

6. Düsseldorfer Medizinstrafrechtstag Brennpunkte des Arztstrafrechts

Möglichkeiten und Grenzen der Betrugsbekämpfung in der PKV



RA Nurettin Fenercioglu, LL.M. (Medizinrecht)

Referatsleiter im Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
Lehrbeauftragter im LL.M.-Studiengang „Medizinrecht“ der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



Gliederung

- I. Finanzielle Dimensionen des Abrechnungsbetrugs in der PKV**
- II. Typische Erscheinungsformen des ärztlichen Abrechnungsbetrugs
zulasten von Selbstzahlern / der PKV**
- III. Instrumentarien und Grenzen der Betrugsbekämpfung**
- IV. Nutzen von Maßnahmen zur Betrugsabwehr**

I. Finanzielle Dimensionen des Abrechnungsbetrugs in der PKV – hier: Dunkel- und Hellfeld

Dunkelfeld:

Bei jährlichen PKV-Leistungsausgaben von **24 Milliarden Euro** ergäbe ein Betrugsschaden von vorsichtig geschätzten **1 Prozent** aller ausgezahlten Leistungen einen **Schaden von 240 Millionen €**.

Hellfeld (laut Polizeikriminalstatistik 2014):

1) Versicherungsbetrug zum Nachteil von Versicherungen

2014: 3.903 2013: 4.517 Aufklärungsquote: ca. 98 %

2) Betrug zum Nachteil von Sozialversicherungen und Sozialversicherungsträgern

2014: 3.373 2013: 3.199 Aufklärungsquote: ca. 99 %

I. Finanzielle Dimensionen des Abrechnungsbetrugs

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (Dunkelfeld):

Der GDV schätzt die Schäden durch betrügerische Versicherungsfälle auf rund **4 Milliarden €**. Das entspräche etwa zehn Prozent aller in einem Jahr ausgezahlten Versicherungsleistungen.

Mit anderen Worten: Einer von zehn Schadensfällen ist vorgetäuscht.

GKV (Hellfeld) :

Der GKV-SV spricht von **53.000 Fällen** mit ca. **41 Mio. € Schadenersatz**.

Die DAK hat im Jahre 2013 **1,6 Millionen Euro** an Schadenersatz realisiert. Zum Vergleich: Die Ersatzkasse hat ca. **6,4 Millionen Mitglieder** und zahlt ca. **3 Milliarden €** allein für ärztliche Leistungen.



Erhebliche Diskrepanz zwischen geschätztem Schadensvolumen und eingeleiteten Ermittlungsverfahren

Denkbare Gründe und Erklärungsansätze:

1. Betriebswirtschaftliche Erwägungen

Die Begleitung von Ermittlungs- und Strafverfahren erfordert den Einsatz beträchtlicher administrativer und personeller Ressourcen.

2. Zivilrechtliche Handlungsoptionen werden als ausreichend erachtet.

3. „Beißhemmung“ gegenüber den als gesellschaftliche Multiplikatoren betrachteten Berufsgruppen? Auch aus Rücksicht vor der unternehmenseigenen Ärztetarifen? Erkauftes „Wohlwollen der Ärzte“ (so der ehemalige Wuppertaler Oberstaatsanwalt H. Mühlhausen)?



Erhebliche Diskrepanz zwischen geschätztem Schadensvolumen und eingeleiteten Ermittlungsverfahren

4. **Keine unmittelbare rechtliche Verpflichtung zur Einrichtung von Stellen zur Betrugsbekämpfung** (im Gegensatz zu Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, vgl. § 81a und § 197a SGB V).
5. Ein im Vergleich zur GKV **geringeres öffentliches Interesse** an der Verfolgung von Missbrauch (allerdings ist eine steigende Tendenz zu verzeichnen).
6. Mangels gesetzlicher Ermächtigungsgrundlagen ist die **Kooperation** von Unternehmen der PKV untereinander
 - a) **kartellrechtlich** und
 - b) **datenschutzrechtlich** problematisch.

Unter Freunden

2008 wurde die Allianz mutmaßlich Opfer eines Betrugs durch Tausende von Medizinern. Seinen Ärztebeirat informierte der Konzern nicht.

- ▶ Mitglieder sind hochrangige Funktionäre und Gesundheitspolitiker.
- ▶ Laboraffäre war laut Unternehmen zwar bekannt, aber kein Thema für das Gremium.

