

***„Betrug im Gesundheitswesen - Forschungsbefunde und  
Ansatzpunkte zur Prävention“***

von

**Denise Homann  
Prof. Dr. Bernd-Dieter Meier**

Dokument aus der Internetdokumentation  
des Deutschen Präventionstages [www.praeventionstag.de](http://www.praeventionstag.de)  
Herausgegeben von Hans-Jürgen Kerner und Erich Marks im Auftrag der  
Deutschen Stiftung für Verbrechensverhütung und Straffälligenhilfe (DVS)

---

Zur Zitation:

Denise Homann, Bernd-Dieter Meier: Betrug im Gesundheitswesen - Forschungsbefunde und  
Ansatzpunkte zur Prävention, in: Kerner, Hans-Jürgen u. Marks, Erich (Hrsg.),  
Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages. Hannover 2009,  
[www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/667](http://www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/667)

# **Betrug im Gesundheitswesen**

## Forschungsbefunde und Ansatzpunkte zur Prävention

Prof. Dr. B.-D. Meier  
Leibniz Universität Hannover

## Rechtspolitischer Hintergrund – Die Fehlverhaltensbekämpfung in der GKV

Seit dem 1.1.2004 gibt es bei den Krankenkassen organisatorische Einheiten, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf die rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse hindeuten ( § 197a Abs. 1 SGB V).

Ziel des Gesetzgebers:

Stärkung des effizienten Einsatzes von Finanzmitteln im Bereich der Krankenversicherung

Ergänzende Regelungen:

- Popularhinweisrecht (§ 197a Abs. 2 SGB V)
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit (§ 197a Abs. 3 SGB V)
- Anzeigepflicht (§ 197a Abs. 4 SGB V)
- Berichtspflicht (§ 197a Abs. 5 SGB V)

Bis heute fehlen systematisch gewonnene Erkenntnisse über:

- den Umfang und das Ausmaß der missbräuchlichen Nutzung von Finanzmitteln im Bereich der GKV
- die Arbeitsweise der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen
- die Effektivität der Stellen bei der Aufdeckung und Verfolgung von vermögensschädigendem Verhalten
- den Umgang der Staatsanwaltschaften und Gerichte mit dem Verdacht auf strafbare Handlungen zum Nachteil des Gesundheitssystems

## Ziele und Anlage der Untersuchung

## Untersuchungsziele:

- Ermittlung des tatsächlichen Verbreitungsgrads, der typischen Erscheinungsformen sowie der Höhe der durch Fehlverhalten im Gesundheitssystem verursachten Schäden
- Darstellung der Arbeitsweise der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen und deren Effektivität sowie der Zusammenarbeit der an der Fehlverhaltensbekämpfung und -verfolgung Beteiligten
- Gewinnung von Erkenntnissen über den Umgang der Strafverfolgungsorgane und der Justiz mit den betreffenden Delikten
- Schlussfolgerungen, auf welchem Weg die Fehlverhaltensbekämpfung im Bereich der GKV weiter verbessert werden könnte

## Anlage der Untersuchung:

- Auswertung der von den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen nach § 197a Abs. 5 SGB V für die Jahre 2004 und 2005 verfassten Tätigkeitsberichte (n = 140)
- Schriftliche Befragung der Fehlverhaltensbekämpfungsbeauftragten der Krankenkassen (n = 19)
- Auswertung von Strafverfahren wegen des Verdachts des Betrugs oder der Untreue im Bereich der GKV aus dem gesamten Bundesgebiet, Erfassungszeitraum 2002 bis 2005 (n = 307)

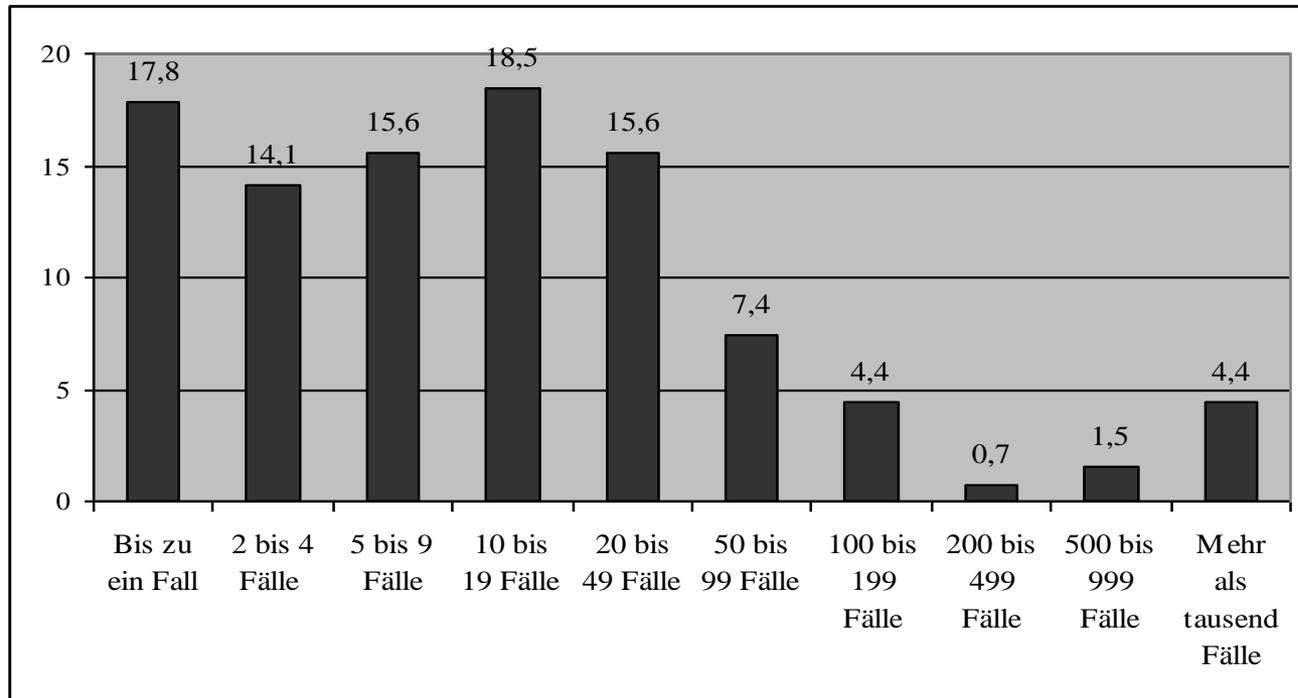
## Untersuchungsergebnisse

### 1. Phänomenologie des Fehlverhaltens aus Sicht der Krankenkassen

Das von den Bekämpfungsstellen der Krankenkassen 2004 und 2005 bearbeitete Fallaufkommen ist unterschiedlich:

- Die Fallzahlen variieren zwischen keinem und 2.258 Verdachtsfällen, wobei zu 17,8 % nur bis zu einem Fall nachgegangen wurde.
- arithmetisches Mittel = 100,8; Median = 10

