abrechnungsbetrug auch die konsequente Strafverfolgung gehört.¹⁶ Die Anwendung eines Null-Toleranz-Prinzips in Bezug auf strafbare Handlungen erhöht nicht nur die Glaubwürdigkeit des Krankenversicherungsunternehmens, sondern wirkt auch auf einen Teil der potenziellen Betrugstäter abschreckend. Die häufige Zusammenarbeit mit Polizei und Staatsanwaltschaft dürfte zudem mittelfristig dabei helfen, den von den Unternehmen erkannten Mangel an Spezialwissen bei den Strafverfolgungsbehörden zu reduzieren.

¹⁴ Vgl. Badle, Alexander, „Wie viel Strafrecht braucht der deutsche Gesundheitsmarkt?“ in: Duttge, Gunnar (Hg.), *Tatort Gesundheitsmarkt*, S. 28.

¹⁵ Vgl. www.kkh-allianz.de/index.cfm?pageid=2669&pk=118275.

¹⁶ So auch die Forderung von Transparency International Deutschland e. V. Vgl. Transparency International Deutschland e. V., *Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen – Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe* (Grundsatzpapier), 5. Auflage, Juni 2008, S. 8.

D Prävention und Kontrolle

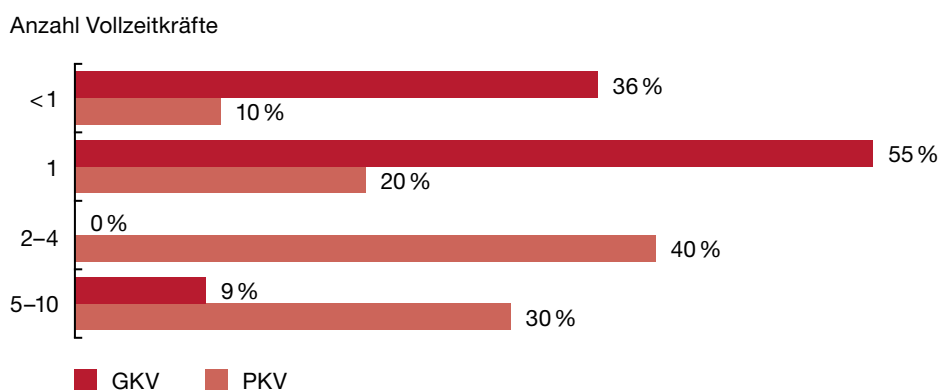
1 Bestandsaufnahme

Wirksamer Schutz gegen Abrechnungsbetrug basiert auf der sinnvollen Kombination von Präventions- und Kontrollmaßnahmen. Ein engmaschiges Netz derartiger Maßnahmen erhöht die Entdeckungswahrscheinlichkeit von Betrugsfällen und hilft dabei, das Dunkelfeld zu erhellen.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach § 197a SGB V verpflichtet, eine Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten, die Unregelmäßigkeiten nachgeht und die die rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln aufdecken soll. Damit verfügen die GKV über institutionalisierte Stellen, die sich mit Abrechnungsbetrug auseinandersetzen.

Für die PKV besteht keine gesetzliche Verpflichtung, die Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in einer eigenständigen Organisationseinheit zu institutionalisieren. Dennoch hat mehr als die Hälfte der von uns befragten PKV-Unternehmen (56 %) eine solche Stelle eingerichtet. Dabei sind es vor allem die großen PKV mit mehr als 1,5 Milliarden Euro Brutto-Beitragseinnahmen (BBE), die Abrechnungsbetrug durch darauf spezialisierte (Vollzeit-)Mitarbeiter bekämpfen. Aus unserer Sicht ist die Einrichtung einer dedizierten Ermittlungseinheit in den Krankenversicherungsunternehmen ein wichtiger organisatorischer Schritt, Fehlverhalten im Gesundheitswesen effizient und effektiv zu verfolgen.