Jan Keuchel, Sönke Iwersen
Düsseldorf

Die Zahlen waren ein Fall für den Ärztebeirat. Wilfried Johannßen kam gleich zur Sache, als er Mitte 2004 auf einer Tagung der Allianz in München das

machte, dann war ihr mächtiger Ärztebeirat die richtige Adresse.

Konnte die Allianz ihrem Beirat 2004 nur von einem allgemeinen Missbrauchspotenzial berichten, so hatte sich das Problem vier Jahre später zu einem millionenschweren Ernstfall ausgeweitet: 2008 informierte das bayerische Landeskriminalamt die Allianz PKV über ein „Großermittlungsverfahren“ gegen Kunden des damaligen Labor-Magnaten Bernd Schottdorf.

Tausende von Medizinern standen im Verdacht, Patienten und Privatversicherer mit illegal berechneten Laborleistungen um rund 500 Millionen Euro gebracht haben. Es war ein Fall, der im Ärztebeirat si-



Frank-Ulrich Montgomery, Allianz-Betriebsrat und Präsident der Bundesärztekammer: Vom Ärztebetrug erst durch die Presse erfahren.

Ermittlungen gegen hessische Radiologen

Radiologen und Orthopäden im Rhein-Main-Gebiet sollen j mit einem Kickback-System geschädigt haben. Es geht um Euro.

FRANKFURT/MAIN. Mehrere Radiologen und Orthopäden im Rhein-Main-Gebiet stehen im Fokus der Staatsanwaltschaft. Sie werden verdächtigt, Privatpatienten mit einem Kickback-System geschädigt haben. Es geht um mehr als eine Million Euro.

Laut Oberstaatsanwalt Alexander Badle, der die hessische Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen leitet, stehen zwei Frankfurter Radiologen im Mittelpunkt Ermittlungen.



Handelsblatt

Dienstag, 8. September 2015, Nr. 172

Vom Schloss ins Gericht Rechtsprechung

Augsburger Labor-Magnat Bernd Schottdorf sitzt wieder e

► 78 Millionen Euro Schaden durch Abrechnungsbetrug?

► Erinnerungslücken des Angeklagten ärgern Gericht.

Jan Keuchel
Augsburg

Kantig und massiv kommt er daher. Sein schwarzer Anzug kontrastiert scharf das weiße Haar. Die Bewegungen von Bernd Schottdorf wirken wie die eines Steinbrockens. Selbst wenn er ins Rutschen kommt, gibt er seine starre Form nicht auf.

letzt deswegen so groß, weil dieser Mann seit mehr als einem Jahr nun im Mittelpunkt eines Untersuchungsausschusses in Bayern steht. Es geht um einen massiven Abrechnungsbetrug mit Laborleistungen durch 10 000 Ärzte - Schottdorfs Kunden. Es geht um einen Justizskandal, weil einer dieser Ärzte in einem Pilotverfahren zu mehr als drei Jahren Haft verurteilt wurde, aber weder Schottdorf noch die vielen Tausend anderen Beteiligten auch nur angeklagt wurden. Und es geht um politische Einflussnahme, für die es einige Anzeichen gibt.

Auch die Vorzeichen für das nun beginnende Verfahren gegen Schottdorf waren nicht gut. 2009

deren Vorwürfen wurde, sei noch „dringend zu prüfen“.

Doch auch das, was von der Anklage übrig blieb, hat es in sich: Grundlage ist der Vorwurf, die Schottdorfs hätten von 2004 bis 2007 die gesetzliche Abstaffelung für Laborhonorare umgangen. Sie sollen zahlreiche Außenlabore in ganz Deutschland mit der Abrechnung von Spezial-Laboranalyse



Mein System
für die Speziallabore

WAZ

NEWS | STÄDTE | POLITIK | SPORT | PANORAMA | WIRTSCHAFT | KULTUR | REISE | AUTO | LEBEN

Stadttauswahl | Regionen | Bochum | Dortmund | Duisburg | Essen | Gelsenkirchen | Hagen | Iserlohn | Oberhausen

Start > Städte > Bochum > Urteil: Betrügerische Ärztin (49) zu drei Jahren Haft verurteilt

