

# Betrug im Gesundheitswesen

## Ergebnisse aus einer empirischen Untersuchung

*Bernd-Dieter Meier*

### Gliederung

- |       |                                                                   |       |                                                             |
|-------|-------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------|
| 1.    | Rechtspolitischer Hintergrund                                     | 3.2   | Problemfelder mit Blick auf die Prävention                  |
| 2.    | Ziele und Anlage der Untersuchung                                 | 3.2.1 | Personelle Ausstattung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen |
| 3.    | Untersuchungsergebnisse                                           | 3.2.2 | Die Erlangung der Kenntnis von den Verdachtsfällen          |
| 3.1   | Phänomenologie des Fehlverhaltens aus der Sicht der Krankenkassen | 3.2.3 | Die Unterrichtung der Staatsanwaltschaft                    |
| 3.1.1 | Fallaufkommen und Ergebnis der Fallbearbeitung                    | 3.2.4 | Die Erledigungsstrukturen der Justiz                        |
| 3.1.2 | Tatverdächtige und Vorgehensweise                                 | 4.    | Fazit                                                       |
| 3.1.3 | Schadenshöhe                                                      |       |                                                             |

## 1. Rechtspolitischer Hintergrund

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2003<sup>1</sup> wurden die Krankenkassen, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Pflegekassen verpflichtet, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten (§ 197a Abs 1, § 81a Abs. 1 S. 1 SGB V, § 47a SGB XI). Nach § 197a Abs. 1 S. 1 SGB V, der sich an die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände richtet und der im Folgenden im Mittelpunkt stehen soll, haben diese seit dem 1. Januar 2004 organisatorische Einheiten vorzusehen, die Fällen und Sachverhalten nachgehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf die rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln hindeuten. Da zu diesem Zeitpunkt bereits einige Krankenkassen positive Erfahrungen mit Ermittlungseinheiten gemacht hatten, die sich auf das Aufdecken von vermögensschädigenden Verhaltensweisen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) spezialisiert hatten,<sup>2</sup> wollte der Ge-

---

1 BGBl. I, 2190.

2 Hellmann/Herffs, Der ärztliche Abrechnungsbetrug, 2006, S. 27 f.

setzgeber auf diesem Wege derartige Einrichtungen im gesamten System der GKV etablieren, um so den effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich zu stärken.<sup>3</sup> Ergänzt wurde die Einführung der neuen Einheiten durch die ausdrückliche Festschreibung des Rechts, dass sich jedermann mit Hinweisen auf Fehlverhalten an die Kassen und die neuen Einheiten wenden kann und dass diese glaubhaften Hinweisen auch nachzugehen haben (§ 197a Abs. 2 SGB V). Die Krankenkassen und die neuen Einheiten wurden ferner verpflichtet, zur Erfüllung ihrer Aufgaben untereinander und mit den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zusammenzuarbeiten (§ 197a Abs. 3 SGB V). Soweit die Ermittlungen zu einem Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die GKV führen, wurden die Kassen zur Unterrichtung der Staatsanwaltschaft angehalten (§ 197a Abs. 4 SGB V) und schließlich wurden sie verpflichtet, im Abstand von zwei Jahren, erstmals am 31. Dezember 2005, über die Arbeit und die Ergebnisse der neuen organisatorischen Einheiten zu berichten und diesen Bericht auch der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten (§ 197a Abs. 5 SGB V).

Darüber, ob der Gesetzgeber sein Ziel erreicht hat, den effizienten Einsatz der Finanzmittel im Bereich der GKV durch die wirksamere Bekämpfung von Fehlverhalten zu stärken, liegen bislang keine belastbaren Erkenntnisse vor. Weder gibt es zuverlässige Angaben über den Umfang und das Ausmaß der missbräuchlichen Nutzung von Finanzmitteln in der GKV im Allgemeinen noch ist etwas über die Arbeitsweise der neu eingerichteten Fehlverhaltensbekämpfungsstellen und ihre Effektivität bei der Aufdeckung und Verfolgung von vermögensschädigendem Verhalten bekannt. Aus empirisch-kriminologischer Sicht kann der gesamte Komplex des Betrugs in der GKV als eine „terra incognita“ angesehen werden. Das gleiche gilt für den Umgang der Strafjustiz mit den Fällen, in denen es um den Verdacht strafbarer Handlungen in der GKV geht; auch über die Deliktsbilder, die den Strafverfolgungsbehörden bekannt werden, und die Erledigung der entsprechenden Verfahren ist nur wenig bekannt.<sup>4</sup> Diese Defizite gaben Anlass zu einer umfassenden und bundesweiten Untersuchung, über die im Folgenden berichtet werden soll.<sup>5</sup>

---

3 BT-Drucks. 15/1525, S. 99, 138.

4 Insoweit finden sich einige Angaben im Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität, das vom Bundeskriminalamt herausgegeben wird, sowie bei *Badle*, NJW 2008, S. 1028 ff.

5 Ausführliche Darstellung der Ergebnisse bei *Homann*, Betrug in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2009; Zusammenfassung der Hellfeldanalysen bei *Meier/Homann*, MschrKrim 92 (2009), S. 359 ff.