Erwartungsgemäß besteht auch bei der personellen Ausstattung der eingerichteten Stellen zur Betrugsbekämpfung ein Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenversicherungsunternehmens und der Anzahl der Vollzeitkräfte, die auf Abrechnungsbetrug spezialisiert sind. Bei den befragten gesetzlichen Krankenkassen bestehen mehr als die Hälfte (55 %) der Organisationseinheiten zur Betrugsbekämpfung nur aus einer Vollzeitkraft, ein gutes Drittel (36 %) der Unternehmen gab an, dass die gesetzliche Aufgabe sogar nur in Teilzeit wahrgenommen wird. Auch wenn die befragten GKV überwiegend den kleinen Krankenkassen zuzuordnen sind und daher das (absolute) Hinweisaufkommen verhältnismäßig gering sein dürfte, gehen wir davon aus, dass wirksame Betrugsbekämpfung mit einer solchen personellen Ausstattung nur in sehr begrenztem Umfang möglich ist.

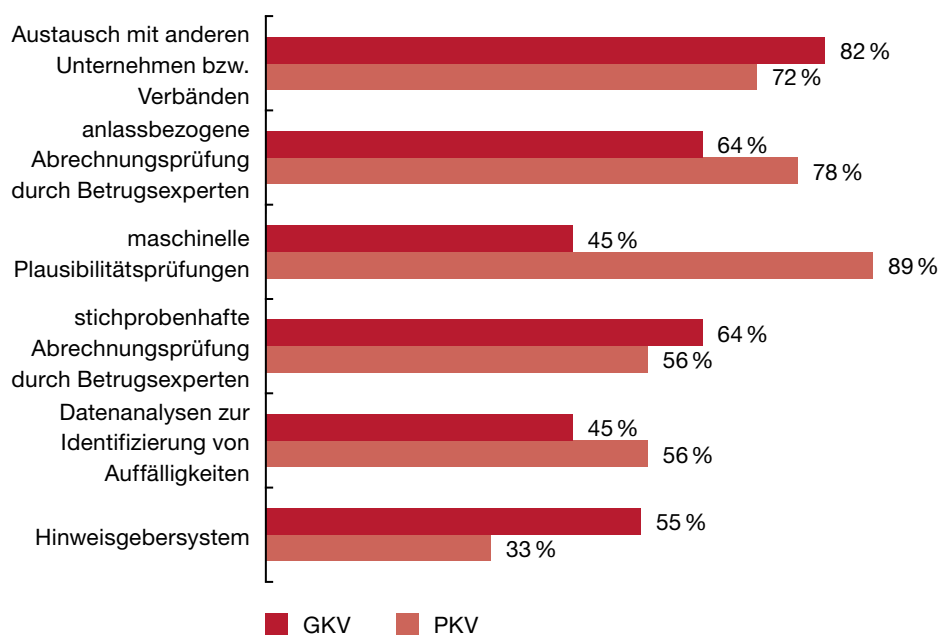
Abb. 15 Personelle Ausstattung der Betrugsbekämpfungsstellen

Bei den PKV-Unternehmen, die eine Betrugsbekämpfungsstelle eingerichtet haben, liegen die Mitarbeiterzahlen relativ gleichmäßig verteilt zwischen einem und zehn Mitarbeitern. Gemessen an den von diesen Unternehmen angegebenen Fallzahlen entspricht dies im Schnitt knapp sieben Mitarbeitern pro 100 aufgetretene Betrugsfälle. Nicht in diesen Zahlen enthalten sind die Mitarbeiter, die im Leistungsmanagement tätig sind.

In diesem Zusammenhang sind wir auch der Frage nachgegangen, ob die Krankenversicherungsunternehmen konkrete Erfolgsquoten für ihre Betrugsbekämpfungsstellen festgelegt haben, um auf diese Weise die Wirtschaftlichkeit der Arbeit dieser Organisationseinheiten zu fördern bzw. ihre Leistungsfähigkeit zu messen. Dabei stellten wir fest, dass die Definition solcher Quoten insgesamt nur wenig verbreitet ist und mit der Größe des Krankenversicherungsunternehmens zusammenhängen dürfte. Nach den Ergebnissen unserer Befragung machen vor allem die großen PKV ihren Betrugsbekämpfungsstellen solche Vorgaben, beispielsweise durch Festlegung eines Rückerstattungsbetrags für unrechtmäßig erlangte Leistungen oder orientiert an der Schadensumme. Wenn für die internen Ermittler eine Erfolgsquote festgelegt wird, dann sollte dabei aus unserer Sicht auch die präventive Wirkung der Arbeit der Betrugsbekämpfungsstellen berücksichtigt werden, zum Beispiel anhand der Entwicklung des Hinweisaufkommens oder der Verteilung von Hinweisen auf die einzelnen Entdeckungswege.