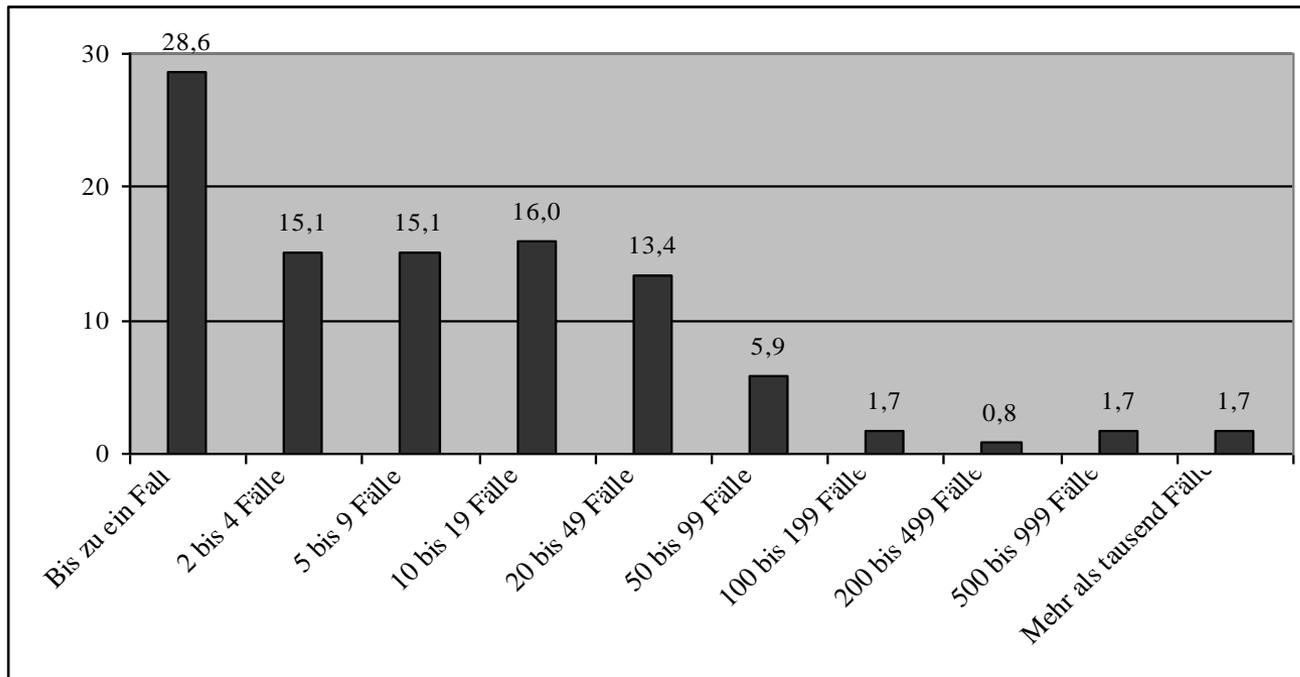
## Bearbeitetes Fallaufkommen in Prozent:



Entsprechend groß sind die Unterschiede beim abgeschlossenen Fallaufkommen:

- Die Fallzahlen variieren zwischen keinem und 1.654 Fällen, wobei zu 28,6 % innerhalb von zwei Jahren nur höchstens ein Fall abschließend bearbeitet wurde.
- arithmetisches Mittel = 53,6 und Median = 6

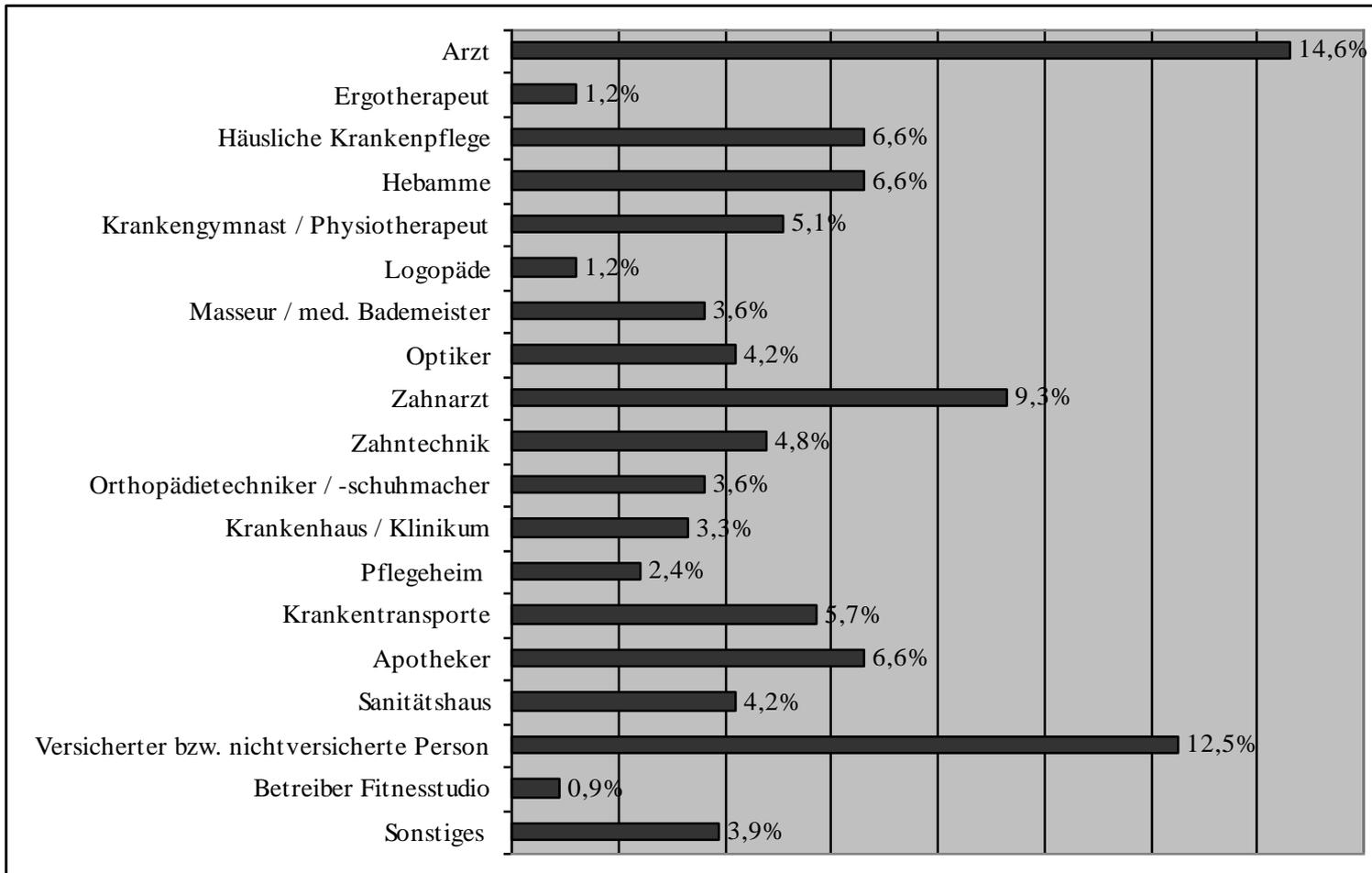
Abgeschlossenes Fallaufkommen in Prozent:



## Ergebnis der Fallbearbeitung:

- Ein zunächst angenommenes Fehlverhalten bestätigt sich vielfach nicht. Bei 40 % der Krankenkassen wurde in *allen* bearbeiteten Fällen und bei weiteren 36,0 % der Kassen noch in *mehr als der Hälfte* der Fälle *kein* Fehlverhalten festgestellt.
- Soweit Unregelmäßigkeiten festgestellt werden, begnügen sich die Krankenkassen meist damit, die Rückerstattung der unrechtmäßig erlangten Beträge zu fordern. Die geforderten Beträge können allerdings häufig tatsächlich nicht zurückerlangt werden.  
Nur 12 % der Krankenkassen konnten in allen von ihnen bearbeiteten Fälle eine Rückerstattung der zu Unrecht entzogenen Gelder erreichen.

Wegen Fehlverhaltens wird in allen Leistungsbereichen ermittelt; von den Ermittlungen sind Angehörige aller Berufsgruppen betroffen.

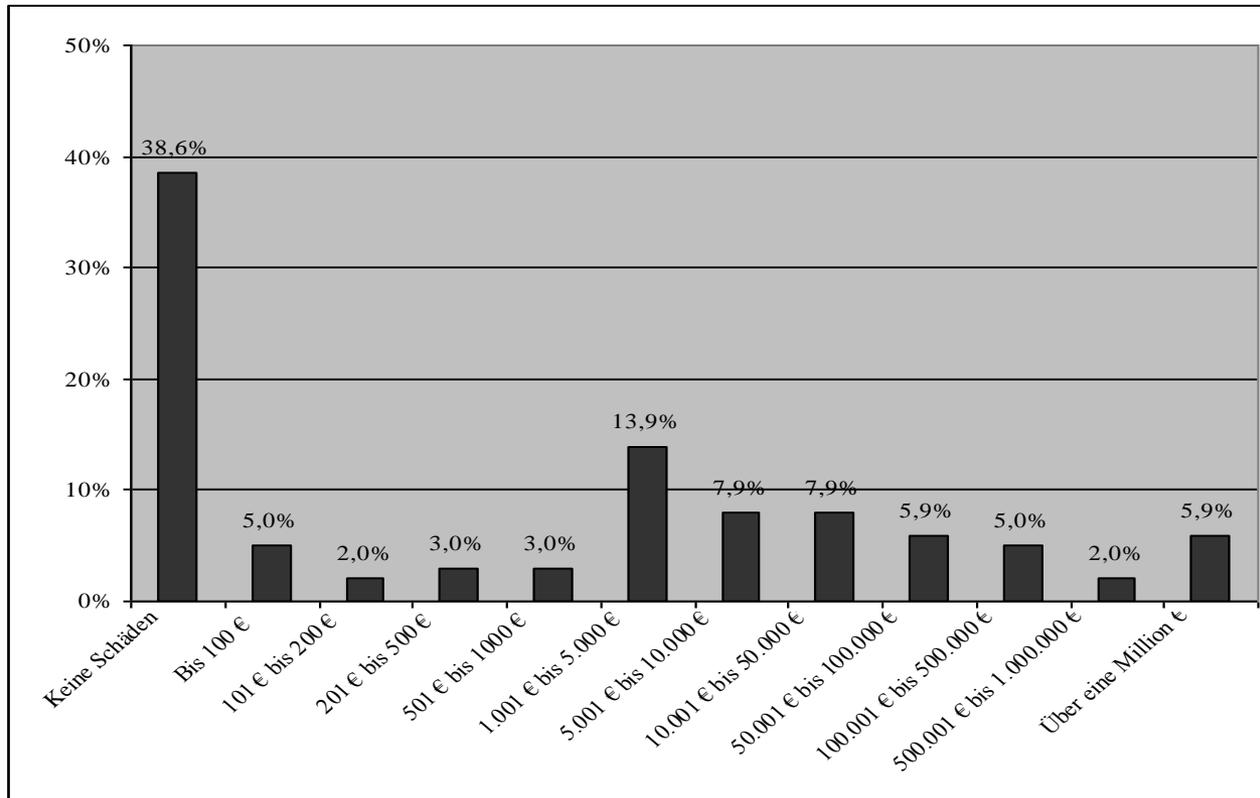


Die Vorgehensweise entspricht den unterschiedlichen Tatgelegenheiten:

- 13,2 % Missbrauch der Krankenversichertenkarte
- 12,8 % Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
- 8,9 % Rezept- und Verordnungsfälschung
- 8,2 % Abrechnung höherwertiger Leistungen
- 8,2 % Fehlende Weitergabe von Rabatten oder Zuwendungen
- 6,6 % Überhöhte Fahrkostenabrechnung
- 5,4 % Leistungsabrechnung ohne (ausreichende) Zulassung
- ....
- 1,2 % Abrechnung nicht vollständig erbrachter Leistungen
- 0,8 % Ungerechtfertigter Bezug einer Haushaltshilfe (bzw. Kostenerstattung)

Entsprechend dem unterschiedlichen bearbeiteten Fallaufkommen gestaltet sich die Schadenshöhe (= gegenüber den verdächtigen Leistungserbringern sowie den versicherten und nicht versicherten Personen geltend gemachte Rückforderungen) ungleich.

## Höhe der geltend gemachten Schäden in Prozent:



- Mittelwerte:
  - arithmetisches Mittel = 231.779 €
  - 5 % - getrimmtes Mittel = 50.422 €
  - Median = 620 €
- Mit einem Konfidenzintervall von 95 % liegt der durchschnittlich bei einer Krankenkasse im untersuchten Zweijahreszeitraum entstandene Schaden zwischen 49.219 € und 414.338 €.
- Mittels Hochrechnung lässt sich hieraus ein den Krankenkassen entstandener jährlicher Gesamtschaden ermitteln, der sich zwischen 5,9 und 49,3 Mio. € / Jahr bewegt. Die rechnerische Untergrenze wurde jedoch nachweislich überschritten. Von den Krankenkassen wurden 2004/2005 pro Jahr nachweislich 11,7 Mio. € als Schäden geltend gemacht.

