SILKE BACHMANN FÜR WELT AM SONNTAG

Abrechnungsbetrug

Einige Ärzte rechnen bewusst falsche Diagnosen und Leistungen ab – mit fatalen Folgen für Patienten

Es waren nur zwei Worte, die das Vertrauen von Niklas Peters in seinen Hausarzt erschütterten. Zwei Worte, die er gleich mehrfach in einem Dokument seiner Krankenkassen entdeckte. In dem Papier, offiziell „Patientenquittung“ genannt, waren alle Diagnosen und Leistungen aufgelistet, die seine Ärzte in den vergangenen Jahren abgerechnet haben.

VON KAJA KLAPSA

„Psychosomatische Krankheitszustände“, las Peters, 2020, 2021 und 2022 aufgeführt. Der 25-jährige Polizeianwärter aus Nordrhein-Westfalen, der eigentlich anders heißt, konnte es kaum glauben. „Ich war komplett schockiert, was mein Hausarzt mir diagnostiziert hat“, sagt er im Gespräch mit dieser Zeitung. „Ich war noch nie in meinem Leben psychisch erkrankt oder in Behandlung“. Er besuchte den Arzt damals wegen zwischenzeitlicher Schlafprobleme.

Peters gehört mutmaßlich zu den Betroffenen von Abrechnungsbetrug. Bei diesem rechnen Ärzte aus finanziellem Anreiz Leistungen ab, die nie stattgefunden haben, teilweise erfinden sie Diagnosen. Wie oft dies in Deutschland passiert, weiß niemand genau, umfassende Kontrollen sind kaum möglich. Internationale Studien haben ergeben, dass durch Betrug im Gesundheitswesen durchschnittlich ein jährlicher Schaden von etwa sechs Prozent aller Gesundheitsausgaben entsteht. In Deutschland wären dies knapp 30 Milliarden Euro. Die meisten gesetzlich Versicherten bekommen von möglichen Falschabrechnungen ihres Arztes nichts mit. Nur wenige haben eine elektronische Patientenakte oder fragen bei ihrer Krankenkassen nach der Patientenquittung, auf die jeder Versicherte Anspruch hat. Hellhörig werden Patienten in der Regel nur dann, wenn sie eine Berufsunfähigkeits-, Lebens- oder private Krankenversicherung abschließen wollen – und plötzlich wegen auffälliger Diagnosen abgelehnt werden oder höhere Risikozuschläge zahlen müssen.

ERFUNDENE DIAGNOSEN

So geschah es auch bei Peters, der im Zuge seiner Polizeiausbildung zunächst erfolgreich eine Dienstunfähigkeitsversicherung abgeschlossen hatte. Als er den Versicherer über die neu entdeckten psychosomatischen Diagnosen ordnungsgemäß informierte, kündigte dieser sofort den Vertrag – psychische Erkrankungen gehören zu dem häufigsten Grund für Berufsunfähigkeit. Seit sechs Monaten befindet sich Peters nun in einem Rechtsstreit mit seinem ehemaligen Hausarzt. Unterstützt wird er dabei vom Bielefelder Versicherungsberater Shahryar Honarbakhsh, der sich mit seinem Unternehmen Beamtenservice.de auf den öffentlichen Dienst spezialisiert hat. „Täglich kommen Kunden auf mich zu, die wegen erfundener Diagnosen keine angemessene Versicherung abschließen können“, sagt Honarbakhsh. Sein Team investiere mittlerweile viel Zeit in den Schriftverkehr mit Medizinern und Anwälten, um die Einträge in der Patientenquittung korrigieren zu lassen. „Die Zahl der Fälle hat in den vergangenen Jahren extrem zugenommen“, sagt Honarbakhsh.

