

# Missbrauchsbekämpfung in der Praxis eines Krankenversicherers Einsparungen in Millionenhöhe

Das Aufdecken und Ahnden von Versicherungsmissbrauch wird seit einigen Jahren auch bei den Krankenversicherern systematisch vorangetrieben. Im Fokus stehen dabei auch die Leistungserbringer.

Wo grosse Geldbeträge fliessen oder kostspielige Leistungen erbracht werden, besteht immer die Gefahr von missbräuchlichem Verhalten einiger beteiligter Akteure. So entstehen auch im Versicherungsbereich regelmässig Situationen, in denen die beteiligten Parteien die Grenzen des Erlaubten ausloten oder teilweise überschreiten. Dies manifestiert sich beispielsweise in Unregelmässigkeiten bei Leistungsabrechnungen, Mehrfachverrechnungen oder fiktiven Rechnungen in Absprache mit Dritten.

## Missbrauchsbekämpfung ist eine ethische Pflicht

Die CSS befasst sich aus verschiedensten Gründen mit der Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs (BVM). Neben rein finanziellen Beweggründen hat die BVM auch viel mit Kundenorientierung und moralischen, ethischen Verpflichtungen zu tun. Der Versicherer vertritt die Prämienzahler und verfolgt als oberstes Ziel den verantwortungsvollen Umgang mit den ihm anvertrauten Prämiegeldern. Unrechtfertigte Bereicherungen einzelner Leistungserbringer oder Versicherter schaden dem Kollektiv, verursachen wirtschaftliche Nachteile und sind daher aktiv zu bekämpfen. Die Krankenversicherer haben aber auch einen gesetzlichen Auftrag: Sie sind verpflichtet, die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der aus dem KVG erbrachten Leistungen zu kontrollieren (Art. 32 und 56 KVG) und müssen bei Verstössen Massnahmen ergreifen (Art. 92–93 KVG). Schliesslich hat ein aktives Bekämpfen des Versicherungsmissbrauchs nicht nur bereinigende, sondern auch stark präventive Wirkung.

## Methodisches Vorgehen

Nachdem Unregelmässigkeiten bei Versicherungsleistungen und Abrechnungen jahrelang vorwiegend nach dem Zufallsprin-

zip entdeckt wurden, bekämpft die CSS seit 2013 den Versicherungsmissbrauch proaktiv und systematisch mithilfe eines spezialisierten internen BVM-Dienstes. Im Vordergrund von dessen Aktivitäten stehen zum einen Sensibilisierung, Ausbildung, Information und Prävention, zum anderen die systematische Verfolgung von Verstössen infolge Versicherungsmissbrauchs.

Um den teils komplexen medizinischen und versicherungstechnischen Fällen sowie strikten Datenschutzvorgaben Rechnung zu tragen, aber auch um die Expertise des BVM-Dienstes nur für konkrete Fälle einzusetzen, geht die CSS nach einem mehrstufigen Prozess vor. Als Intermediär zwischen den Missbrauchs- und den Fachspezialisten agieren sogenannte BVM-Koordinatoren aus den unterschiedlichen Fachbereichen. Von Mitarbeitern oder Frühwarnsystemen entdeckte Verdachtsfälle werden an der Front geprüft und in einem ersten Schritt mit der vorgesetzten Stelle besprochen. Ziel dieser Grundprüfung ist zu definieren, ob es sich um eine durch Versehen oder Irrtum entstandene Unregelmässigkeit oder um eine vorsätzliche und böswillige Handlung handelt. Erhärtet sich ein Verdacht auf eine böswillige Handlung, wird der BVM-Koordinator beigezogen. Dieser verfügt einerseits über das Fachwissen der entsprechenden Stelle, ist aber durch interne Schulungen mit dem Vorgehen des BVM-Dienstes vertraut. Erst wenn sich nach diesem Schritt noch immer ernsthafte Zweifel, die auf einen versuchten oder vollendeten Versicherungsmissbrauch hindeuten, ergeben, wird der Fall den Experten des BVM-Dienstes weitergegeben. Diese erarbeiten passende Handlungsoptionen und übernehmen den Lead in der Weiterbearbeitung des Falls.

Der BVM-Dienst passt sein Vorgehen und die Methodik dem Einzelfall an, sucht unter anderem aktiv das Gespräch mit Kunden und Leistungserbringern, verlangt Berichte, Akteneinsicht und Stellungnahmen oder zieht externe Spezialisten hinzu. Nach dem Abschluss der notwendigen Abklärungen müssen immer Entscheidungen zum weiteren Vorgehen getroffen werden. Dazu gehören die Frage nach Weiterführung oder Auflösung der versicherungsrechtlichen Beziehung, die Geltend-

## In Kürze

- > In einem mehrstufigen Prozess werden Unregelmässigkeiten erkannt, beurteilt und sanktioniert
- > Fehlerhafte Leistungsabrechnungen oder fiktive Rechnungen werden so entweder nicht erstattet oder bereits erfolgte Zahlungen zurückgefordert
- > Betrügerische Handlungen werden den Strafverfolgungsbehörden angezeigt

machung von zivilrechtlichen Ansprüchen sowie die Einleitung strafrechtlicher Schritte.