Urteil

Betrügerische Ärztin (49) zu drei Jahren Haft verurteilt

28.08.2015 | 14:12 Uhr



Rubrik

Rechtsprechung

Quelle

Kölnische Rundschau vom 15.07.2015, Seite 25

Quellrubrik

REGION

Autor

ULRIKE SCHÖDEL

Copyright

(c) M.DuMont Schauberg

Mit Attesten Luxusleben finanziert

Psychiater soll Krankenversicherungen um 100 000 Euro geschädigt haben

Von ULRIKE SCHÖDEL

Bonn. Vom Fälschen und Manipulieren soll ein umtriebiger Mediziner mindestens soviel Ahnung haben wie von der Vielfalt psychischer Erkrankungen. Davon jedenfalls geht die Bonner Staatsanwaltschaft auf dem Weg eingeschlagen.

Uni-Klinik, bei der er nie als Mediziner gearbeitet hatte. Von hier aus telefonierte er mit den Krankenkassen oder faxte ihnen die manipulierten Dokumente zu. In einem weiteren Fall, so Volkhausen, hatte er unter dem Namen seiner Frau

Handtrag | Kurz kämpf verba mit d



II. Typische Erscheinungsformen des ärztlichen Abrechnungsbetrugs zulasten von Selbstzahlern / der PKV

Erscheinungsformen des ärztlichen Abrechnungsbetrugs

- 1. Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen** (sog. Luftleistungen)
- 2. Betrug durch falsche Berechnung des Gebührenfaktors**
- 3. Abrechnung unzulässiger Analogpositionen**
- 4. Abrechnung unselbständiger Teilleistungen** als selbständige Leistungen (Missachtung des Zielleistungsprinzips)
- 5. Unwirtschaftliche oder nicht indizierte Leistungen**
- 6. Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen**

Betrug durch falsche Berechnung des Gebührenfaktors

§ 5 II GOÄ: ¹Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. ²Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. ³Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. ⁴In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

Eine eigene, falsche rechtliche Würdigung über das Vorliegen vorstehender Kriterien – sofern diese Auffassung noch vertretbar ist – wird in der Regel nicht als Täuschungshandlung zu werten sein.

Anders aber, wenn über die Grundlagen (Tatsachen), die zur Steigerung berechtigen, getäuscht wird.

Beispiele:

- a) Es wird eine Begleiterkrankung behauptet, die objektiv nicht vorliegt.
- b) Der erhöhte Zeitaufwand hat tatsächlich nicht vorgelegen.

Abrechnung unzulässiger Analogpositionen

§ 6 II GOÄ: Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

Die Kostenträger stellen fest, dass in der Praxis in zunehmendem Maße Analogabrechnungen **missbräuchlich** erfolgen.

Es wird das Vorhandensein von Lücken im Gebührenverzeichnis (GV) behauptet, wo keine sind.

Oder es werden die Vergleichskriterien der gesetzlichen Regelung („Art, Kosten– und Zeitaufwand“) in gebührenrechtswidriger Weise extensiv interpretiert.

Nur selbständige ärztliche Leistungen dürfen analog berechnet werden können. Ist eine Leistung Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer im GV erfassten anderen Leistung (§ 4 Absatz 2a GOÄ), fehlt es aber an einer solchen Selbständigkeit (sog. Zielleistungsprinzip).

Täuschung ist in diesem Falle **möglich**, wenn die erbrachte Leistung unstreitig im Gebührenverzeichnis abgebildet ist.

Hier ist die **Annahme einer Täuschung** über Tatsachen **schwieriger**, denn eine andere, wenngleich extensive, aber gerade noch vertretbare Auslegung kann sich noch als **Meinungsäußerung** darstellen (**Ausreizen von Interpretationsspielräumen** oder **ungeklärte Abrechnungssachverhalte** – z.B. bei Protonentherapie oder IMRT/IGRT).

Analogabrechnungen müssen im Übrigen gemäß § 12 Abs. 4 GOÄ „**verständlich**“ beschrieben und mit dem Hinweis „**entsprechend**“ versehen werden. Auch diese formalen Anforderungen werden häufig ignoriert.