Entsprechende Differenzen lassen sich in der Höhe der in die GKV zurückgeführten Gelder ausmachen:

- 52,1 % der Kassen konnten im Berichtszeitraum keine Gelder, 3,4 % der Kassen hingegen mehr als eine Million Euro zurückführen.
- Mittelwerte:
  - arithmetisches Mittel = 95.283 €
  - 5 % - getrimmtes Mittel = 10.972 €
  - Median = 0 €
- Mit einem Konfidenzintervall von 95 % liegt der pro Kasse durchschnittlich zurückgeführte Gesamtbetrag im Berichtszeitraum 2004 / 2005 zwischen 8.489 € und 182.077 €.
- Mittels Hochrechnung lässt sich hieraus ermitteln, dass pro Jahr an die GKV ein Gesamtbetrag zurückgeführt wurde, der sich zwischen 1,0 und 21,7 Mio. € bewegt. Die rechnerische Untergrenze wurde jedoch auch insoweit nachweislich überschritten. Von den Krankenkassen wurden 2004/2005 pro Jahr nachweislich 5,7 Mio. € als Schäden zurückerlangt.

# Untersuchungsergebnisse

## 2. Problemfelder

Die personelle Ausstattung der Stellen nach §197a SGB V ist unterschiedlich. Personell gut ausgestattete Stellen sind selten.

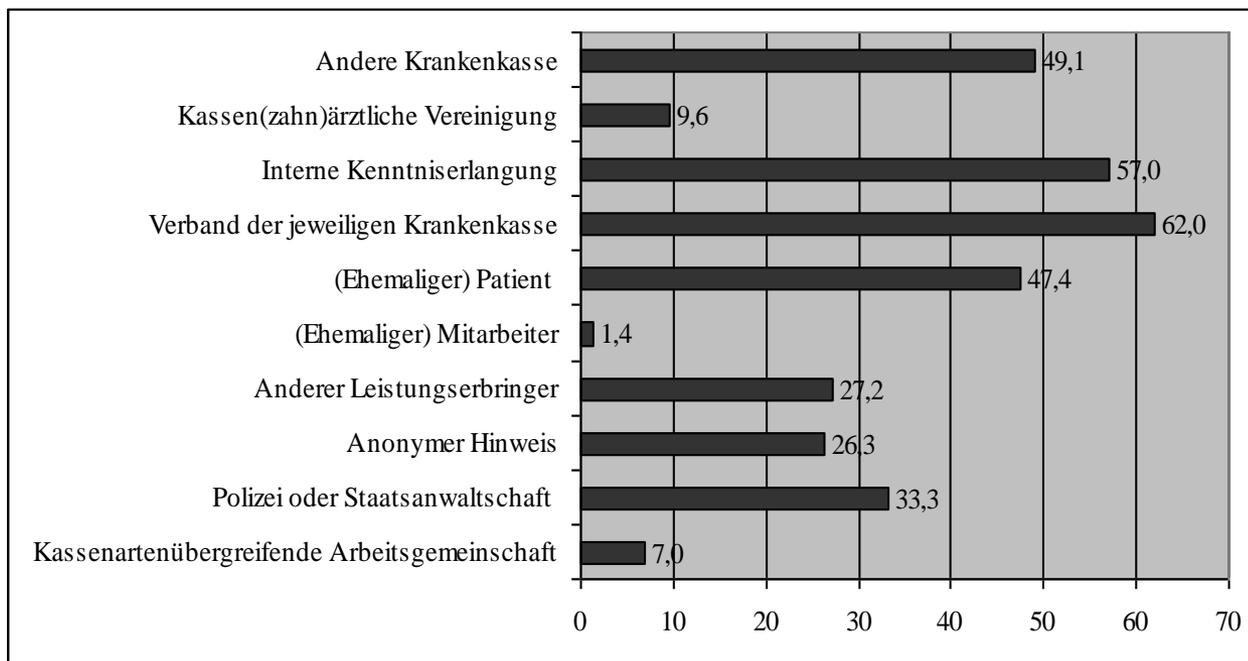
- Variationsweite: 0,25 bis 8,25 Mitarbeiterstellen
- arithmetisches Mittel = 1,1 Stellen
- Median = 0,5 Stellen

Anzahl der Mitarbeiter	Mitarbeiter in Vollzeit	Mitarbeiter in Teilzeit (50 %)	Mitarbeiter in Teilzeit (25 %)
Keine	58,8 %	42,9 %	91,4 %
Einer	32,4 %	54,3 %	5,7 %
Zwei	2,9 %	2,9 %	2,9 %
Mehr als zwei	5,8 %	0 %	0 %

- Zwischen der Größe der Krankenkasse (= Anzahl der Mitglieder) und der personellen Ausstattung der Stellen nach § 197a SGB V lässt sich kein statistischer Zusammenhang belegen.
- Zwischen der personellen Ausstattung und der Zahl der bearbeiteten Verdachtsfälle besteht ein statistischer Zusammenhang: Eine hohe Zahl von Verdachtsfällen (= mehr als 20) wird nur von denjenigen Stellen bearbeitet, die personell überdurchschnittlich gut (= mehr als 0,5 Mitarbeiter) ausgestattet sind.

Die Kenntnis von Verdachtsfällen stammt vorwiegend aus hausinternen Quellen (z.B. Datenbankanalysen, Abrechnungsprüfungen in den Fachabteilungen) und der kassenartinternen Zusammenarbeit in den Verbänden (z.B. VdAK/AEV [jetzt: vdek], BKK-Landesverband etc.).

### Art der Kenntniserlangung in Prozent:



- Beinahe die Hälfte der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen erlangt auch Hinweise von anderen Krankenkassen sowie von (ehemaligen) Patienten. Die Anteile der auf diese Weise erlangten Hinweise am Gesamtaufkommen sämtlicher Hinweise sind jedoch gering.
- Weniger als 10 % der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen erhalten Hinweise auf Verdachtslagen von den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen.

- Der in § 197a Abs. 3 SGB V vorgeschriebenen Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit anderen Sozialversicherungsträgern leisten beinahe alle Krankenkassen Folge. Mehrheitlich (74,6 %) erfolgt die Zusammenarbeit kassenartenübergreifend.
- Arten der organisierten Zusammenarbeit:
  - Informationsaustausch (43,8 %)
  - Beratung bzw. Erfahrungsaustausch (38,6 %)
  - gemeinsame Schadensgeltendmachung (9,3 %)
- Zudem findet eine Zusammenarbeit außerhalb organisierter Strukturen statt.

Allerdings:

Obwohl eine kassenartenübergreifende Zusammenarbeit stattfindet, werden auf diesem Weg nur vergleichsweise wenige Hinweise auf Verdachtslagen erlangt. Der Informationsaustausch erfolgt also wohl eher auf einer allgemeinen Ebene und nicht fallbezogen. Die Praxis trägt damit der Vorgabe des Gesetzgebers Rechnung, dass § 197a Abs. 3 SGB V nicht die Übermittlung von personenbezogenen Daten rechtfertigt.