Unabhängig von der Institutionalisierung der Betrugsbekämpfung steht den Krankenversicherungsunternehmen ein breites Spektrum von Maßnahmen zur Entdeckung und Aufklärung von Abrechnungsbetrug zur Verfügung, das sie in unterschiedlicher Ausprägung nutzen. Dabei zeichnet unsere Studie für GKV und PKV unterschiedliche Bilder.

Während für die GKV der gegenseitige Informationsaustausch und die Zusammenarbeit über die Verbände das am weitesten verbreitete Mittel gegen Abrechnungsbetrug ist, stützen sich die PKV vor allem auf maschinelle Plausibilitätsprüfungen von Abrechnungen. Sowohl GKV als auch PKV setzen am zweithäufigsten auf die anlassbezogene Abrechnungsprüfung durch ihre Betrugsexperten. Deutlich seltener nutzen die Krankenversicherungsunternehmen derzeit indikatorenbasierte, verdachtsunabhängige Analysen ihres Datenbestands, um Auffälligkeiten zu entdecken.

Abb. 16 Implementierte Kontrollmaßnahmen zur Betrugsbekämpfung

Auch Hinweisgebersysteme sind – insbesondere bei den PKV – weniger verbreitet. Nur ein Drittel der befragten PKV-Unternehmen gab an, ein Hinweisgebersystem implementiert zu haben. Dieser Anteil liegt deutlich unter dem Durchschnitt deutscher Großunternehmen (41 %).¹⁷ Wir werten dies als Indiz dafür, dass die Wirksamkeit von Hinweisgebersystemen insgesamt noch kritisch gesehen wird. Sowohl unsere allgemeinen Studien zur Wirtschaftskriminalität als auch die Ergebnisse dieser Befragung zeigen jedoch, dass diejenigen Unternehmen, die ein Hinweisgebersystem eingerichtet haben, von überwiegend positiven Erfahrungen berichten. Zwei von drei PKV-Unternehmen haben häufig oder sehr häufig Hinweise auf Abrechnungsbetrug über das Hinweisgebersystem erhalten. Nach unserer Einschätzung ist deshalb die Einrichtung eines solchen Systems auch im Bereich des Abrechnungsbetrugs empfehlenswert. Damit soll ein geschützter Kommunikationsweg für Hinweise geschaffen werden, mit dem die Unternehmen weniger auf den Zufall angewiesen sind, um Betrugsfällen auf die Spur zu kommen.

Insgesamt zeigt unsere Studie, dass sich die Krankenversicherungsunternehmen aus dem Gesamtspektrum möglicher Kontrollaktivitäten ein jeweils individuelles Maßnahmenpaket zusammengestellt haben. Aus unserer Sicht ist bei einer solchen Zusammenstellung wichtig, dass anlassbezogene und anlassunabhängige sowie technische und nicht technische Mittel so miteinander kombiniert werden, dass mit einer effizienten Betrugsbekämpfung auch gezielte Impulse zur Abschreckung und Prävention gesetzt werden können.

¹⁷ PwC, Wirtschaftskriminalität 2011, S. 54.

2 Weiterentwicklung

Angesichts der von der Mehrheit der befragten Krankenversicherungsunternehmen vermuteten hohen Dunkelziffer gehen wir davon aus, dass die bisher implementierten Kontroll- und Präventionsmaßnahmen noch nicht ausreichen, um einen Großteil der Delikte aufzudecken. Weil sich die Betrugsmuster – zum Beispiel durch Modifikationen der Abrechnungsmechanismen – verändern können, ist es aus unserer Sicht erforderlich, die Bekämpfung von Abrechnungsbetrug kontinuierlich weiterzuentwickeln. Die Verfeinerung der Kontrollaktivitäten dürfte dabei zunächst dazu führen, dass die Zahl der entdeckten Betrugsfälle eher zu- als abnimmt, weil – im Sinne des Kontrollparadoxons – letztlich das Hellfeld erweitert wird. Je mehr Aufmerksamkeit die Unternehmen dem Thema Abrechnungsbetrug widmen, desto genauer werden auch die aus der Betrugsbekämpfung gewonnenen Erkenntnisse sein. Aus diesen Erkenntnissen können dann effizientere Präventionsmaßnahmen entwickelt werden, die mittelfristig zu tatsächlich sinkenden Fallzahlen führen dürften.

