

Betrug in der Pflege

Erfundene Patienten und nicht erbrachte Leistungen, gefälschte Zertifikate, Geldwäsche – die Liste der aufgefliegenen Betrügereien in der Pflegebranche ist lang. Viele Experten sehen darin nur die Spitze des Eisbergs. Können unangemeldete Kontrollen die Probleme eindämmen?

IM VERGANGENEN JAHR war der Stein – einmal mehr – ins Rollen gekommen. Ein Hildesheimer Pflegedienst soll für die Intensivpflege von schwerkranken Beatmungspatienten unqualifiziertes Personal eingesetzt haben. So seien die Kassen zwischen 2010 und 2014 um 443 000 Euro betrogen worden. »Das ist einer der größten Skandale im Gesundheitswesen der vergangenen Jahrzehnte«, empörte sich der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach.

Bis zu 22 000 Euro erstatten die Kassen für die außerklinische Intensivpflege pro Monat und Patient. Vorgeschrieben ist eine 24-Stunden-Betreuung durch examinierte Fachpfleger. Der Hildesheimer Pflegedienst wird beschuldigt, weder Fachkräfte eingesetzt noch eine Rund-um-Uhr-Präsenz sichergestellt zu haben. Für die Patienten hätte dies lebensgefährlich sein können. Die Staatsanwaltschaft hat Anklage erhoben, die Hauptverhandlung steht noch aus. Das Problem des Pflegebetrugs ist nicht neu – auch wenn es nur periodisch die Aufmerksamkeit von Medien und Öffentlichkeit erregt.

Wie die Kassen betrogen werden

Wegen der hohen Pflegekosten für Beatmungspatienten erregte der Fall des Hildesheimer Pflegedienstes bundesweites Aufsehen. Für die Ermittlungsbehörden verlängert er

lediglich die schon umfangreiche Liste bekannter Betrugsfälle. Ob in der Alten- oder Krankenpflege, ambulant und stationär – der Einfallsreichtum der Betrüger bringt ständig neue Maschen und Tricks hervor.

Eine häufige Form des Betrugs ist es, Geld für nicht erbrachte Pflegeleistungen zu kassieren sowie nicht qualifizierte Hilfskräfte zu beschäftigen, bei der Kasse jedoch professionelle Pfleger in Rechnung zu stellen. Die organisierte Kriminalität hat das Geschäftsfeld ebenfalls für sich entdeckt. Die Täter tarnen sich als Pflegedienste, um Geldwäsche und gewerbsmäßige Steuerhinterziehung zu betreiben. Davon gehen Ermittler der Landeskriminalämter laut einem Bericht der *Welt am Sonntag* aus. Demnach seien Firmen eigens zu dem Zweck gegründet worden, Schwarzgeld aus Drogengeschäften oder Autoschiebereien zu waschen. Zu diesem Zweck seien zum Beispiel Büroräume gekauft worden.

Als Reaktion auf das Ausmaß der publik gewordenen Betrugsfälle haben die Landeskriminalämter Schwerpunkt-Ermittlungsteams geschaffen. Experten gehen davon aus, dass Kriminalität in der Pflege in Zukunft noch zunehmen wird. Denn mit der Bevölkerungsentwicklung steigt der Pflegebedarf so schnell, dass er kaum gedeckt werden kann –

**LKAs mit eigenen
Schwerpunktermittlungsstellen**

Was unternimmt der MDK bei Abrechnungsauffälligkeiten?

Bei Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten prüft der MDK auch die Abrechnung der Leistungen stichprobenartig (im Sinne eines Screenings). Dabei wird insbesondere kontrolliert, ob in Rechnung gestellte Leistungen erbracht wurden und ob diese vertragskonform erbracht worden sind. So wird zum Beispiel überprüft, ob das Personal auch die vereinbarte Qualifikation hatte. Stellt der MDK Abrechnungsauffälligkeiten fest, werden Kopien zur Beweissicherung angefertigt, und die Auffälligkeiten werden im Bericht dargestellt. Der Bericht geht an die Landesverbände der Pflegekassen und die Pflegekassen der

Versicherten, bei denen die Auffälligkeiten zutage getreten sind. Die Landesverbände der Pflegekassen bzw. Pflegekassen entscheiden, wie mit den Ergebnissen umzugehen ist. Sie können eine vertiefte Abrechnungsprüfung in Auftrag geben oder Rückerstattungen einfordern. Ferner können sie die Information an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weiterleiten, den Versorgungsvertrag kündigen oder letztendlich Strafanzeige stellen.

ganz zu schweigen von engmaschigen Kontrollen der Anbieter. Ein Ermittler sagte dem Nachrichtenmagazin *Der Spiegel*: »Es ist viel zu leicht, einen Pflegedienst zu gründen.« Wegen des ständig wachsenden Bedarfs seien die Hürden bewusst niedrig gehalten worden. Laut Statistischem Bundesamt waren Ende 2015 in Deutschland 2,86 Millionen Menschen pflegebedürftig. Bis 2050 wird es nach Schätzungen zwei Millionen zusätzliche Pflegebedürftige geben. Heute werden mehr als 70 % zu Hause versorgt, rund 13 300 ambulante Dienste wurden zuletzt gezählt.