## **2. Ziele und Anlage der Untersuchung**

Methodisch gründet sich die Untersuchung auf drei Ansätze. Um die Arbeitsweise der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen und ihre Effektivität zu beleuchten, wurden 140 Tätigkeitsberichte ausgewertet, die die Stellen entsprechend der gesetzlichen Verpflichtung nach § 197a Abs. 5 SGB V für die Jahre 2004 und 2005 verfasst hatten. Geht man davon aus, dass es in diesen Jahren 238 vom Spitzenverband Bund der GKV benannte Krankenkassen gab, wird damit die Tätigkeit von mehr als der Hälfte der gesetzlichen Krankenkassen erfasst (58,8 %). Ergänzt werden die in diesem Teil der Untersuchung gewonnenen Informationen durch eine schriftliche Befragung unter den für die Fehlverhaltensbekämpfung zuständigen Beauftragten der Krankenkassen. An der Befragung nahmen allerdings lediglich 19 Beauftragte und damit weniger als 10 % der zuständigen Personen teil. Um die Vorgehensweise der Strafverfolgungsorgane systematisch zu beleuchten, wurden insgesamt 307 Strafverfahrensakten ausgewertet. Die Strafverfahren wurden in den Jahren 2002 bis 2005 wegen des Verdachts des Betrugs oder der Untreue im Bereich der GKV durchgeführt; sie stammen aus dem gesamten Bundesgebiet und sind für die Gesamtheit der insgesamt für diesen Zeitraum ermittelten 1.471 Verfahren annähernd repräsentativ.

## **3. Untersuchungsergebnisse**

### **3.1 Phänomenologie des Fehlverhaltens aus Sicht der Krankenkassen**

#### **3.1.1 Fallaufkommen und Ergebnis der Fallbearbeitung**

Die Auswertung der Tätigkeitsberichte zeigte, dass das von den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen bearbeitete Fallaufkommen sehr unterschiedlich ist; eine einheitliche Arbeitsstruktur ist hier nicht erkennbar. In den Jahren 2004/2005 schwankte die Zahl der bearbeiteten Verdachtsfälle bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern zwischen keinem und 2.258 Fällen, wobei in den zwei Jahren von 17,8 % der Bekämpfungsstellen nur höchstens einem einzigen Fall nachgegangen wurde. Das arithmetische Mittel betrug für den Zweijahreszeitraum 100,8 Fälle pro Krankenkasse, wobei jedoch der Median, der lediglich bei 10 liegt, die tatsächliche Verteilung besser wiedergibt. Das differente Fallaufkommen kam erwartungsgemäß auch in der Zahl der innerhalb des Zweijahreszeitraums abgeschlossenen Fälle zum Ausdruck, welche von keinem bis zu 1.654 Fällen (arithmetisches

Mittel = 53,6; Median = 6) reichte. Von mehr als einem Viertel der Kassen (28,6 %) wurde innerhalb des Zweijahreszeitraums nur höchstens ein einziger Fall abschließend bearbeitet.

Dass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen Unregelmäßigkeiten genauer nachgehen, bedeutet nicht automatisch, dass es sich hierbei auch um strafrechtlich relevantes Fehlverhalten gehandelt haben muss. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass ein zunächst angenommenes Fehlverhalten bei Abschluss der Fallbearbeitung vielfach nicht bestätigt bzw. nachgewiesen werden konnte. Dies traf bei 40,0 % der betreffenden Krankenkassen auf alle und bei weiteren 36,0 % noch auf mehr als die Hälfte der bearbeiteten Fälle zu. Sofern Unregelmäßigkeiten festgestellt wurden, begnügten sich die Krankenkassen meist damit, die Rückerstattung der unrechtmäßig erlangten Beträge zu fordern, wobei die geforderten Beträge häufig allerdings tatsächlich nicht zurückerlangt werden konnten. Strafanzeigen nach § 197a Abs. 4 SGB V waren daher selten (dazu genauer unten 3.2.3).

### **3.1.2 Tatverdächtige und Vorgehensweise**

Fehlverhalten im Gesundheitswesen war grundsätzlich in allen Leistungsbe-  
reichen vorzufinden. Anteilsmäßig wurden in den untersuchten Berichten je-  
doch am häufigsten Ärzte (14,6 %), versicherte bzw. nicht versicherte Perso-  
nen (12,5 %), Zahnärzte (9,3 %) sowie Hebammen, Apotheker und Unter-  
nehmer der häuslichen Krankenpflege (zu jeweils 6,6 %) als Tatverdächtige  
benannt. Die sog. Leistungserbringer, also diejenigen, die gegenüber den  
Versicherten die medizinischen Dienst- und Sachleistungen erbringen, waren  
von den Ermittlungen der Krankenkassen mithin am häufigsten betroffen.  
Die Ergebnisse lassen sich zwar aufgrund der relativ geringen Anzahl von  
Berichten, denen sich diesbezüglich exakte Angaben entnehmen ließen,  
nicht verallgemeinern, sie werden jedoch durch die im Rahmen der Befra-  
gung gewonnenen Erkenntnisse im Wesentlichen bestätigt und dürften so die  
verdächtigen Gruppen weitestgehend ihrer Bedeutung in der Grundgesamt-  
heit entsprechend wiedergeben.