- Der in § 197a Abs. 3 und § 81a Abs. 3 SGB V vorgeschriebenen Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen wird nur eingeschränkt Folge geleistet. In den Jahren 2004 / 2005 berichteten nur 39,0 % von einer Zusammenarbeit mit den KVen, und nur 27,0 % von einer Zusammenarbeit mit den KZVen.
- Dies entspricht den Erkenntnissen zum Erhalt von Hinweisen von den KVen / KZVen, von denen nur 9,6 % der Krankenkassen berichten konnten.

Nach § 197a Abs. 4 SGB V sind die Krankenkassen und nach § 81a Abs. 4 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen gehalten („sollen“), unverzüglich die Staatsanwaltschaft zu unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die GKV bestehen könnte. Der Gesetzgeber weist darauf hin, dass das Unterbleiben der Unterrichtung strafbewehrt ist ( § 258 StGB).

Der Beurteilungsmaßstab der Geringfügigkeit wird von den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen unterschiedlich ausgelegt. Wichtigste Kriterien sind die Höhe des wahrgenommenen Schadens, die konkrete Vorgehensweise des Verdächtigen bzw. die hinter dieser vermutete kriminelle Energie sowie die Anzahl der festgestellten Auffälligkeiten.

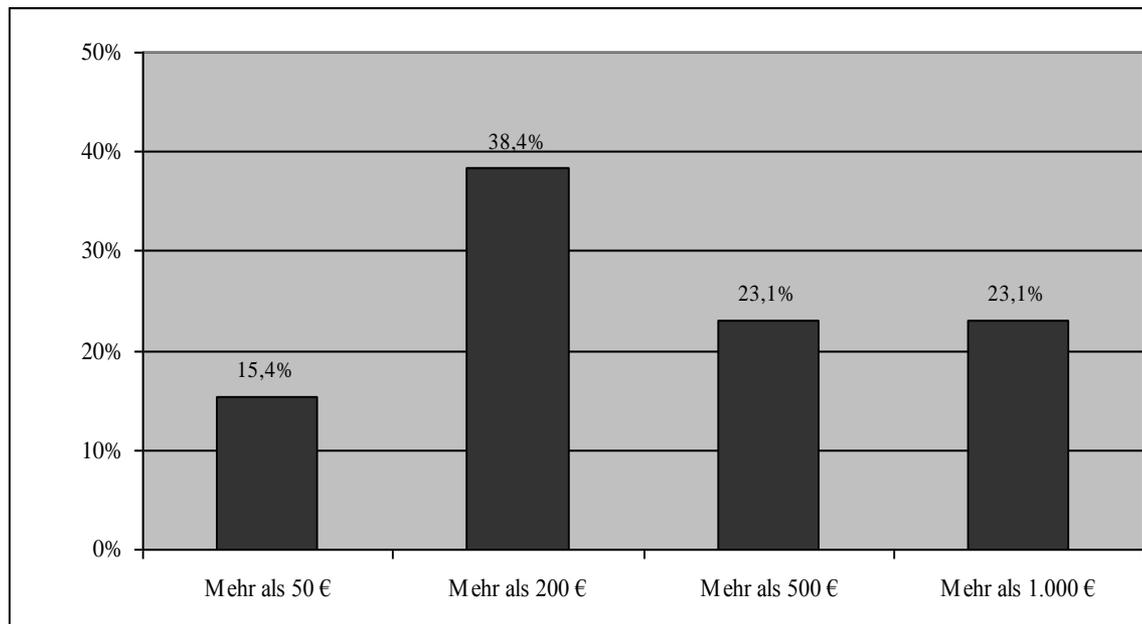
Einflussfaktoren auf die Beurteilung der nicht nur geringfügigen Bedeutung des Sachverhaltes:

	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Höhe des vermeintlichen Schadens	61,1 %	27,8 %	11,1 %	0 %
Konkretes Vorgehen / Kriminelle Energie	55,6 %	33,3 %	11,1 %	0 %
Anzahl und Häufigkeit der Auffälligkeiten	44,4 %	44,4 %	11,1 %	0 %
Bereitschaft zur Schadenswiedergutmachung	5,6 %	33,3 %	55,6 %	5,6 %
Reaktion auf den Tatvorwurf	5,6 %	22,2 %	61,1 %	11,1 %

Allerdings:

Obwohl vor allem die Höhe des verursachten Schadens über die Weiterleitung des Verdachtsfalls entscheidet, gibt es erhebliche Unterschiede in der Grenzziehung, wann in materieller Hinsicht Geringfügigkeitsgrenze überschritten ist.

Grenze, nach deren Überschreiten eine Strafanzeige erstattet wird:



- Entsprechend den unterschiedlichen Entscheidungsmaßstäben variiert auch das Anzeigeaufkommen. In der Befragung reichte die Spannweite zwischen keinem einzigen weitergeleiteten Fall und einem Anteil von 80 % (arithmetisches Mittel bei etwa 20 %).
  
- Aus den Tätigkeitsberichten ergibt sich noch ein deutlich geringerer Anteil. Eine Anzeige erfolgte danach nur in 2,4 % der bearbeiteten Fälle:
  - von 58,4 % der Stellen war innerhalb von zwei Jahren keine einzige Anzeige erstattet worden
  - das arithmetische Mittel lag bei 2,6 erstatten Strafanzeigen pro Krankenkasse

