

Millionen-Schaden: KKH deckt hunderte Betrugsfälle auf

Die KKH Kaufmännische Krankenkasse hat im vergangenen Jahr in 629 neuen Fällen gegen Betrüger im Gesundheitswesen ermittelt. Insgesamt hatte die Ermittlungsgruppe der KKH zum Jahresende rund 1.400 Betrugsfälle in Bearbeitung. Die Schadensersatzforderungen summierten sich 2012 auf 1,6 Millionen Euro. „Die Zahlen verdeutlichen, dass sich Betrug im Gesundheitswesen leider nicht auf wenige Einzelfälle reduzieren lässt“, sagte Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender der KKH. Die Bandbreite der Betrugsfälle reicht dabei von Apothekern, die Rezepte gefälscht haben, über Physiotherapeuten, die nicht erbrachte Behandlungen abgerechnet haben, bis hin zu einer Klinik, die stationäre Aufenthalte abgerechnet hat, die gar nicht stattgefunden haben.

Die KKH Kaufmännische Krankenkasse hat im vergangenen Jahr in 629 neuen Fällen gegen Betrüger im Gesundheitswesen ermittelt. Insgesamt hatte die Ermittlungsgruppe der KKH zum Jahresende rund 1.400 Betrugsfälle in Bearbeitung. Die Schadensersatzforderungen summierten sich 2012 auf 1,6 Millionen Euro. „Die Zahlen verdeutlichen, dass sich Betrug im Gesundheitswesen leider nicht auf wenige Einzelfälle reduzieren lässt“, sagte Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender der KKH. Die Bandbreite der Betrugsfälle reicht dabei von Apothekern, die Rezepte gefälscht haben, über Physiotherapeuten, die nicht erbrachte Behandlungen abgerechnet haben, bis hin zu einer Klinik, die stationäre Aufenthalte abgerechnet hat, die gar nicht stattgefunden haben.

Im Fokus: Korruptionsbekämpfung

Neben diesen klar umrissenen Betrugsdelikten bereitet der KKH das Thema Korruption im Gesundheitswesen Sorgen. Der Bundesgerichtshof hatte im vergangenen Jahr sinngemäß entschieden, dass Bestechung und Bestechlichkeit niedergelassener Ärzte nach geltendem Recht straffrei ist. Das hat dazu geführt, dass sämtliche Ermittlungen in dieser Richtung, auch bei der KKH, auf Eis liegen. KKH-Vorstandschef Kailuweit sieht dringenden Handlungsbedarf: „Wir brauchen ohne Wenn und Aber eine rechtliche Grundlage, die die Ermittlungsbehörden in die Lage versetzt, strafrechtlich gegen Ärzte vorzugehen, die Schmiergeldzahlungen oder sonstige Vorteile empfangen.“

Auch Ärztevertreter sehen hier eine Gesetzeslücke, die geschlossen werden muss. Die bisherigen Möglichkeiten des Berufsrechtes reichen nach Ansicht von Thomas Lindner aus dem Vorstand von MEZIS e.V., der Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte, nicht aus: „Das Berufsrecht ist ein stumpfes Schwert. Es gibt dort nach wie vor zu viele Möglichkeiten, die es der Pharmaindustrie weiterhin erlauben, unangemessen Einfluss auf die Verordnungen von Ärzten zu nehmen.“

Prof. Dr. Kai-D. Bussmann von der Juristischen Fakultät an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg kommt in einer Studie zu dem Ergebnis, dass Patientenzuweisungen gegen Entgelt und andere wirtschaftliche Vorteile im deutschen Gesundheitswesen keine Einzelfälle, sondern eine verbreitete Praxis sind. „Gehandelt wird vielfach in dem Bewusstsein, dass wirksame Kontrollen und Sanktionen nicht zu befürchten sind“, so Bussmann. Für die Studie Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“ waren im Herbst 2011 im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes bundesweit 1.141 niedergelassene Ärzte, leitende Angestellte von stationären Einrichtungen sowie nicht-ärztliche Leistungserbringer telefonisch interviewt worden.

629 neue Betrugsfälle

In 219 Fällen ermittelte die KKH 2012 gegen Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten.

Beispiel: Ein Gesundheitszentrum für Physiotherapie, Rehabilitation und Gesundheitsgymnastik zahlte Ärzten zehn Prozent des Umsatzes für Verordnungen in bar aus.

In 84 Fällen wurden die Ermittler im Bereich der ambulanten Pflegedienste tätig. Beispiel: Ein Pflegedienst versorgte Patienten mit Mittagessen, rechnete dafür jedoch tägliche Pflegeleistungen ab. Außerdem wurden die Abrechnungsunterlagen, wie zum Beispiel die Stundenzettel der Mitarbeiter, manipuliert sowie ungelernetes Personal für qualifizierte Tätigkeiten eingesetzt.

In 50 Fällen ermittelte die KKH gegen Zahnärzte. So haben zum Beispiel zwei Zahnärzte in einer Praxismgemeinschaft die Versichertenkarten ausgetauscht und für dieselben Patienten doppelt und nicht erbrachte Leistungen abgerechnet.

Die TOP TEN der Vorgänge (Fallzahlen in Klammern):

1. Krankengymnasten/Physiotherapeuten (219)
2. Ambulante Pflege (84)
3. Zahnärztliche Leistungen (50)
4. Ärztliche Leistungen (43)
5. Apotheke (41)
6. Orthopädische Hilfsmittel/Sanitätshäuser (31)
7. Fahrkosten (31)
8. Krankenhaus (21)
9. Ergotherapeuten (18)
10. Masseur/med. Badebetriebe (12)

Kontakt:

Daniela Preußner
- Pressesprecherin -
Telefon: 0511 2802-1610
Telefax: 0511 2802-1699
E-Mail: presse@kkh.de

Über die KKH

Die KKH ist eine der größten bundesweiten gesetzlichen Krankenkassen mit 1,8 Millionen Versicherten. Sie gilt als Vorreiter für innovative Behandlungsmodelle in der gesetzlichen Krankenversicherung. Über 4.000 Mitarbeiter bieten einen exzellenten Service, entwickeln zukunftsweisende Gesundheitsprogramme und unterstützen die Versicherten bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensstile. Das jährliche Haushaltsvolumen beträgt knapp fünf Milliarden Euro. Hauptsitz der KKH ist Hannover.

kkh logo