Neben der aktiven Bearbeitung von Verdachtsfällen pflegen die BVM-Experten zudem ein breites Netzwerk mit Behörden, Ämtern und Leistungserbringern, aber auch mit Mitbewerbern und branchen-

## Autorin

**Philomena Colatrella**  
lic. iur. Rechtsanwältin,  
Generalsekretärin,  
Mitglied der  
Konzernleitung,  
CSS Versicherung,  
Luzern



fremden Spezialisten, um im Bedarfsfall auf externes Know-how und Unterstützung zurückgreifen zu können.

## Versicherungsmissbrauch durch Leistungserbringer

Die Facetten des Versicherungsmissbrauchs in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind vielfältig. Nicht nur Versicherungsnehmer, sondern auch Leistungserbringer können sich eines missbräuchlichen Verhaltens schuldig machen, entweder durch eigene Handlungen oder durch Beihilfe zu unrechtmässigem Leistungsbezug.<sup>1</sup> Die konkreten Missbrauchshandlungen gehen von der Erbringung unnötiger medizinischer Leistungen über die Verrechnung falscher Tarife<sup>2</sup> bis zur unterlassenen Weitergabe von Medikamentenvergünstigungen an die Krankenversicherer.<sup>3</sup>

Art. 56 Abs. 1 KVG verpflichtet die Leistungserbringer, die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen zu garantieren. Dies bedeutet, dass sie ihre Leistungen auf jenes Mass beschränken müssen, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Der Krankenversicherer hat bezüglich der Verhängung von Sanktionen einen Ermessensspielraum, muss jedoch das Verhältnismässigkeitsprinzip beachten.<sup>4</sup>

Er kann zum Beispiel, im Sinn einer präventiven Massnahme, eine Verwarnung aussprechen oder, um den rechtmässigen Zustand wiederherzustellen, die Rückerstattung von ungerechtfertigten Leistungen fordern.<sup>5</sup> Die Rückerstattungspflicht ist sowohl in Art. 56 Abs. 2 KVG wie auch in Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG verankert. Weitere mögliche Sanktionsmittel sind die Busse (Art. 59 Abs. 1 lit. c KVG) sowie der

Ausschluss des fehlbaren Leistungserbringers von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Letztere Massnahme dient der Bestrafung wiederholter Verstösse gegen gesetzlich vorgesehene Wirtschaftlichkeits- oder Qualitätsanforderungen oder vertragliche Vereinbarungen.<sup>6</sup> Der Ausschluss kann sowohl zeitlich begrenzt als auch definitiv erfolgen.<sup>7</sup> Aufgrund des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes ist ein endgültiger Ausschluss jedoch nur ausnahmsweise anzuordnen.<sup>8</sup> Neben den sozialversicherungs- und privatrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten stehen dem Krankenversicherer auch strafrechtliche Handlungsinstrumente zur Verfügung, um gegen fehlbare Leistungserbringer vorzugehen. Die nebenstrafrechtliche Bestimmung in Art. 92 KVG

sanktioniert eine Liste von Vergehen mit Geldstrafe, sofern nicht ein mit höherer Strafe bedrohtes Verbrechen oder Vergehen des Strafgesetzbuchs vorliegt. Allfällige Anwendung findet namentlich der Straftatbestand des Betrugs (Art. 146 StGB), der den Tatbestand des Art. 92 lit. b KVG (Erwirken von ungerechtfertigten Leistungen nach KVG für sich oder andere durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise) umfasst.<sup>9</sup> Der Betrugstatbestand nach Art. 146 StGB stellt insoweit höhere Beweisanforderungen, als hier das Tatbestandselement der Arglist nachgewiesen werden muss.<sup>10</sup> Sodann kommen die Normen des Nebenstrafrechts oft subsidiär zur Anwendung, wenn nicht alle Tatbestandselemente des Betrugs erfüllt sind.<sup>11</sup> Gemäss Konzept für

<sup>6</sup> Athanasopoulos, Fehlbare Leistungserbringer in der Krankenversicherung, N 222.

<sup>7</sup> Athanasopoulos, Fehlbare Leistungserbringer in der Krankenversicherung, N 223.

<sup>8</sup> Athanasopoulos, Fehlbare Leistungserbringer in der Krankenversicherung, N 226.