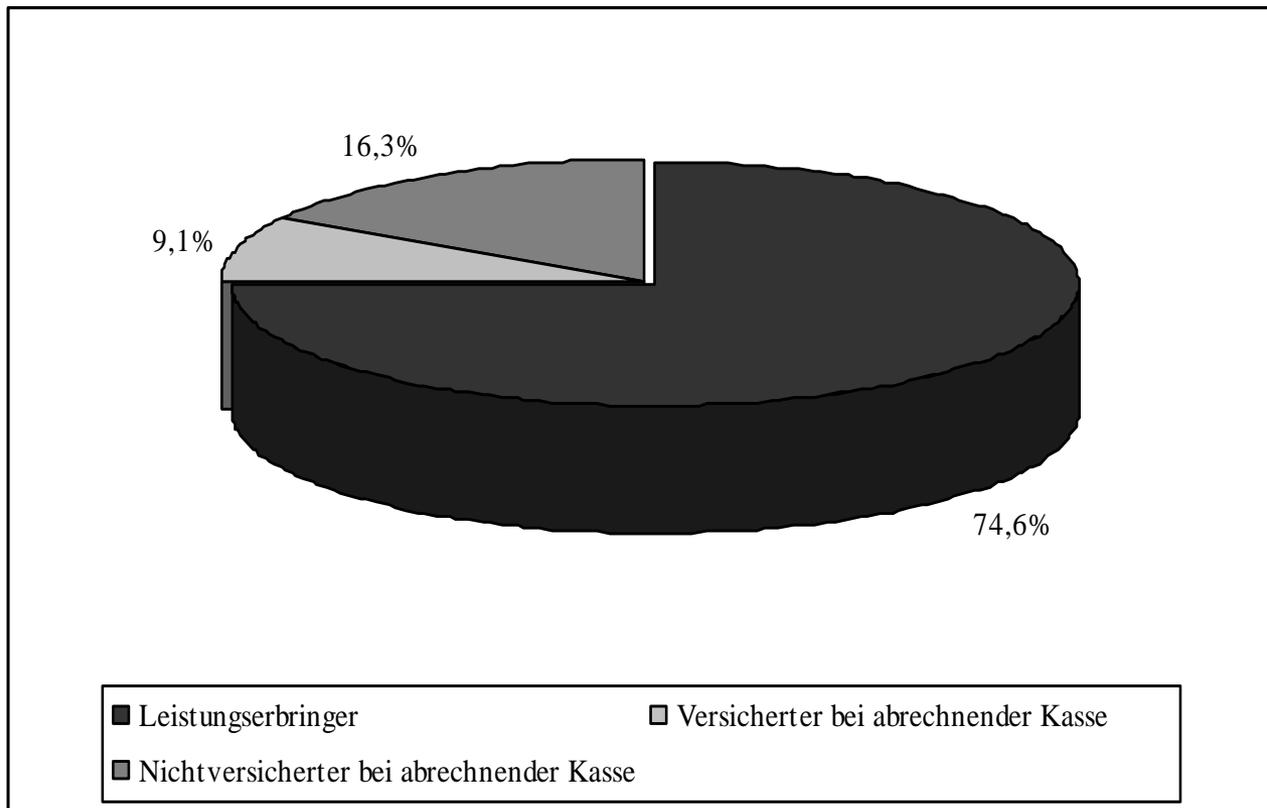
Die Arbeitsweise von Staatsanwaltschaft und Justiz wird von den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen nicht uneingeschränkt positiv beurteilt. Kritisiert werden vor allem

- Defizite im Bereich des sozialrechtlichen Hintergrundwissens
- die lange Dauer der Ermittlungsverfahren
- die unzureichende Weitergabe von Informationen zum Stand des Verfahrens

Beurteilung der Tätigkeit der Strafverfolgungsorgane und der Justiz:

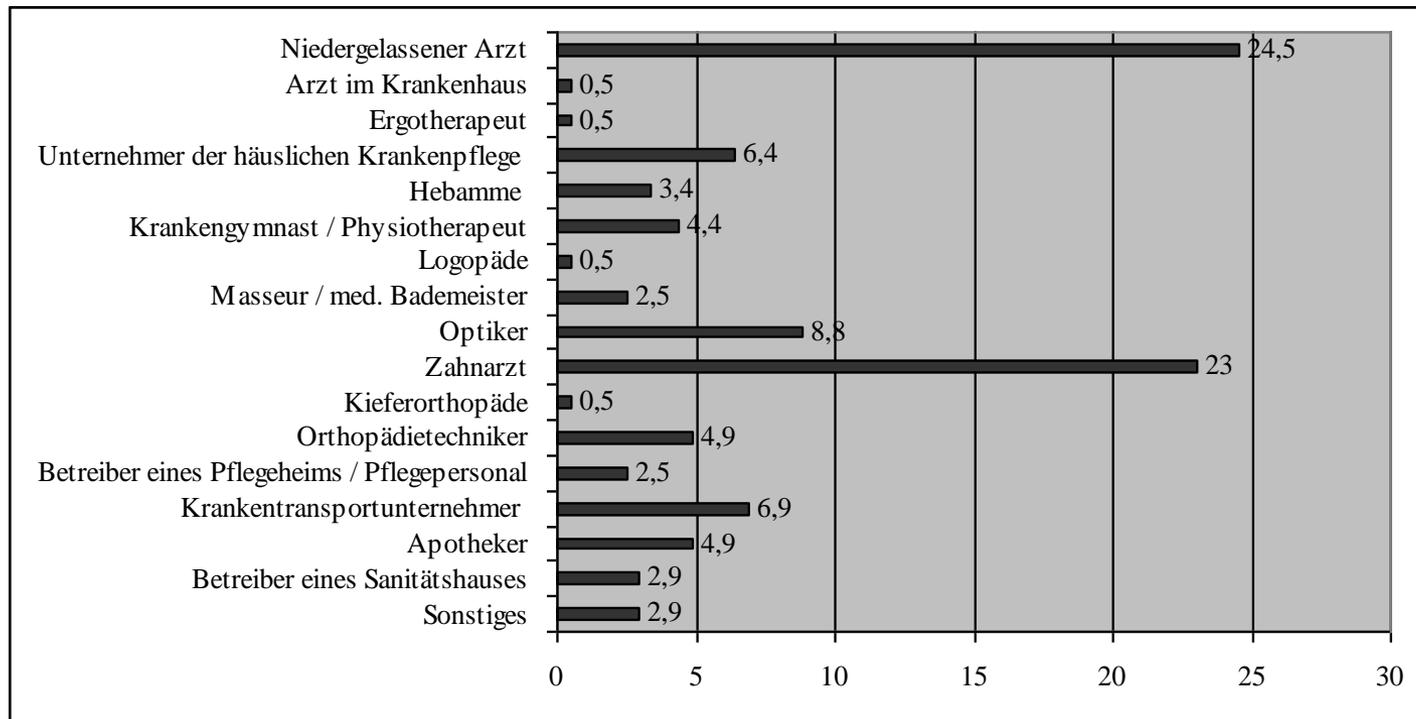
	Sehr gut	Eher gut	Mittelmäßig	Eher schlecht	Sehr schlecht
Fachliche Kompetenz	0 %	23,1 %	61,5 %	15,4 %	0 %
Motivation z. Aneignung des Hintergrundwissens	0 %	46,2 %	46,2 %	7,7 %	0 %
Dauer des Ermittlungsverfahrens	0 %	14,3 %	28,6 %	50,0 %	7,1 %
Zusammenarbeit i. R .d. Beweiserhebung	14,3 %	42,9 %	42,9 %	0 %	0 %
Zusammenarbeit hins. des Datenaustausches	7,1 %	42,9 %	21,4 %	28,6 %	0 %
Weitergabe von Informationen z. Verfahrensgang	0 %	21,4 %	21,4 %	57,1 %	0 %
Berücksichtigung bei der Auflagenerteilung	7,7 %	15,4 %	23,1 %	38,5 %	15,4 %

Die den Strafverfolgungsbehörden bekannt werdenden Verdachtslagen richten sich überwiegend (76,4 %) gegen Leistungserbringer.



Fehlverhalten von Leistungserbringern tritt grundsätzlich in allen Leistungsbereichen auf. Anteilsmäßig sind Ärzte (24,5 %) und Zahnärzte (23,0 %) stark vertreten.