Entsprechend den unterschiedlichen Gelegenheitsstrukturen, die sich bei den  
verdächtigten Leistungserbringern naturgemäß anders darstellen als bei den  
versicherten und nicht versicherten Personen, gestalteten sich auch die im  
Fokus der Ermittlungen stehenden Vorgehensweisen bei der betrügerischen  
Erlangung von Vorteilen unterschiedlich. So machte der Missbrauch der  
Krankenversichertenkarten den größten Anteil der von den Krankenkassen  
verfolgten auffälligen Sachverhalte (13,2 %) aus, gefolgt von der Abrech-

nung tatsächlich nicht erbrachter Leistungen (12,8 %) sowie der Rezept- oder Verordnungsfälschung (8,9 %). Darüber hinaus waren ein hohes Aufkommen von Fällen der Abrechnung höherwertiger Leistungen sowie der fehlenden Weitergabe von Rabatten oder Zuwendungen mit jeweils 8,2 % zu verzeichnen. Zwar lassen sich auch diese Ergebnisse im Hinblick auf die geringe Anzahl von Berichten, denen diesbezüglich Angaben zu entnehmen waren, nicht verallgemeinern. Sie entsprechen jedoch ebenfalls weitestgehend denen der Befragung und bestätigen die Annahme, dass in der Praxis vor allem der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen, bei der es sich wohl um den Grundfall des Abrechnungsbetruges handelt,<sup>6</sup> besondere Bedeutung zukommt. Auch der hohe Anteil von Sachverhalten des Missbrauchs der Krankenversichertenkarte überrascht nicht, da dieser in der Praxis bekanntermaßen ein verbreitetes Problem darstellt und von den Krankenkassen – soweit der Missbrauch durch ein ehemaliges Kassenmitglied erfolgt – im Rahmen der Abrechnungsüberprüfung regelmäßig festzustellen ist.

### 3.1.3 Schadenshöhe

Entsprechend dem unterschiedlichen bearbeiteten Fallaufkommen gestaltete sich die Höhe der bei den Krankenkassen wahrgenommenen Schäden sehr unterschiedlich. Als „Schaden“ wurden dabei diejenigen Beträge erfasst, die von den Kassen gegenüber den auffällig gewordenen Leistungserbringern sowie gegenüber den versicherten und nicht versicherten Nichtleistungserbringern geltend gemacht wurden. Einschränkend ist dabei zu berücksichtigen, dass hier nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung von einem normativen Schadensbegriff auszugehen ist; entscheidend sind nicht die wirtschaftlichen Einbußen der Kasse, sondern der Wert der aus sozialrechtlicher Sicht zu Unrecht erbrachten Leistungen, wobei eine wirtschaftliche Kompensation unberücksichtigt bleibt. In den Jahren 2004/2005 wurden zwar von einzelnen Krankenkassen (5,9 %) Schäden in Höhe von über einer Millionen Euro geltend gemacht. Auf der anderen Seite gab jedoch mehr als ein Drittel der Kassen (38,6 %) an, überhaupt keine Schäden durch betrügerische Manipulationen erlitten zu haben. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Höhe der von den Krankenkassen wahrgenommenen Schäden waren die aus sämtlichen ausgewerteten Tätigkeitsberichten gebildeten Mittelwerte nur wenig aussagekräftig (arithmetisches Mittel = 231.779 €; 5 %-getrimmtes Mittel = 50.422 €; Median = 620 €) und für eine Hochrechnung zu dem durch betrügerische Manipulationen angerichteten Gesamtschaden nur wenig geeignet. Mit einem Konfidenzintervall von 95,0 % ließ sich lediglich feststel-

---

6 Vgl. *Hancock*, Abrechnungsbetrug durch Vertragsärzte, 2006, S. 129.

len, dass sich der im untersuchten Zweijahreszeitraum durchschnittlich bei einer Krankenkasse verursachte Schaden zwischen 49.219 € und 414.338 € bewegen musste. Legt man diesen Rahmen zugrunde, ergibt sich nach einer Hochrechnung – ausgehend von 238 Krankenkassen – ein im Berichtszeitraum 2004 und 2005 bei allen gesetzlichen Krankenkassen entstandener statistischer Gesamtschaden, der zwischen 11,7 und 98,6 Mio. €, bezogen auf ein Jahr zwischen 5,9 und 49,3 Mio. € liegen muss. Dabei ist davon auszugehen, dass die Untergrenze dieses lediglich hochgerechneten Rahmens auf jeden Fall überschritten wurde, da sich der in den Tätigkeitsberichten mitgeteilte, den Krankenkassen nachweislich entstandene Gesamtschaden im Zeitraum 2004 und 2005 auf 23,4 Mio. €, bezogen auf ein Jahr auf 11,7 Mio. € belaufen hat.

### **3.2 Problemfelder mit Blick auf die Prävention**

#### **3.2.1 Personelle Ausstattung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen**

Erste weiterführende Erkenntnis aus der Auswertung der Tätigkeitsberichte und Fragebögen war, dass die personelle Ausstattung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen sehr unterschiedlich ist. Die Ausstattung reichte im Erhebungszeitraum von 0,25 bis zu 8,25 Mitarbeiterstellen, wobei die Werte nicht normal verteilt waren, sondern einer linksschiefen Kurve folgten, d.h. typischerweise waren die Bekämpfungsstellen nur mit wenig Personal ausgestattet; das arithmetische Mittel lag bei 1,1 Mitarbeiterstellen. Aufgrund der erheblichen Streuung des Merkmals (Standardabweichung 1,7) gibt der Median mit 0,5 die Verteilung sogar noch treffender wieder. Selbst wenn es kleinen Kassen schwerer fallen dürfte als großen, mitgliederstarken Kassen, für die Fehlverhaltensbekämpfung ausreichend Personal abzustellen, machen die niedrigen Mittelwerte in der Personalausstattung deutlich, dass die Fehlverhaltensbekämpfung bei vielen Kassen jedenfalls in der Anfangszeit der Jahre 2004/2005 nicht als eine vorrangig zu betreibende Aufgabe angesehen wurde. Dabei ließ sich im Übrigen zwischen der Größe der Krankenkasse (gemessen an der Anzahl der Mitglieder) und der personellen Ausstattung der Stellen nach § 197a SGB V kein statistischer Zusammenhang feststellen; die Ausstattung scheint also weniger mit den Ressourcen einer Krankenkasse zu tun zu haben als mit der Wertigkeit, die von Seiten des Vorstands der Fehlverhaltensbekämpfung beigemessen wird.