Vor diesem Hintergrund haben wir die Krankenversicherungsunternehmen gefragt, ob und inwieweit sie zusätzliche Maßnahmen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug planen. Erstaunlich war für uns, dass nur jede fünfte GKV Zusatzmaßnahmen innerhalb der nächsten zwölf Monate in Planung hat. Bei den PKV wollen hingegen zwei Drittel der Unternehmen weitere Aktivitäten zur Betrugsbekämpfung einleiten.

Abb. 17 Geplante Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug

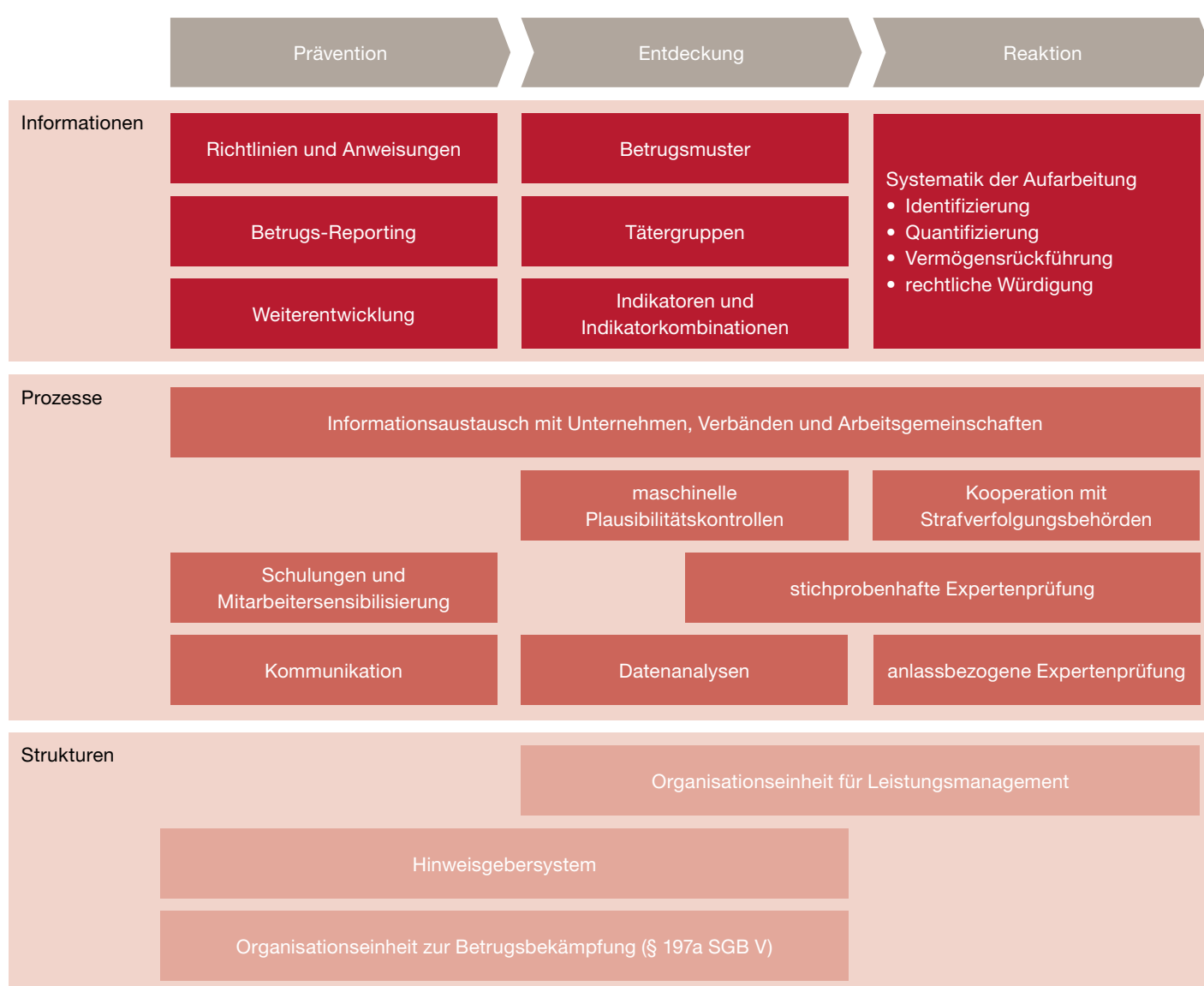


Fast zwei Drittel (63%) der Unternehmen, die weitere Maßnahmen zur Aufdeckung und Verhinderung von Abrechnungsbetrug geplant haben, wollen die maschinellen Plausibilitätsprüfungen erweitern. Mehr als die Hälfte (53%) beabsichtigen außerdem, mehr Datenanalysen zur Identifizierung von Auffälligkeiten durchzuführen.

Wir sehen in diesem Trend hin zu IT-gestützten Analysemaßnahmen über den gesamten Datenbestand das Bestreben der Unternehmen, das Hinweis-aufkommen zu vergrößern und dadurch das Dunkelfeld besser auszuleuchten. Solche Analysen helfen im Regelfall zwar nicht bei der unmittelbaren Aufklärung eines Abrechnungsbetrugs, bewirken aber eine deutlich größere Effizienz bei der Eingrenzung möglicher Verdachtsfälle und dadurch den gezielten Einsatz der für die Ermittlung zur Verfügung stehenden (knappen) Ressourcen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen aus unserer Sicht eindeutig, dass die Krankenversicherungsunternehmen dem Phänomen Abrechnungsbetrug durch eine Vielzahl struktureller und prozessualer Maßnahmen begegnen können – und dies auch müssen, wenn sie dauerhaft und glaubwürdig gegen Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorgehen wollen. Die wichtigste Grundlage dafür sind möglichst genaue Informationen über die Erscheinungsformen des Delikts und die damit verbundenen Warnsignale. Um solche Warnsignale nicht nur zu entdecken, sondern darauf auch angemessen zu reagieren und geeignete Präventionsmaßnahmen abzuleiten, bedarf es eines kohärenten Gesamtsystems gegen Abrechnungsbetrug. Ein solches könnte folgendermaßen strukturiert sein:

Abb. 18 Gesamtsystem gegen Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen



Dieser systematische Ansatz gegen Abrechnungsbetrug setzt dabei auf den inhaltlichen Dreiklang von Prävention, Entdeckung und Reaktion. Jedem dieser drei Bereiche lassen sich konkrete Aufgaben und Prozesse zuordnen, die einerseits auf Informationen beruhen, die zur wirksamen Betrugsbekämpfung erforderlich sind, andererseits aber selbst auch neue Informationen generieren helfen, die wiederum zur Verbesserung der Aufgabendefinition und Prozessabläufe genutzt werden können. All dies muss durch eine geeignete Aufbauorganisation strukturell unterstützt werden.

Aus unserer Sicht sollte jedes Krankenversicherungsunternehmen, das die Bekämpfung von Abrechnungsbetrug nachhaltig vorantreiben will, ein solches Gesamtsystem gegen Abrechnungsbetrug einrichten und dann auch kontinuierlich an sich ändernde Rahmenbedingungen sowie neueste Erkenntnisse zu Betrugsrisiken, Tatmustern und Aufarbeitungsverfahren anpassen.

E Methodik

Für die vorliegende Studie haben wir die PKV und die GKV anhand eines strukturierten Fragebogens zu ihren Einschätzungen zum Abrechnungsbetrag im Gesundheitswesen befragt. Dabei haben wir unsere Fragen auf die folgenden Themenfelder konzentriert:

- Höhe und Häufigkeit der Schäden
- Täter und Täterkonstellationen
- Entdeckungswege und Angaben zur Strafverfolgung
- implementierte und geplante Maßnahmen in der Kontrolle und Prävention von Abrechnungsbetrug

Die Umfrage wurde im Zeitraum von September 2011 bis März 2012 durchgeführt. Die Antwortbereitschaft der Krankenversicherungsunternehmen fiel unterschiedlich aus: 11 Unternehmen der GKV nahmen an unserer Umfrage teil. Gemessen an der Mitgliederzahl decken die Umfrageergebnisse damit etwas mehr als 4% der gut 51 Millionen Mitglieder der GKV-Unternehmen ab. Mit durchschnittlich etwa 250.000 Versicherten liegen die teilnehmenden Krankenkassen unter dem Durchschnitt der Branche von etwa 420.000 Versicherten. Die Ergebnisse lassen daher einen eher schlaglichtartigen Blick auf Abrechnungsbetrug im Bereich der GKV zu.