Beispiele für zum Teil unvertretbare und nicht nachvollziehbare Analogabrechnungen

Kommentierung praxisrelevanter Analogabrechnungen

Kurz-Bezeichnung der analog berechneten Leistung	Originäre GOÄ-Nr.	Leistungsbeschreibung der originären GOÄ-Nr.	Beschreibung der analog berechneten Leistung	Position des PKV-Verbandes
A 0021	21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung	Einlesen (Beurteilung / Besprechung) digitalisierter Bildgebung	Die Beurteilung von digitalisierter Bildgebung (auch Fremdaufnahmen) als selbstständige Leistung ist nicht berechnungsfähig. (Vgl. Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt O. I Nr.4.) Für die Besprechung mit den Patienten sind in der GOÄ entsprechende Beratungspositionen enthalten.
A 31	31	Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens – einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen	Ärztliche Evaluationsarbeit (ohne direkten Patientenkontakt)	Evaluierung bedeutet sach- und fachgerechte Bewertung. Eine ärztliche Evaluationsarbeit ist keine gesondert berechnungsfähige Leistung, sondern mit den bereits angesetzten Gebühren abgegolten.
A 0050	50	Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung	Ambulante Visite	Es ist nicht nachvollziehbar, was sich hinter der in der Rechnung mit dem Begriff "ambulante Visite" dargestellten Leistung verbirgt. Denkbar erscheint, dass die Gebühr für das Aufsuchen des Patienten im Aufwachraum nach erfolgter ambulanter Operation berechnet wird. Hierfür stehen aber in der GOÄ Untersuchungs- und Beratungsgebühren, beziehungsweise der Zuschlag nach der GOÄ-Nr. 448 oder 449 zur Verfügung. Die entsprechenden Bestimmungen sind zu beachten. Somit fehlt es an einer durch Analogie ausfüllungsbedürftigen Lücke in der Gebührenordnung.
A 56	56	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich –, je angefangene halbe Stunde	Zeitaufwändige Betreuung durch den Arzt / Ärztin oder Krankenschwester	"Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muß und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden." Diese Abrechnungsbemerkung zur GOÄ 56 kann nicht durch Analogie umgangen werden. Sie stellt auch ausdrücklich auf ärztliche Leistungen ab, weshalb der Ansatz für nichtärztliches Personal nicht möglich ist.
A0060	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	Time Out / Team Time Out	Das sogenannte Team-Time-Out ist die letzte Sicherheitsstufe, die ein Operationsteam vor einem Eingriff beachten muss. Dabei wird in mehreren Stufen wiederholt von allen an der Operation beteiligten Mitarbeitern an Hand einer Checkliste: der Patient identifiziert, die Besonderheiten des Eingriffs kurz besprochen, der Eingriffsort nochmals wiederholt und bestätigt. (s.a. http://www.anaesthesie.uk-erlangen.de/patienten/patientensicherheit/team-time-out/ (Stand: 12.08.2015). Es handelt sich um eine obligate organisatorische Maßnahme. Außerdem sind Routinebesprechungen wie diese gemäß den Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 60 nicht berechnungsfähig.

Weitere Beispiele unter <http://www.pkv.de/w/files/goae-kommentierung/kommentierungen-praxisrelevanter-analogabrechnungen.pdf> abrufbar.

Systematische „Optimierung“ durch „Verrechnungsstelle“

CB ChefärzteBrief

Privatliquidation • Recht • Management • Steuern

05.03.2013 | Honorarrecht

Abrechnungsstelle „frisirt“ ärztliche Abrechnungen: Wie reagiert der Chefarzt?

von Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht, Dr. Tilman Clausen, Hannover, www.spkt.de

Hochaktuell ist eine auffällige Häufung von fehlerhaften Abrechnungen bei einer großen privatärztlichen Abrechnungsstelle. Chefarzte, die wegen des Versprechens der „Optimierung“ Ihrer Abrechnung mit Zustimmung der Klinikleitung dorthin gewechselt waren, geraten nun in Schwierigkeiten. Der Beitrag zeigt anhand eines wirklichkeitsnahen Beispiels, wie der Chefarzt einen Konflikt mit dem Gesetz vermeidet.

Musterfall: Die unseriöse Abrechnungsstelle

Die Leitung eines Großklinikums wechselte vor Jahren zu einer großen Abrechnungsstelle. Diese versprach, die Einnahmen aus Privatliquidationen deutlich zu erhöhen. Der Wechsel zahlte sich zunächst aus: Einnahmen und Erlöse stiegen merklich. Der neue Abrechnungsservice nahm die Abrechnung nicht im Klinikum vor, sondern holte die Akten ab und brachte sie nach erfolgter Abrechnung zurück.