Die personelle Ausstattung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen steht in einem statistisch nachweisbaren Zusammenhang mit der Zahl der bearbeitete-

ten Verdachtsfälle. So wurden mehr als zwanzig Verdachtsfälle vor allem von solchen Stellen nach § 197a SGB V bearbeitet, die personell überdurchschnittlich gut (mehr als 0,5 Mitarbeiterstellen) ausgestattet waren. Die unterschiedlichen Fallbearbeitungszahlen lassen sich damit am ehesten mit dem unterschiedlichen Kontrollniveau in den Kassen erklären. Die geringen Fallzahlen vieler Sozialversicherungsträger dürften weniger damit zusammenhängen, dass diese Sozialversicherungsträger nur in geringem Maß von Fehlverhalten betroffen waren, als vielmehr damit, dass hier ein überdurchschnittlich großes Dunkelfeld existiert, das von dem wenigen Personal nicht adäquat aufgeheilt werden konnte. Hier gibt es einen klaren Anknüpfungspunkt für Überlegungen zur Verbesserung der Prävention.

### **3.2.2 Die Erlangung der Kenntnis von den Verdachtsfällen**

Weiterhin ist interessant, auf welchen Wegen die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ihre Kenntnis von dem Verdacht erlangen, dass es zu Unregelmäßigkeiten oder sonst rechtswidriger oder zweckwidriger Nutzung von Finanzmitteln gekommen ist. Die diesbezügliche Auswertung der Tätigkeitsberichte ließ erkennen, dass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen in den Jahren 2004/2005 sowohl aus internen als auch aus externen Quellen Hinweise erhielten. Von Bedeutung für die Aufnahme von Recherchen schien vor allem die interne Kenntniserlangung, z.B. im Wege von Datenbankanalysen oder der Abrechnungsprüfung in den Fachabteilungen, gewesen zu sein (57,0 % der Krankenkassen erhielten hierüber Hinweise) sowie die kassenartinterne Zusammenarbeit über die Verbände (62,0 %). Zwar erhielten auch 49,1 % der Bekämpfungsstellen Hinweise von anderen Krankenkassen, bei einer näheren Betrachtung zeigte sich jedoch, dass der Anteil der auf diese Weise erlangten Hinweise regelmäßig gering ausfiel. Dieser lag bei nur 23,0 % der Krankenkassen über 10,0 % am Gesamtaufkommen aller Hinweise. Zudem erfolgten auch Hinweise durch kassenartenübergreifende Arbeitsgruppen (dies war in 7,0 % der Berichte vermerkt) nur in seltenen Fällen und auch zu einer Kenntniserlangung durch (ehemalige) Patienten (47,4 %) oder andere Leistungserbringer (27,2 %) kam es, gemessen am gesamten Aufkommen aller Hinweise, nur gelegentlich. Noch seltener erfolgten allerdings Hinweise von (ehemaligen) Mitarbeitern, was in nur zwei Berichten ausdrücklich erwähnt wurde, und anonyme Meldungen, die zwar bei 26,3 % der Krankenkassen zu verzeichnen waren, die aber am Gesamtaufkommen ebenfalls nur einen geringen Anteil ausmachten. Ähnlich war dies für Hinweise der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen zu beurteilen, von denen lediglich 9,6 % der Krankenkassen berichten konnten. Da die

Sozialversicherungsträger regelmäßig auf die Hinweise anderer Stellen angewiesen sind, erscheint das Aufkommen vor allem im Verhältnis der Krankenkassen untereinander sowie zwischen diesen und den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen noch steigerungsfähig und -bedürftig.

Die hohe Bedeutung, die der internen Kenntniserlangung für die Aufnahme von weitergehenden Ermittlungen in den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen zukommt, wird im Übrigen auch daran deutlich, dass sich in der Untersuchung ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Art der Ermittlungstätigkeit und der Höhe des bearbeiteten Fallaufkommens feststellen ließ. Insoweit wurde danach unterschieden, ob die Bekämpfungsstellen lediglich auf Hinweise reagierten, die ihnen von Dritten geliefert wurden und die aufgrund einzelner Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erschienen, oder ob sie darüber hinaus auch eigene Ermittlungen vornahmen, also proaktiv tätig wurden. Mehr als ein Drittel der Krankenkassen gab an, auch proaktiv tätig zu werden (39,4 % gegenüber 56,1 %, die ausschließlich reaktiv tätig wurden). Die statistische Analyse zeigte, dass ein sehr hohes Fallaufkommen regelmäßig nur von solchen Stellen nach § 197a SGB V bearbeitet wird, die sowohl Hinweisen nachgehen als auch eigene Überprüfungen vornehmen. Das mit der eigenen Ermittlungstätigkeit einhergehende höhere Kontrollniveau wird sich mithin nachweisbar positiv auf die Aufdeckung der betreffenden Verhaltensweisen aus.

### 3.2.3 Die Unterrichtung der Staatsanwaltschaft

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).<sup>7</sup> Im Hinblick auf die relative Konturlosigkeit der Vorschrift,<sup>8</sup> die sich aus den unbestimmten Rechtsbegriffen des Anfangsverdachts und vor allem dem der nicht nur geringfügigen Bedeutung des Sachverhaltes ergibt, ist allerdings zu erwarten, dass sich das Vorgehen der Stellen nach § 197a SGB V im Rahmen der Anzeigeerstattung nicht einheitlich gestaltet. Diese Erwartung wurde in der Untersuchung bestätigt.