<sup>9</sup> Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Art. 92 N 1.

<sup>10</sup> Urteil des Bundesgerichts vom 4. April 2007, 6P\_145/2006, E. 3.

<sup>11</sup> Hug Markus, Strafrechtliche Verfolgung bei Versicherungsmissbrauch, S. 197.

## Praxisbeispiel

Am 23. September 2014 wurde die CSS von einer TCM-Therapeutin und diplomierten Naturärztin informiert, dass deren Name, ehemaliger Arbeitgeber sowie Zertifizierungsnummern von der TCM-Praxis A GmbH\* missbräuchlich verwendet wurden, um Rechnungen zu fälschen. Die Zeugin führte aus, nie in der erwähnten Praxis tätig gewesen zu sein. Mutmassliches Ziel des Versicherungsbetrugs war, den Patienten vorzutäuschen, dass die Therapeutinnen der Praxis zur Ausübung ihrer Tätigkeit zulasten der Krankenversicherungen ermächtigt seien. Infolge dieser arglistigen Irreführung wurden zahlreiche Krankenversicherer geschädigt. Seitens der CSS beläuft sich die Schadensumme auf 24 544 Franken.

## Vorgehen der CSS

Um die Bezahlung weiterer gefälschter Rechnungen zu vermeiden, hat die CSS nach Abklärung des Sachverhalts den betroffenen Versicherungsnehmern mitgeteilt, dass die Therapeuten A GmbH\* nicht

mehr zu den CSS-anerkannten Leistungserbringern zählen. Infolgedessen könnten die zukünftigen Behandlungen bei diesen Therapeuten nicht mehr von der CSS übernommen werden.

Am 11. November 2014 reichte die CSS Versicherung bei der Staatsanwaltschaft Zürich-Limmat gegen den Leistungserbringer A GmbH\* Strafanzeige ein. Neben dem Betrugstatbestand von Art. 146 Abs. 1 StGB erachtet die CSS auch den Tatbestand der Urkundenfälschung gemäss Art. 251 Abs. 1 StGB als erfüllt, da die A GmbH\* auf ihren Rechnungen die Kontaktdaten einer Therapeutin ausweist, die nie für diese Praxis tätig war. Im Interesse sämtlicher betroffener Krankenversicherungen wurde eine Untersuchung der seitens der A GmbH\* verwendeten Computer beantragt. Seit der Einreichung der Strafanzeige hat die CSS nichts mehr von der Staatsanwaltschaft Zürich-Limmat gehört, das Verfahren ist noch hängig.

\*Name geändert

Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs (BVM) der CSS-Gruppe werden bei Schäden von über 5000 Franken systematisch Strafanklagen eingeleitet.

**Was wurde seit Implementierung des BVM erreicht?**

Seit der Implementierung des BVM konnte die ungerechtfertigte Zahlung von mehreren Millionen Prämienfranken verhindert oder die Rückzahlung bereits erstatteter Kosten erwirkt werden. Die bearbeiteten Fälle teilen sich ausgeglichen auf

Missbräuche auf Kundenseite oder Ungeheimheiten im Zusammenhang mit Leistungserbringern auf und zeitigen, auch als Folge aktiver Kommunikation gegen innen und aussen, eine nicht zu vernachlässigende, jedoch schwer quantifizierbare Präventivwirkung. Kunden, vor allem aber Leistungserbringer, wissen, dass die CSS und Krankenkassen im Allgemeinen missbräuchliches Verhalten nicht tolerieren und vehement bekämpfen. Dank der Sensibilisierung der Mitarbeiter, der Bekanntmachung von auffälligen Indikatoren und inter-

ner Kontrollsysteme werden Unregelmässigkeiten schneller entdeckt und Rückmeldungen Dritter aktiv verfolgt. Durch den Aufbau eines äusserst aktiven, fachspezifischen Netzwerks spielt die Kommunikation mit Mitbewerbern, öffentlichen Stellen und Verbänden eine aktive Rolle und trägt einen grossen Teil zur Aufdeckung der Missbräuche bei. ■

WERBUNG

PUBLICITÉ

# Sozialversicherungen aktuell

**Donnerstag, 7. April 2016**  
**Crowne Plaza, Zürich**

**Reservieren Sie sich das Datum!**

Die Tagung «Sozialversicherungen aktuell» informiert über Neuigkeiten und gibt klar, kompetent und praxisorientiert Antworten zu aktuellen Herausforderungen für Sozialversicherungs- und Personalfachleute.

**Weitere Informationen und Anmeldung unter: [www.schweizerpersonalsvorsorge.ch/tagungen](http://www.schweizerpersonalsvorsorge.ch/tagungen)**

Bild: www.stockphoto.com/©mwookla