Ein neu eingestellter, privatliquidierender Chefarzt wechselte auf Wunsch der Klinik nach einigem Zögern ebenfalls zu der genannten Stelle. Nach einigen Monaten erhielt er Post von der zuständigen Landesärztekammer: Patienten hatten sich über die Abrechnungen beschwert, er möge bitte Stellung nehmen.

Bei Durchsicht der relevanten Krankenakten stellte der Chefarzt fest, dass die Abrechnungsstelle bei OPs mehrfach Ziffern aus dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ abgerechnet hatte, die er weder in seinen OP-Berichten dokumentiert noch tatsächlich erbracht hatte. Auch bei den prä- und postoperativen Leistungen waren viele Blutentnahmen und Injektionen abgerechnet worden, die ebenfalls weder von ihm noch seinem ständigen ärztlichen Vertreter erbracht worden waren. Der Chefarzt hatte die Abrechnung dieser Leistungen auch nicht in Auftrag gegeben.

Die Abrechnungsstelle berechnet ärztliche Leistungen, die nirgends dokumentiert sind.

Zahlreiche wahlärztliche Leistungen werden abgerechnet, obwohl diese weder durch den Chefarzt noch seinen ständigen ärztlichen Vertreter erbracht werden.

Analogziffern wurden angesetzt, die weder von den Ärztekammern noch einem ärztlichen Berufsverband empfohlen werden und für deren Berechnung keine nachvollziehbare Begründung erkennbar ist.

Ärztliche Leistungen werden im Zusammenhang mit anderen Leistungen berechnet, obwohl diese nach den Allgemeinen Bestimmungen oder Abrechnungsbestimmungen des Gebührenverzeichnisses nicht gemeinsam berechenbar sind.

In vielen Fällen werden ärztliche Leistungen selbstständig berechnet, obwohl sie neben anderen, ebenfalls abgerechneten ärztlichen Leistungen keine selbstständige Leistung darstellen und somit von der Abrechnung ausgeschlossen sind.

Täuschung / Irrtum:

Von einem Teil des medizinrechtlichen Schrifttums wird behauptet, dass eine Täuschung und somit eine Irrtumserregung bei Privatpatienten wegen **Überprüfungs- und Erkenntnismöglichkeiten** des tatsächlichen Leistungsumfangs und des tatsächlichen Leistungserbringers gar nicht möglich sei (vgl. Dahm, MedR 2003, S. 268).

Richtig ist, dass derjenige, der sich überhaupt keine Gedanken macht, grundsätzlich auch nicht getäuscht werden kann.

Allerdings hat der BGH in dem richtungsweisenden Urteil (BGHSt. 57, 95) klargestellt, dass der Privatpatient und der Sachbearbeiter der PKV aufgrund des sog. **sachgedanklichen Mitbewusstseins** davon ausgehen dürfen, dass die Abrechnung in Ordnung ist. Außerdem fehlten dem Patienten hinreichende eigene Fachkenntnisse, weshalb er von der Richtigkeit der Rechnung ausgehen dürfe.

Ausgewählte Probleme des Tatbestandes des § 263 StGB (II)

hier: Vermögensschaden – Paradigmenwechsel durch den BGH

Bisher konnte der Arzt im **privatärztlichen Bereich** sicher sein, dass formale Mängel in der Leistungserbringung **keinen Vermögensschaden** herbeiführen, sofern die Leistung **medizinisch indiziert** war und **lege artis** durchgeführt wurde.

Hintergrund:

Wirtschaftlicher Schadensbegriff und **Prinzip der Gesamtsaldierung** bei der Feststellung des Vermögensschadens im privatärztlichen Bereich.

Im vertragsärztlichen Bereich gilt demgegenüber seit langem die „**streng formale Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts**“.