---

7 BT-Drucks. 15/1525, S. 99.

8 Vgl. auch *Steinhilper*, MedR 2005, S. 133, sowie *Ellbogen*, MedR 2006, S. 459.



Ausschlaggebend für die Entscheidung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen, den Verdachtsfall an die Staatsanwaltschaft weiterzuleiten, ist nach den Untersuchungsergebnissen in erster Linie die Höhe des vermeintlichen Schadens. In der Befragung waren beinahe zwei Drittel der Beauftragten der Meinung, dass die Schadenshöhe für die Bewertung der Frage, ob es sich um ein Fehlverhalten von nicht nur geringfügiger Bedeutung für die GKV handelt, ausschlaggebend sei. Etwa ein weiteres Drittel stimmte dieser Auffassung noch eher zu und lediglich 11,1 % konnten diese Annahme eher nicht bestätigen. Bestand insoweit zwar weitestgehend Einigkeit unter den Befragten, so stellte sich jedoch heraus, dass die Grenzziehung, wann in materieller Sicht die Geringfügigkeitsgrenze überschritten ist, stark variierte. Während einige Fehlverhaltensbekämpfungsstellen angaben, bereits bei vermeintlichen Schäden von mehr als 50 € die Staatsanwaltschaft zu unterrichten, zogen andere Stellen die Grenzlinie erst bei vermeintlichen Schäden von über 1.000 €. Neben den vermuteten finanziellen Schäden stellten die konkrete Vorgehensweise des Verdächtigen bzw. die hinter dieser vermutete kriminelle Energie sowie die Anzahl der festgestellten Auffälligkeiten Umstände dar, die die Entscheidung nach § 197a Abs. 4 SGB V vermehrt beeinflussten. Insgesamt zeigte sich jedoch, dass ein einheitliches Vorgehen der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen bei der Weiterleitung der Verdachtsfälle an die Staatsanwaltschaften nicht gegeben war.<sup>9</sup>

Entsprechend den unterschiedlichen Beurteilungsmaßstäben bei der Auslegung der Anzeigepflicht nach § 197a Abs. 4 SGB V variierte auch das Strafanzeigeaufkommen zwischen den einzelnen Bekämpfungsstellen. So zeigte sich im Rahmen der Befragung, dass einige Krankenkassen im Erhebungszeitraum keinen einzigen Verdachtsfall an die Staatsanwaltschaften weitergeleitet hatten, während dies bei anderen Stellen in 80 % aller bekannt gewordenen Fälle erfolgt war, was zu einem Mittelwert von 20,8 % führte.

Einem durchschnittlichen Strafanzeigeaufkommen von etwa 20 % widersprachen allerdings die mittels der Auswertung der Tätigkeitsberichte gewonnenen Ergebnisse, nach denen von den Sozialversicherungsträgern im Berichtszeitraum 2004/2005 lediglich 326 Strafanzeigen gestellt wurden, während insgesamt von 13.608 bearbeiteten Fällen berichtet wurde (2,4 %). Von den betreffenden Krankenkassen haben mehr als die Hälfte (58,6 %) niemals eine Strafanzeige gestellt, womit der Median bei Null liegt, und

---

<sup>9</sup> So auch die Erfahrungen der Praxis, wonach das Verständnis der geringfügigen Bedeutung sehr unterschiedlich sein kann; vgl. etwa *Mahnkopf*, in: *Gehl* (Hrsg.), *Tatort Gesundheitsmarkt*, 2007, S. 100.

auch bei den weiteren Krankenkassen war das Anzeigeaufkommen eher gering, die Höchstzahl erhobener Anzeigen betrug jedoch 51. Die dargelegte Verteilung führt zu einem Mittelwert von 2,6 Strafanzeigen pro Krankenkasse, wobei aber auch hier die Streuung mit 7,2 recht groß ist.

Fragt man nach den möglichen Gründen für die geringe Zahl von Strafanzeigen, geraten die Arbeitsbeziehungen mit der Justiz und die Beurteilung der Arbeitsweise der Strafverfolgungsbehörden durch die Krankenkassen in den Blick. Insoweit konnte in der Befragung festgestellt werden, dass sich die Bewertung der Tätigkeit der Strafverfolgungsorgane zwar abhängig von den gemachten Erfahrungen in einzelnen Bereichen recht unterschiedlich gestaltete. Mehrheitlich wurden aber die fehlenden Fachkenntnisse sowie die lange Verfahrensdauer bemängelt. So bezeichneten 61,5 % der Befragten die fachliche Kompetenz der Staatsanwälte bezüglich der Vermögensstraftaten mit sozialrechtlichem Hintergrund als lediglich mittelmäßig und 50,0 % kritisierten die lange Verfahrensdauer, die zumindest in Teilen auf die tatsächlichen und rechtlichen Schwierigkeiten bei den Ermittlungen wegen der besagten Delikte zurückzuführen sein dürfte. Negativ vermerkten die Beauftragten zudem, dass sie während der besagten Strafverfahren nur unzureichend über den Verfahrensgang und -stand informiert und bei Abschluss des Verfahrens als Geschädigte nur selten bei der Auflagenerteilung berücksichtigt würden. Es ist anzunehmen, dass diese eher von Skepsis geprägten Einstellungen gegenüber der Justiz eine effektive Strafverfolgung, zu der es einer Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern bedarf, nicht unerheblich erschweren.