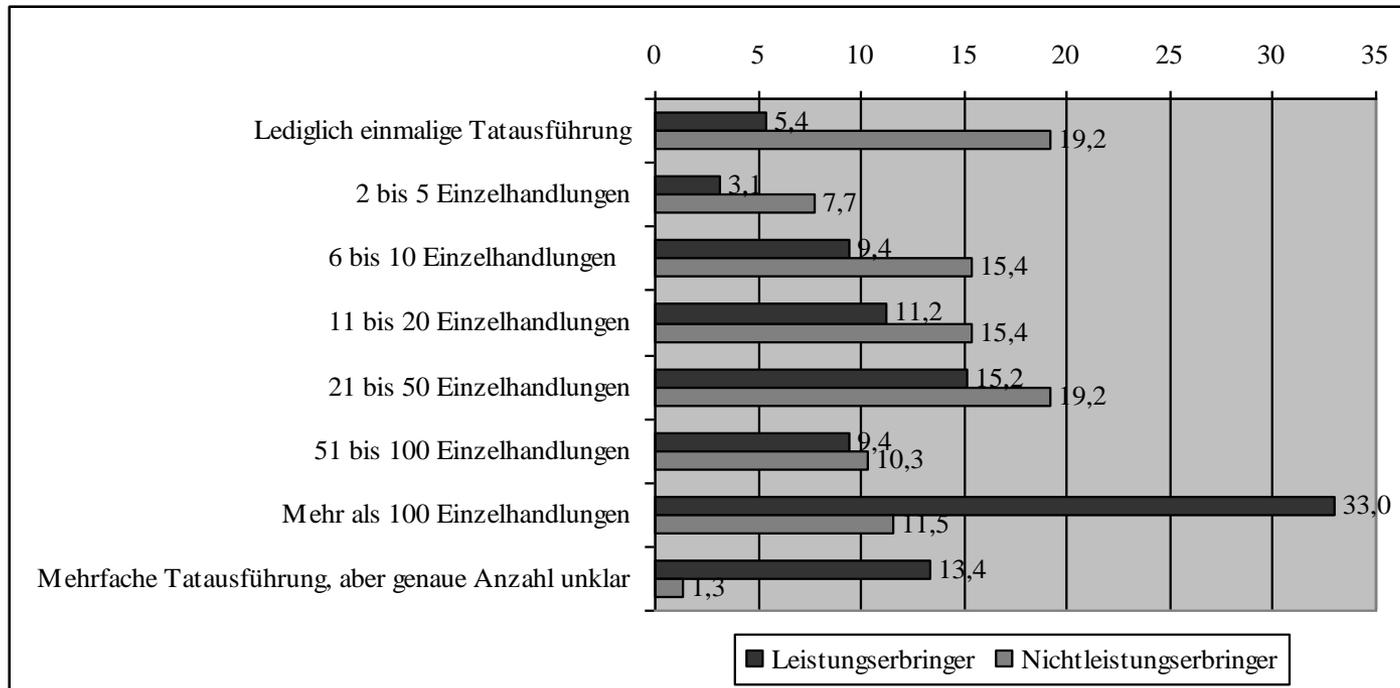
Tätergruppenzugehörigkeit der Beschuldigten:



Die gegen die Leistungserbringer geführten Verfahren unterscheiden sich von den Verfahren, die gegen die Nichtleistungserbringer geführt werden:

Den Leistungserbringern wird eine höhere Zahl von Einzelhandlungen zur Last gelegt.

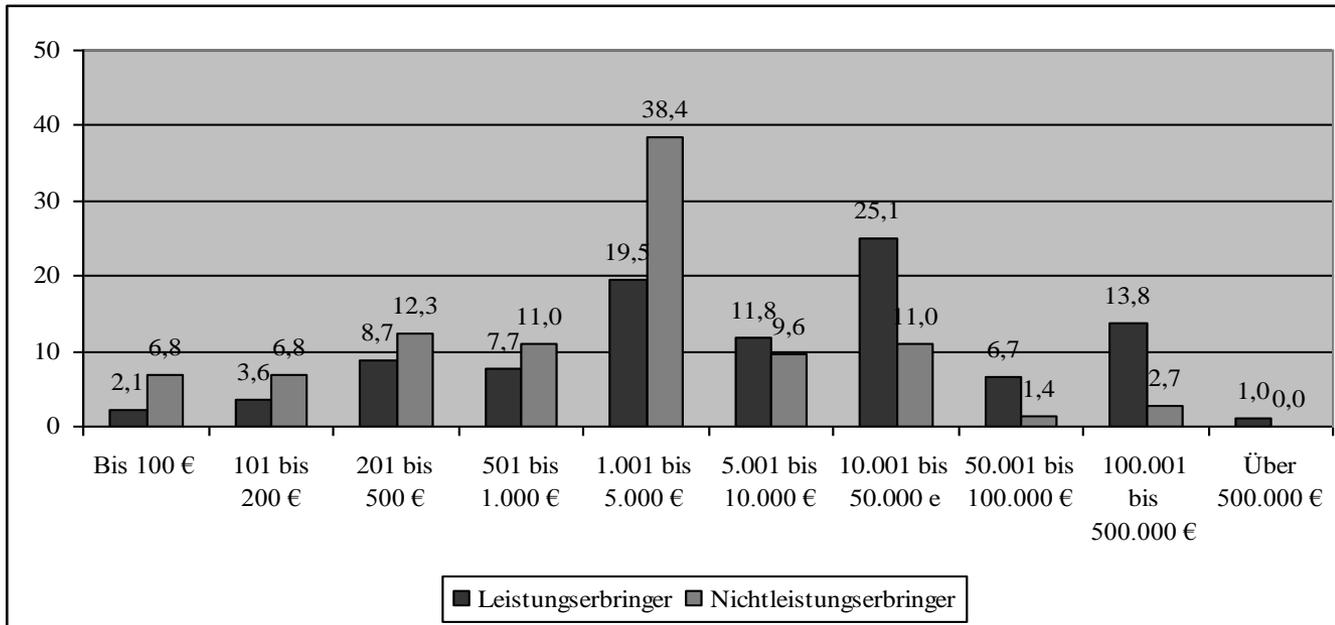
Anzahl der vermuteten Einzelhandlungen in tatsächlicher Hinsicht (in Prozent):



Den Leistungserbringern werden höhere Schäden zur Last gelegt:

- Arithmetisches Mittel: 47.097 € gegenüber 12.421 €.
- Die hohen Schadensklassen von über 10.000 € werden häufiger von Leistungserbringern (46,6 %) als von Nichtleistungserbringern (15,1 %) belegt.