Der Beschluss des BGH vom 25. Januar 2012 – 1 StR 45/11 –, BGHSt 57, 95-122 (NJW 2012, 1377), mit dem der 1. Strafsenat des BGH Elemente der streng formalen Betrachtungsweise aufgreift, stellt einen **Paradigmenwechsel** beim privatärztlichen Abrechnungsbetrug dar. Der Senat wörtlich:

„Führt die erbrachte Leistung mangels Abrechenbarkeit nicht zum Entstehen eines Zahlungsanspruchs, findet eine saldierende Kompensation nicht statt. Zahlt der in Anspruch genommene irrtumsbedingt ein nicht geschuldetes Honorar, ist er in Höhe des zu Unrecht Gezahlten geschädigt.“



Das ist konsequent, denn die "**Sicherung einer bezahlbaren Gesundheitsvorsorge der Versicherten**" ist ein wichtiger Gemeinwohlbelang (vgl. OLG München, Urteil vom 08. Mai 2014 – 23 U 4155/13 – zur Verfassungsmäßigkeit des AMRabattG).



III. Instrumentarien und Grenzen der Betrugsbekämpfung

Unternehmensindividuelle Möglichkeiten der Betrugsbekämpfung

Plausibilitätsprüfungen auf bestimmte Fallgestaltungen

- ❖ maschinelle Rechnungsprüfungen
- ❖ manuelle Rechnungsprüfungen

Integration der Betrugsabwehr in die regulären Prozesse

Einsatz von auf Abrechnungsbetrug **spezialisierten hochqualifizierten Mitarbeitern** (einschließlich Aus- und Fortbildung von Fachkräften, ggf. unterstützt von IT- Betrugserkennungstools)

Data Mining – Einsatz „intelligenter“ Software

Investitionen in das Leistungsmanagement

Externe Hinweise

Überzeugung des TOP-Managements über Nutzen und Ertrag der Betrugsbekämpfung

Institutionalisierung der Betrugsabwehr – Zielsetzung und Strategieplanung

Stärkung der Transparenz

Grundsätzlich schafft die Einbindung der Versicherten in die Leistungsabrechnung, wie in der PKV durch das **Kostenerstattungsprinzip**, einen wichtigen Beitrag, das Risiko eines Abrechnungsbetrugs zu mindern.

- 1) Mehr Transparenz, indem bspw. Versicherten Mittel an die Hand gegeben werden, Rechnungen selbst zu prüfen.
- 2) Durch Beratung der Versicherten über die Berechtigung von Honoraransprüchen und Hilfe bei der Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche (vgl. § 192 Abs. 3 Nr. 2 und 3 VVG).

<http://www.derprivatpatient.de/services/rechnungspruefung>

Arztrechnung prüfen



Das Prüfprogramm ist ein Service des Verbands der Privaten Krankenversicherung. Es ersetzt nicht die Rechnungsprüfung durch Ihren Versicherer. Gleichwohl kann Ihnen das Prüfprogramm einen ersten Anhaltspunkt liefern, ob die (wahl)ärztliche Rechnung den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entspricht. Das Programm beruht auf den Vorgaben der GOÄ, dem GOÄ-Kommentar von Lang/Schäfer/Stiel/Vogt (2. Auflage, 2012) sowie den Ergebnissen eines Expertengremiums des PKV-Verbandes. Widersprüche zwischen der Rechnung Ihres Arztes und dem Ergebnis des Prüfprogramms bedeuten nicht automatisch eine unrichtige Rechnungsstellung des Arztes; die GOÄ ist ein Gesetz, das in der Praxis von Ärzten und Kostenerstattern bisweilen unterschiedlich ausgelegt wird. Bitte überprüfen Sie bei Fehlermeldungen zunächst Ihre Eingabe und sprechen im zweiten Schritt Ihren Arzt an.

1. Kopfdaten der Rechnung

2. Positionen der Rechnung

3. Betragsdaten der Rechnung

4. Ergebnis der Prüfung

Als Privatpatient erhalten Sie nach der Behandlung eine Arztrechnung. Mit unserem Service-Angebot zur Rechnungsprüfung können Sie die Ihnen nach der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)* in Rechnung gestellten Kosten in mehreren Schritten überprüfen.

Schritt 1 - Kopfdaten der Rechnung

Tragen Sie das Rechnungsdatum ein und wählen Sie zwischen ambulanter und stationärer ärztlicher Behandlung. Bei stationärer Behandlung, geben Sie zusätzlich die Art des behandelnden Arztes an. Klicken Sie dann auf "Weiter".

Flankierender zivilrechtlicher Rückforderungsanspruch

§ 194 Absatz 2 VVG:

Steht dem VN oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

Bereicherungsansprüche des Versicherungsnehmers auf Rückzahlung überhöhter Entgelte gehen auf den Krankenversicherer über.