### **3.2.4 Die Erledigungsstrukturen der Justiz**

Ein letzter, rechtspolitisch freilich nicht zu unterschätzender Problempunkt betrifft die Erledigungsstrukturen, die die Justiz im Umgang mit dem Verdacht auf vermögensschädigendes Fehlverhalten in der GKV an den Tag legt. Um sich die Tragweite der Problematik zu verdeutlichen, ist zunächst festzustellen, gegen wen sich die Verfahren richten: Der größte Teil der Strafverfahren wird nach den Ergebnissen der Aktenauswertung gegen die sog. Leistungserbringer durchgeführt. Auf diese Gruppe entfielen knapp drei Viertel (74,6 %) der ausgewerteten Strafverfahren, während sich nur ein Viertel der Verfahren gegen Versicherte (9,1 %) oder Nichtversicherte (16,3 %) richtete. Abrechnungsmanipulationen traten – den Erfahrungen der

Praxis entsprechend<sup>10</sup> – in allen Leistungsbereichen auf; in den ausgewerteten Verfahren wurde gegen Leistungserbringer aller Berufsgruppen ermittelt. Zu einem hohen Anteil waren hiervon jedoch niedergelassene Ärzte (24,5 %, wobei es sich zu 45,2 % um Allgemeinmediziner handelte) und Zahnärzte (23,0 %), aber auch Optiker (8,8 %), Krankentransportunternehmer (6,9 %) und Unternehmer der häuslichen Krankenpflege (6,4 %) betroffen.

Die weitere Auswertung zeigt, dass sich die gegen die Leistungserbringer geführten Verfahren deutlich von den Verfahren unterscheiden, die gegen die Nichtleistungserbringer geführt werden. So wird den Leistungserbringern im Durchschnitt eine deutlich größere Zahl von Einzelhandlungen zur Last gelegt. Während die Nichtleistungserbringer zu 19,2 % lediglich eine einzelne Handlung und nur zu 11,5 % mehr als hundert Einzeltaten durchgeführt haben, so wurde wegen einer einmaligen Tatbegehung bei den Leistungserbringern nur zu 5,4 %, wegen mehr als hundert Taten hingegen zu 33,0 % ermittelt.<sup>11</sup> Den Leistungserbringern wird dementsprechend im Durchschnitt auch ein deutlich größerer Schaden zur Last gelegt. So standen bei den Ermittlungsverfahren gegen die im Gesundheitswesen Beschäftigten im arithmetischen Mittel Schäden von 47.097 € pro Verfahren im Raum, wohingegen sich diese bei den übrigen Beschuldigten lediglich auf durchschnittlich 12.421 € beliefen. Zwar ähnelte sich die Verteilung im Bereich geringer Schäden – gegen 25,9 % der tatverdächtigen Nichtleistungserbringer wurde wegen verursachter Schäden von unter 500 € ermittelt, was ebenfalls auf 14,4 % der Leistungserbringer zutraf –, hohe Schäden von über 10.000 € (und sogar über 100.000 €) wurden hingegen seltener von den Nichtleistungserbringern (15,1 %) als von den Leistungserbringern verursacht (46,6 %). Und es gab 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 %). Die Leistungserbringer gestehen auf der anderen Seite zwar häufig (33,2 %) Abrechnungsfehler ein, weisen aber einen Vorsatz oder die Bereicherungs-

---

10 Vgl. etwa Ehlers, in: *P.-A. Albrecht u.a.* (Hrsg.), Festschrift für Schüler-Springorum 1993, S. 163f.; *Leopold*, Die Rentenversicherung 2006, S. 147.

11 Bei der Erklärung der auffällig großen Zahl von Einzeltaten in der Gruppe der Leistungserbringer ist zu berücksichtigen, dass sich eine einmalige Abrechnungsmanipulation regelmäßig nicht lohnt, sondern erst durch das wiederholte Vorgehen merkliche finanzielle Vorteile zu erlangen sind. Dem entsprechen auch die Erfahrungen der Strafverfolgungsbehörden, dass sich strafrechtlich relevante Abrechnungsfehler selten auf Einzelfälle beschränken. Häufig sollen von den verfolgten Leistungserbringern einzelne Abrechnungsfehler etabliert worden sein, die dann über einen längeren Zeitraum in den Abrechnungen fortgeführt worden sein sollen, vgl. *Badle*, NJW 2008, S. 1029.

absicht weit von sich. Knapp die Hälfte der Nichtleistungserbringer (47,4 %) gibt an, die Tat aufgrund einer ggf. psychischen Erkrankung begangen zu haben. Die Leistungserbringer ersetzen demgegenüber den verursachten Schaden häufiger oder zeigen diesbezügliche Bemühungen. Auch eine anwaltliche Vertretung findet im Ermittlungsverfahren vor allem bei den Leistungserbringern statt (76,9 % gegenüber 32,0 %).