Patienten können sich bei Auffälligkeiten nicht nur an Versicherungsberater, sondern auch an ihre Krankenkasse oder an die kassenärztliche Vereinigung (KV) wenden, die stichprobenartig Abrechnungen prüft. Kann der Arzt die Falschabrechnungen gegenüber der KV nicht plausibel erklären und besteht der Anfangsverdacht einer Straftat, wird der Fall an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet. Doch diese, kritisiert der Bund Deutscher Kriminalbeamter, sei oft überfordert. „Bei den meisten Staatsanwaltschaften gibt es keine Spezialisierung auf Abrechnungsbetrug, auch gibt es nur in acht Bundesländern spezialisierte Dienststellen der Polizei“, sagt Bundesvorsitzender Dirk Peglow dieser Zeitung. Dabei gehe es um Summen in einer Milliardenhöhe. „Ich sehe wenig politischen Willen, die Strafverfolgungsbehörden so aufzubauen, dass sie in der Lage sind, Betrugsstraftaten im Gesundheitswesen nachhaltig zu bekämpfen“, sagt er.

Als seltenes Positivbeispiel gilt die Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg. Seit 2020 ermitteln dort 14 spezialisierte Staatsanwälte bayernweit, unterstützt durch medizinische Abrechnungsfachkräfte und einen IT-Forensiker. „Die Zahl der ermittelten Betrugsfälle im bayerischen Gesundheitssystem nimmt seit Jahren zu“, sagt Oberstaatsanwalt Torsten Haase im Gespräch mit dieser Zeitung. Die meisten aktuell anhängigen Verfahren laufen gegen Pflegedienste, Corona-Testbetreiber und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

LÄNGST VERSTORBENEN

Die Zentralstelle übernimmt in erster Linie Fälle, bei denen Ärzte systematisch Leistungen abrechnen, die nie stattgefunden haben, auch Luftleistungen genannt. „Sobald die Gesundheitskarte des Patienten einmal eingelesen wurde, kann der Arzt ein Quartal lang problemlos Leistungen abrechnen – auch an Tagen, an denen der Patient nie in der Praxis gewesen ist“, sagt Haase. Besonders häufig würden Luftleistungen abgerechnet, die beispielsweise im Zusammenhang mit „psychosomatischen Krankheitszuständen“ stehen. Oder „dringende“ Hausbesuche am Wochenende nach 19 Uhr, obwohl eigentlich nur eine telefonische Beratung stattgefunden hat.

Als aktuelles Beispiel nennt Haase den Fall einer Mutter, die mit ihrer Tochter lediglich für eine Impfung zum Hausarzt in München gegangen ist. Vier Tage später rechnete der Arzt für die Tochter eine Gesprächstherapie wegen psychosomatischer Erkrankungen ab und diagnostizierte eine Allergie. Zusätzlich stellte er für die Mutter etwa eine Untersuchung des Enddarms, ein EKG, eine Messung der Lungenfunktion sowie Früherkennung von Hautkrebs in Rechnung. Nichts davon hat tatsächlich stattgefunden. Im Januar wurde der Allgemeinmediziner zu einer Gesamtgeldstrafe von 24.000 Euro verurteilt. Ein anderer Arzt, erzählt Oberstaatsanwalt Haase, habe sogar Leistungen für Patienten abgerechnet, die bereits seit mehreren Monaten verstorben waren.

Um valide festzustellen, ob es sich in Deutschland nur um einzelne schwarze Schafe oder Betrug im größeren Umfang handelt, fordert der GKV-Spitzenverband von der Bundesregierung seit Jahren eine kriminologische Dunkelfeld-Studie. Ein Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums teilt auf Anfrage mit, die Forderung sei „bekannt“. Das Ministerium verfolge jedoch den Ansatz, vorhandene Ressourcen „in Richtung Effektivierungsmaßnahmen der Fehlverhaltensbekämpfung“ zu lenken.

Die Techniker Krankenkasse hofft auf ein anderes Instrument: „Eine Chance, künftig mehr Betrugsfälle aufzudecken, kann die elektronische Patientenakte bieten“, so eine Sprecherin. Die Akte wird ab 2025 für jeden gesetzlich Versicherten Pflicht, es sei denn er widerspricht. Wenn die Patienten den automatischen Datenabruf auswählen, können sie alle Diagnosen und Leistungen einsehen, die die Ärzte abgerechnet haben. Allerdings nur mit reichlich Geduld: bis die ärztlichen Abrechnungsdaten in der Akte ersichtlich sind, vergehen in der Regel sechs bis neun Monate.