Der Anspruchsübergang ist nicht davon abhängig, dass der Versicherer über das Bestehen der Leistungspflicht in Zweifel ist.

Der Versicherer kann vielmehr ganz bewusst zunächst die Versicherungsleistungen auszahlen und sodann den Behandelnden in Regress nehmen.

(vgl. Saarländisches Oberlandesgericht, Urteil vom 26. Juni 2012 – 4 U 62/11, 4 U 62/11 - 18 –, VersR 2013, 223-227)



Zusammenarbeit mit Sonderermittlungsbehörden

Strafverfolgungsbehörden bauen zunehmend Spezialwissen auf:

1. „Soko Medicus“ des LKA Berlin
2. Schwerpunktabteilung für Ärztesachen und Korruptionsverfahren der Staatsanwaltschaft Wuppertal
3. Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen bei der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main
4. Weitere Schwerpunktstaatsanwaltschaften sind geplant bzw. in Entstehung begriffen: München I, Nürnberg-Fürth und Hof

(https://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP17/Drucksachen/Schriftliche%20Anfragen/17_0003027.pdf.)



Ausschluss von Leistungserbringern

§ 5 der Musterbedingungen der Krankheitskostenvollversicherung (MB/KK)

Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

(...)

- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. (...)

Grenzen: Datenschutzrechtliche Hindernisse

§ 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. ...“

§§ 81a und 197a Abs. 3a SGB V legitimieren die von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zum **Austausch personenbezogener Daten**, sofern das für ihre Aufgabenwahrnehmung erforderlich ist.

In der PKV ist eine Zusammenarbeit bei der Aufdeckung und Eindämmung von kriminellem Abrechnungsverhalten aufgrund **datenschutzrechtlicher Unsicherheiten** nicht möglich bzw. erheblich erschwert.

Exkurs: Datenaustausch - **Versichertenumfrage** in der Privaten Krankenversicherung

Die Versichertenumfrage ermöglicht die Klärung des konkreten Verdachts auf Obliegenheitsverletzungen, Doppelversicherungen und betrügerische Handlungen.

Liegt ein entsprechender konkreter Verdacht vor, füllt das anfragende Mitgliedsunternehmen eine Karte aus, die es per PC-Fax an den PKV-Verband übermittelt. Auf der Karte sind folgende Daten vermerkt: Das anfragende Versicherungsunternehmen, Familiennamen, Geburtsdatum und Adresse der versicherten Person, Versicherungsnummer, Versicherungsbeginn, die Art des Versicherungsschutzes, auf den sich die Anfrage bezieht (Krankentagegeldversicherung) sowie ggf. der Beruf.

Die Karten werden ausgedruckt und das Personalgeheimnis gelöscht. Liegt eine bestimmte Anzahl von Karten vor, werden diese für jedes teilnehmende Mitgliedsunternehmen einmal kopiert und an diese verschickt. Die Kopiervorlage wird anschließend vernichtet. Der PKV-Verband nimmt im Rahmen der Versichertenumfrage also keine Position einer Verteilstelle ein. Eine Speicherung personenbezogener Daten erfolgt nicht. Der PKV-Verband erfolgt auch keine Weitergabe der Daten an Dritte, insbesondere auch nicht an Unternehmen der Lebens- oder Sachversicherung.

Führt eine Karte zu einem Treffer, kann das angefragte Versicherungsunternehmen mit dem anfragenden Versicherten in Kontakt treten. Die Kontaktaufnahme erfolgt ohne Einschaltung des PKV-Verbandes.

Daten, die zu keinem Treffer führen, werden von den teilnehmenden Unternehmen gelöscht.

Wegen der veralteten Technik spielen Versichertenumfragen in der Praxis kaum mehr eine Rolle.

Weitere Grenzen und Risiken

Strafbarkeitsrisiko gemäß § 203 StGB

Verletzung von Privatgeheimnissen

Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als Angehörigen eines Unternehmens der **Privaten Krankenversicherung** [...] anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, **wird** mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe **bestraft**.

Abwägung von Chancen und Risiken

1. **Kostengesichtspunkte.**
2. **Gefahr der Verunsicherung** von Versicherten und Leistungserbringern.
3. **Gefahr negativer Publizität**, vor allem, wenn sich der Verdacht nicht erhärtet.