Die rechtlich relevanten Strukturen zwischen den beiden Gruppen sind mit hin deutlich unterschiedlich. Unterschiedlich sind aber auch die Erledigungsstrukturen der Justiz, und zwar auf eine Weise, die in ihrer Deutlichkeit überrascht. Trotz des durchschnittlich höheren Unrechts- und Schuldgehalts werden die Verfahren gegen die Leistungserbringer signifikant häufiger durch Einstellung abgeschlossen als die Verfahren gegen die Nichtleistungserbringer. So erfolgte eine Einstellung gegen Auflagen und Weisungen nach § 153a Abs. 1 und 2 StPO gegenüber 35,0 % der Leistungserbringer und damit wesentlich häufiger als gegenüber den Nichtleistungserbringern, wo dies nur zu 5,2 % geschah. Die Nichtleistungserbringer wurden vielmehr zu 35,9 % im Strafbefehlsverfahren und zu weiteren 16,7 % durch ein strafgerichtliches Urteil abgeurteilt, was einer Verurteilungsquote von 52,6 % entsprach. Demgegenüber wurden die Verfahren gegen Beschuldigte aus dem Gesundheitswesen nur zu 14,0 % durch Strafbefehl und zu 12,2 % durch einen gerichtlichen Schuldspruch beendet, womit in „lediglich“ 26,2 % der Verfahren eine Verurteilung erfolgte. Die signifikanten Unterschiede bleiben dabei auch dann erhalten, wenn man nur die strafrechtlich noch nicht in Erscheinung getretenen Beschuldigten in den Blick nimmt. Die Privilegierung der Leistungserbringer bei der Verfahrenserledigung mag dabei durch die in der Justiz chronische Ressourcenknappheit gerechtfertigt sein; die gegen die Leistungserbringer gerichteten Verfahren sind für die Strafverfolgungsbehörden aufgrund ihrer Komplexität wahrscheinlich objektiv, aber vielleicht auch subjektiv schwieriger zu bewältigen als andere Verfahren. Indes wird es in der Öffentlichkeit – und damit auch bei potentiellen Tätern – durchaus registriert, wenn bestimmte Tätergruppen im Verfahren anders behandelt werden als andere. Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass die sachlich kaum zu rechtfertigende Besserstellung der Leistungserbringer mittel- und langfristig einer Schwächung des strafrechtlichen Normappells Vorschub leistet und damit – wenn auch ungewollt – dem Ziel der Verbesserung der Prävention klar zuwiderläuft.

#### **4. Fazit – Konsequenzen für die Prävention**

Welche Konsequenzen lassen sich aus den vorgestellten Untersuchungsergebnissen für die Prävention ziehen? Festzustellen ist zunächst, dass sich bestimmte Parameter auch im besten Interesse der Prävention realistischerweise nicht verändern lassen. Der Betrug in der GKV wird nach allem, was aus der Kriminologie bekannt ist, vermutlich vor allem durch die Intransparenz des Systems, die auch eine Folge der Entkopplung der Behandlungs- und Vergütungswege ist, durch die damit einhergehende Anonymität der Geschädigten sowie durch die zum Teil komplizierten und unübersichtlichen Abrechnungsregeln erheblich begünstigt. Das System der GKV steht jedoch in seinen Grundstrukturen nicht zur Disposition. Namentlich die Ersetzung des Sachleistungsprinzips durch das Kostenerstattungsprinzip, so wie es in der privaten Krankenversicherung üblich ist, steht bei keiner politischen Partei auf der Agenda.

Die Überlegungen zur Prävention müssen deshalb an einem anderen Punkt ansetzen, nämlich an dem der Kontrolle. Die Begehung von Straftaten – und dies dürfte für Fehlverhalten in seiner ganzen Breite zutreffen – ist vermutlich in den meisten Fällen das Ergebnis einer fehlenden oder nicht ausreichenden Selbst- und Fremdsteuering. Tatgelegenheiten werden um des eigenen Vorteils willen dann ausgenutzt, wenn die Mechanismen der inneren und der äußeren Kontrolle versagen, d.h. wenn und soweit die inneren Hemmungen überwunden werden können und dem Täter das Risiko der möglichen Entdeckung, Verfolgung und Bestrafung der Tat gering erscheint. Die Überlegungen zur Prävention in der GKV müssen dementsprechend bei der Selbststeuerung der Beteiligten und der Erhöhung des Entdeckungs- und Verfolgungs- bzw. Bestrafungsrisikos ansetzen.

Zu der Frage, wie sich die Selbststeuerung der Beteiligten im Bereich der Krankenversicherung, namentlich der Leistungserbringer, stabilisieren und stärken lässt, so dass Tatgelegenheiten auch dann nicht zum eigenen Vorteil ausgenutzt werden, wenn die Gefahr der Entdeckung und der Strafverfolgung nur gering ist, lassen die Untersuchungsergebnisse keine Schlussfolgerungen zu; auf diese Frage hin war die Untersuchung nicht angelegt. Plausibel erscheint es jedoch, dass die Selbststeuerung dadurch gestärkt werden kann, dass von allen Akteuren im Gesundheitssystem der Bagatellisierung

von Fehlverhalten entgegengewirkt wird. Sozialbetrug ist kein Kavaliersdelikt.

Rechtspolitisch bedeutsamer ist die Frage nach der Erhöhung des Entdeckungs- und Verfolgungsrisikos. Insoweit hat die Untersuchung eine ganze Reihe von Ansatzpunkten erbracht, die zu einer Verbesserung der Wirksamkeit der äußeren Kontrollmechanismen ergriffen werden können. So zeigen die Untersuchungsergebnisse, dass sich die Fehlverhaltensbekämpfung nach § 197a SGB V bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern sehr unterschiedlich gestaltet. Die Befunde legen dabei den Schluss nahe, dass mögliche Fehlverhaltensfälle zulasten der Krankenkassen, bei denen keine bzw. nur wenige Verdachtsfälle bekannt geworden sind und bei denen damit auch die verursachten Schäden regelmäßig gering ausfielen, zum Teil schlicht nicht wahrgenommen, entdeckt wurden. Eine Erhöhung der Kontrolldichte durch eine flächendeckend angemessene personelle Ausstattung der Stellen nach § 197a SGB V sowie eine auch proaktive Arbeitsweise dieser Stellen dürfte deshalb eine sinnvolle und notwendige Konsequenz sein.