Höhe der vermutlich verursachten Schäden in Kategorien (in Prozent):

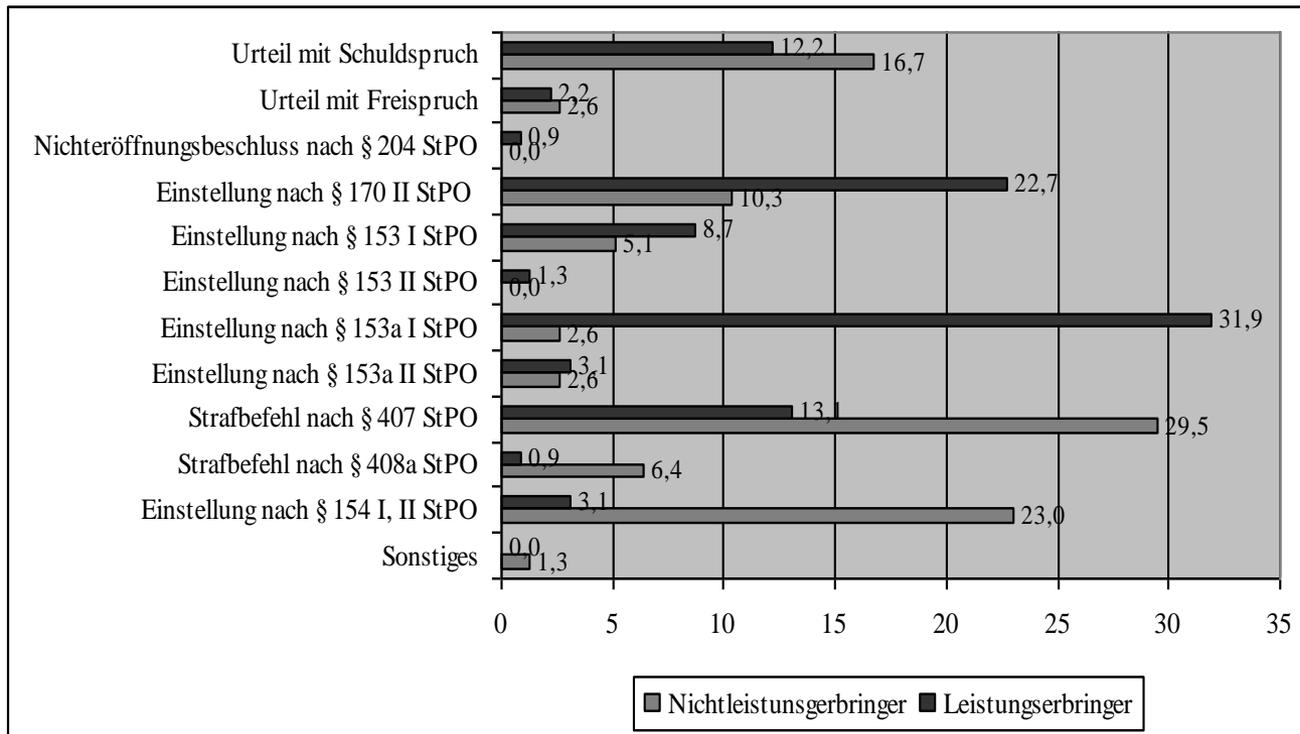


Weitere Unterschiede:

- Die Nichtleistungserbringer gestehen den Tatvorwurf wesentlich häufiger ein (20,8 %) und zeigen ein Unrechtsbewusstsein (43,4 %) als die Leistungserbringer (9,8 % bzw. 18,5 %).
- 33,2 % der beschuldigten Leistungserbringer gestehen zwar Abrechnungsfehler ein, weisen aber einen Vorsatz oder eine Bereicherungsabsicht von sich.
- 47,4 % der Nichtleistungserbringer geben an, die Tat aufgrund einer ggf. psychischen Erkrankung begangen zu haben.
- Allerdings: Leistungserbringer ersetzen den verursachten Schaden häufiger oder zeigen diesbezügliche Bemühungen.
- Anwaltliche Vertretung findet im Ermittlungsverfahren vor allem bei den Leistungserbringern statt (76,9 % gegenüber 32,0 %).

Trotz höheren Unrechts- und Schuldgehalts werden die Verfahren gegen die Leistungserbringer signifikant häufiger durch Einstellung abgeschlossen als die Verfahren gegen die Nichtleistungserbringer.

Verfahrensbeendigung (in Prozent):



Die Unterschiede bestehen auch dann, wenn man nur die strafrechtlich noch nicht in Erscheinung getretenen Beschuldigten in den Blick nimmt.

	Leistungserbringer	Nichtleistungserbringer
Einstellung nach § 170 Abs.2 StPO	23,8 %	15,2 %
Einstellung nach § 153 Abs.1 StPO	9,8 %	6,5 %
Einstellung nach § 153 Abs.2 StPO	0,5 %	0 %
Einstellung nach § 154 Abs.1, 2 StPO	0,9 %	13,0 %
Einstellung nach § 153a Abs.1 StPO	34,1 %	2,2 %
Einstellung nach § 153a Abs.2 StPO	3,3 %	2,2 %
Strafbefehl nach § 407 StPO	13,6 %	37,0 %
Strafbefehl nach § 408a StPO	0,5 %	8,7 %
Urteil mit Freispruch	1,9 %	4,3 %
Urteil mit Schuldspruch	10,7 %	10,9 %
Sonstiges	0,9 %	0 %

## Fazit – Konsequenzen für die Prävention

- Betrug in der gesetzlichen Krankenversicherung wird durch die Intransparenz des Systems, die sich vor allem aus der Entkopplung von Behandlungs- und Vergütungswegen ergibt, durch die damit einhergehende Anonymität der Geschädigten sowie durch die zum Teil komplizierten und unübersichtlichen Abrechnungsregeln begünstigt.
- Die Grundstruktur des Systems der GKV steht nicht zur Disposition.
- Überlegungen zur Prävention müssen bei dem Mechanismen der inneren und äußeren Kontrolle, d.h. bei der Selbststeuerung der Beteiligten und bei der Erhöhung des Entdeckungs- und Bestrafungsrisikos ansetzen.

Die Selbststeuerung der Beteiligten, namentlich der Leistungserbringer, kann gestärkt werden, wenn der Bagatellisierung von Fehlverhalten entgegengewirkt wird. Sozialbetrug ist kein Kavaliersdelikt.

Eine Erhöhung des Entdeckungs- und Bestrafungsrisikos kann erreicht werden durch

- eine bessere personelle Ausstattung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen
- die Intensivierung der Zusammenarbeit mit anderen Sozialversicherungsträgern
- die bessere Zusammenarbeit mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen
- die Öffnung von Datenschutzklauseln für die Belange der Strafverfolgung
- konsequenteres Vorgehen bei der Anzeigeerstattung
- die Verbesserung des sozialrechtlichen Hintergrundwissens in der Justiz
- die Gewährleistung von Gleichheit vor dem Gesetz

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**