IV. Nutzen von Maßnahmen zur Betrugsabwehr



Prävention und Sozialkontrolle

Nur das Strafrecht bietet besondere **Sanktionsmittel der Strafe und Maßregeln**.

Kriminalstrafen bringen stärker als zivilrechtliche Schadensersatzforderungen die **Missbilligung der Allgemeinheit** gegenüber der vom Täter begangenen Tat zum Ausdruck. Die Verurteilung wegen Betrugs ist die **schärfste Form der Verurteilung sozial schädlichen und unerwünschten Verhaltens**.

Strafe dient einerseits der **Generalprävention**, d.h. der Abschreckung und der Stärkung der Rechtstreue und andererseits der **Spezialprävention**, d.h. der Sicherung vor dem Täter und dessen Resozialisierung.

Die **öffentliche Hauptverhandlung** und die damit verbundene **Berichterstattung** bringen die **generalpräventive Wirkung des Strafrechts** zur Geltung.

Systematische Unterschiede von Betrugsabwehrmaßnahmen aus strafrechtlicher und zivilrechtlicher Perspektive

Strafrecht

Untersuchungsgrundsatz /
Öffentlichkeitsgrundsatz

Strafprozessuale
Ermittlungsmaßnahmen:

1. Durchsuchung der Praxisräume
2. Beschlagnahme von
Patientenunterlagen
3. Beschlagnahme der Praxis-EDV

Zivilrecht

Beibringungsgrundsatz

Darlegungs- und Beweislast beim
Versicherer

Nebenfolgen strafrechtlicher Verfahren

Einstellung nach § 153a StPO:

Vorteile für den Arzt:

1. **Keine** abschließende **Schuldfeststellung**.
2. **Regelmäßig keine Benachrichtigung der Ärztekammer und Bezirksregierung** (Information erfolgt verpflichtend erst bei Anklageerhebung)
3. **Stigmatisierende Wirkung** der öffentlichen Hauptverhandlung **wird vermieden**.
4. **In der Regel keine Medienberichterstattung**.

Nebenfolgen strafrechtlicher Verfahren:

Gefahren für den Arzt:

1. **Berufsverbot** (§ 70 StGB)
2. **Vorläufiges Berufsverbot** (§ 132a StGB)
 1. **Berufsgerichtliches Verfahren**
 - schlimmstenfalls kann Berufsunwürdigkeit festgestellt werden
 - Prangerwirkung – Veröffentlichung mit Klarnamen (BVerfG, Beschl. 3.3.2014 (1 BvR 1128/13).
 4. **Approbationsverfahren**
 - Widerruf der Approbation (regelmäßig bei gewerbsmäßigen Abrechnungsmanipulationen)
 - BVerwG: Abrechnungsbetrug zum Nachteil von Privatpatienten kann Widerruf der Approbation rechtfertigen (BVerwG, Beschl. v. 20.9.2012 (3 B 7.12).
 5. **Arbeitsrechtliche Konsequenzen** (fristlose Kündigung) Nieders. LAG Urt. v. 17.4.2013 (2 Sa 179/12)



Ausblick

1. Der tendenziell steigende finanzielle Druck auf die PKV (Stichworte: medizinische Inflation, Nettorückgang bei den Versichertenzahlen und andauernde Niedrigzinsphase) wird die Unternehmen zu höherer Kontrolldichte anhalten (müssen).
2. Die mediale Aufmerksamkeit und die zu Skandalen aufgebauchten Berichte zum Abrechnungsbetrug werden nicht abreißen und die Unternehmen zu entsprechendem Risikomanagement veranlassen (Pflicht zur Betrugsbekämpfung gemäß § 91 Abs. 2 AktG in Verbindung mit § 34 Satz 2 VAG?; „Schottdorf-Affäre“.)
3. „Fahndungserfolge“ in der GKV sind trotz umfangreicher Datenübermittlungsbefugnisse insgesamt noch überschaubar. Druck auf die PKV wird aber steigen, sobald Aufdeckungsquoten und Rückforderungssummen in der GKV signifikant steigen.
4. Hoffnungsschimmer: Die mutmaßlich zum 1. Januar 2017 in Kraft tretende GOÄ-Novelle wird Abrechnungsmanipulationen deutlich erschweren.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

nurettin.fenercioglu@pkv.de



Verband der Privaten
Krankenversicherung