Vorspiegeln falscher Tatsachen

Immer wieder werden Aushilfskräfte eingesetzt, die nicht die erforderliche Qualifikation haben. Um bei den Kassen dennoch die höheren Vergütungen für Fachkräfte in Rechnung stellen zu können, werden Zeugnisse und Ausbildungsnachweise einfach gefälscht. In Rostock ermitteln die Strafverfolgungsbehörden gegen den Betreiber eines Pflegedienstes. Er war gleichzeitig an einer Berliner Pflegeschule beteiligt. Diese soll dem ambulanten Dienst gefälschte Zertifikate ausgestellt haben, mit denen unqualifizierte Aushilfen als Fachkräfte ausgegeben wurden.

Ambulante Dienste waren in der Vergangenheit schwieriger zu kontrollieren als Einrichtungen der stationären Pflege. Deswegen werden laut Pflegestärkungsgesetz (PSG) III neue

Qualitäts- und Abrechnungsregelprüfungen in Diensten eingeführt, die keine Leistungen nach dem SGB XI erbringen, dies gilt insbesondere für die Intensivpflege. Außerdem werden laut

PSG III neue Qualitäts- und Abrechnungsanlassprüfungen eingeführt. Bis Ende September 2017 soll eine Richtlinie erarbeitet werden. Bei den bisherigen Prüfungen können laut PSG III auch Personen einbezogen werden, die nur häusliche Krankenpflege erhalten.

**Ungelernte Aushilfen,
zu hohe Pflegegrade,
gefälschte Zeugnisse**

Betrüger machen mit Pflegebedürftigen oder Angehörigen gemeinsame Sache

Nach Angaben von Ermittlern arbeiten betrügerische Pflegedienste häufig mit den Beziehern der Leistungen zusammen. Das ergaunerte Geld wird aufgeteilt. »Es gibt schon fast feste Verrechnungssätze«, erklärte Peter Scherler, der Beauftragte für die Bekämpfung von Fehlverhalten bei der AOK Niedersachsen.

Betrüger suchen gezielt nach Patienten mit geringer Pflegebedürftigkeit, um sie als schwerstpflegebedürftig auszugeben. Die Antragsteller und ihre Angehörigen bekommen genaue Anweisungen, welche (nicht wahrheitsgemäßen) Angaben sie machen sollen. Oder aber der betrügerische Dienst vereinbart mit den Angehörigen, dass weniger Leistungen erbracht werden als (berechtigterweise) bewilligt wurden. Er überlässt ihnen dafür einen Teil des Geldes, um das der Kostenträger geprellt wird. Den Schaden haben in diesem Fall neben den Sozialkassen auch die Pflegebedürftigen. Sie werden nicht angemessen versorgt. Es wird auch berichtet, dass falsche Personen (Leihpflegebedürftige) als andere Personen bei der Begutachtung angegeben werden.

Kontrollen schützen auch seriöse Anbieter

Die Methoden, mit denen Betrüger die Leistungsempfänger oder deren Angehörige zu Komplizen machen, sind ausgefeilt. Laut Bundeskriminalamt operieren unseriöse Pflegedienste mit Vollmachten, die es ihnen ermöglichen, eigenmächtig mit Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialämtern zu verhandeln.

Immer neue Pflegeskandale und Betrugsfälle haben das Image der Branche beschädigt. Auch aus diesem Grund fordern Experten wirksame Maßnahmen, wie unangemeldete Kontrollen und Sanktionen, um schwarze Schafe künftig schneller aufzuspüren. Es darf nicht darum gehen, eine ganze Branche unter Generalverdacht zu stellen, aber: »Wenn durch kriminelles Handeln schwerstpflegebedürftigen Menschen die Pflege, die sie benötigen, entzogen wird, ist das empörend. Seien es nun 100 Millionen oder eine Milliarde Euro, die dem Solidarsystem entzogen werden – jeder Betrugsfall ist einer zu viel und muss verfolgt werden«, forderte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im April vergangenen Jahres im Interview mit der *Welt*.



Dr. Andrea Exler ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Gesundheit in Frankfurt / Main. Andrea.Exler@web.de