Abb. 19 Anteil der Studienteilnehmer am GKV- bzw. PKV-Markt

nach Versicherten

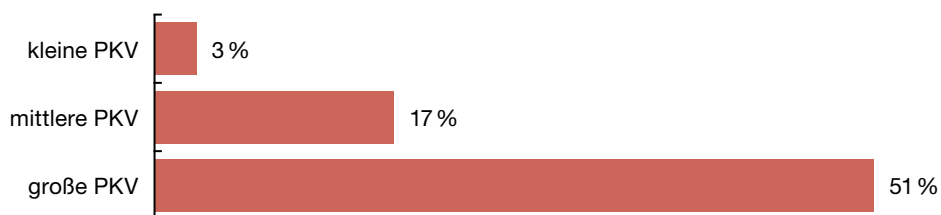


Bei den PKV beantworteten 18 Unternehmen unsere Fragen und dokumentierten damit auch ihren Wunsch nach empirischen Ergebnissen für den privaten Bereich. Gemessen an der Zahl der Vollversicherten repräsentieren die teilnehmenden PKV etwa zwei Drittel (62%) des gesamten PKV-Marktes. Wenn man die Brutto-Beitragseinnahmen (BBE) der PKV des Jahres 2010 zugrunde legt, dann haben die teilnehmenden PKV sogar einen Marktanteil von gut 70%. Wir gehen deshalb davon aus, dass die Ergebnisse unserer Studie für den PKV-Bereich besonders zuverlässig sind.

Die PKV, die an unserer Studie teilgenommen haben, repräsentieren in etwa auch die Größenverhältnisse der Unternehmen in diesem Markt. Jeweils sechs Unternehmen können wir den kleinen, mittleren und großen privaten Krankenversicherungen zuordnen. Dabei haben wir die BBE des Jahres 2010 als Maßstab zugrunde gelegt. Unternehmen mit bis zu 500 Millionen Euro BBE gelten demnach als kleine PKV. Krankenversicherungen, deren BBE 2010 zwischen 500 Millionen Euro und 1,5 Milliarden Euro lagen, werden als mittlere PKV definiert. Alle PKV-Unternehmen mit mehr als 1,5 Milliarden Euro BBE zählen zu den großen Gesellschaften. Allein auf die sechs großen PKV entfällt mehr als die Hälfte der BBE des gesamten PKV-Markts.

Abb. 20 PKV-Marktanteil der Studienteilnehmer

nach BBE 2010



Auch wenn die Studie einen ganzheitlichen Blick auf das Phänomen Abrechnungsbetrug bei PKV und GKV ermöglicht, lassen sich die Ergebnisse beider Kategorien nur bedingt miteinander vergleichen. Die regulatorischen Rahmenbedingungen, insbesondere die Mechanismen und Verfahren der Abrechnung unterscheiden sich zwischen GKV und PKV deutlich. Diese Unterschiede spiegeln sich auch in den Ergebnissen unserer Befragung wider, zum Beispiel hinsichtlich der am häufigsten genannten Betrugstätergruppen. Um die notwendige Differenzierung zwischen PKV und GKV zu ermöglichen, haben wir die Ergebnisse unserer Studie im Regelfall getrennt dargestellt. Nur dort, wo eine gemeinsame Betrachtung sinnvoll war, wurden die Ergebnisse von GKV und PKV zusammengefasst.

Ihre Ansprechpartner

Gunter Lescher

Forensic Services
Tel.: +49 211 981-2968
gunter.lescher@de.pwc.com

Ralf Baldeweg

Consulting
Tel.: +49 40 6378-2304
ralf.baldeweg@de.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 158 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. 8.900 engagierte Menschen an 28 Standorten. 1,45 Mrd. Euro Gesamtleistung. Führende Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft in Deutschland.