Auch die Zusammenarbeit der Akteure in der GKV bietet einen Ansatzpunkt für die Verbesserung der Prävention. Dies gilt zum einen für die kassenartenübergreifende Zusammenarbeit, insbesondere hinsichtlich des Austausches von Informationen über konkrete Verdachtsfälle, die erforderlich ist, um die auffälligen Sachverhalte in ihrem gesamten Ausmaß noch effektiver aufdecken und verfolgen zu können. Zwar erfolgte eine Zusammenarbeit in einigen Teilen des ausgewerteten Samples, insgesamt war jedoch der Anteil der Krankenkassen, der – direkt oder in Arbeitsgruppen – Hinweise auf Fehlverhalten von anderen Sozialversicherungsträgern erlangt hat, nur gering und wurden diese Kooperationsformen nicht ausreichend genutzt. Ein Wettbewerb der Krankenkassen, der, weil er lediglich die „eigenen“ Fälle im Blick hat, die Bekämpfung von Fehlverhalten in der GKV erschwert, damit letztlich dem Tatverdächtigen zu Gute kommt und die Solidargemeinschaft schädigt, erscheint an dieser Stelle dysfunktional. Zudem bedarf es einer rechtlichen Klarstellung der datenschutzrechtlichen Lage dergestalt, dass konkrete Verdachtsfälle im Sinne des §§ 197a Abs. 4, 81a Abs. 4 SGB V an andere Fehlverhaltensbekämpfungsstellen weitergeleitet werden dürfen.

In diese Formen der Zusammenarbeit sollten zudem die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stärker eingebunden werden, mit denen eine Kooperation derzeit in weiten Teilen nicht stattzufinden scheint. Es sollte auch das Interesse der Vertragsärzteschaft sein, Abrechnungsmanipulationen von Kollegen zu verfolgen und zu unterbinden, da in der Regel

letztlich sie selbst die hiervon Geschädigten sind. Einem falsch verstandenen Lobbyschutz gilt es, ggf. durch vermehrte Hinweise auf die bestehende Verpflichtung zur Zusammenarbeit durch die Aufsichtsbehörden, entgegenzutreten.

Kritisch ist die derzeitige Regelung der Anzeigepflicht in § 197a Abs. 4 SGB V unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, dass fraglich ist, inwieweit die Beurteilung der Geringfügigkeit überhaupt durch einen Sozialversicherungsträger allein erfolgen kann. Da eine auf konkrete Einzelfälle bezogene kassenartenübergreifende Zusammenarbeit jedenfalls derzeit nur in geringem Umfang stattfindet, wird die Beurteilung der Bedeutung eines auffälligen Sachverhaltes für die GKV, die regelmäßig nur durch Einbeziehung einer Vielzahl von Sozialversicherungsträgern abschließend zu klären sein dürfte, letztlich häufig unzureichend, weil unvollständig, sein. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist daher in der Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Krankenkassen und auch mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ein wichtiger Ansatzpunkt zu sehen, um die Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen durch eine Steigerung des Kontrollniveaus zu verbessern. Zudem gilt es zu überdenken, ob nicht die Einführung einer umfassenden, einschränkungslosen Anzeigepflicht angebracht wäre, die zu einer größeren Gleichförmigkeit der Strafverfolgung führen und die Beurteilung der Geringfügigkeit den Strafverfolgungsorganen überlassen würde.

Auf der Ebene von Strafverfolgung und Justiz ist das bei diesen vorhandenen Fachwissen zu erhöhen, was vermutlich am sinnvollsten durch eine weitere Spezialisierung im Sinne der vermehrten Bildung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften bzw. Sonderdezernaten erfolgen könnte. Hilfsweise sollte aber in jeder Behörde zumindest ein Staatsanwalt bestimmt werden, der den örtlichen Sozialversicherungsträgern als Ansprechpartner zur Verfügung steht und über besondere Fachkenntnisse zum sozialrechtlichen Hintergrund verfügt. Dies dürfte sich in positiver Weise auf den Fortgang des Strafverfahrens auswirken, wodurch sowohl den Interessen der geschädigten Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen als auch denen des Beschuldigten an einer schnellen und möglichst wenig eingriffsintensiven Durchführung des Ermittlungsverfahrens entsprochen werden könnte. Eine solche Spezialisierung der Strafverfolgung würde zudem auch die Strafverfolgungsorgane selbst entlasten, da die Verfahren wegen Betruges zum Nachteil der GKV, die aufgrund ihrer rechtlichen und tatsächlichen Komplexität häufig viele Ressourcen binden, so effektiver bearbeitet und die allgemeinen Dezernate weniger belasten würden.

Schlussendlich sollte in der Justiz aber auch über die Art nachgedacht werden, in der die Strafverfahren wegen des Verdachts des Betrugs oder der Untreue im Gesundheitssystem geführt und erledigt werden. Wenn und soweit von strafrechtlichen Entscheidungen spezial- und generalpräventive Wirkungen ausgehen, ist es dysfunktional, den Beteiligten durch die Verfahrenseinstellung, mag sie auch nach § 153a StPO erfolgen, den Eindruck zu vermitteln, dass die Justiz mit bestimmten Fallkonstellationen – mit komplexeren, schwierigeren, beweisaufwändigeren Fällen, bei denen sich der Beschuldigte schon in einem frühen Verfahrensstadium anwaltlich vertreten lässt – nicht adäquat umgehen kann. Die von einem solchen Eindruck ausgehenden Wirkungen schwächen nicht nur die Selbststeuerung der unmittelbar Betroffenen, sondern tragen vermutlich auch zu einer Erosion des allgemeinen Rechtsbewusstseins bei. Die Gewährleistung der Gleichheit vor dem Gesetz ist für eine effiziente Betrugsprävention unverzichtbar.