

Betrug im deutschen Arzneimittelsektor

Geldverschwendung im Gesundheitswesen liegt nicht ausschließlich begründet in ineffizienter Leistungserbringung. Strukturen, die es ermöglichen, dem System auf kriminelle Weise Mittel zu entziehen und falsche Anreize der handelnden Akteure, führen ebenfalls zum Verlust von Geldern in nicht zu unterschätzendem Ausmaß. Diese finanziellen Mittel fehlen für die gesundheitliche Versorgung der Versicherten. Die Krankenkassen haben deshalb die Aufgabe, Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu verfolgen, Betrug aufzudecken und so Fehlallokationen zu vermeiden.

■ Florian Scharf, Dr. Thomas Mittendorf, Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg

Bei der praktischen Arbeit in den Krankenkassen zeigt sich jedoch schnell, dass die Abrechnungsstrukturen im Gesundheitswesen das Verfolgen von kriminellen Machenschaften erheblich erschweren. Insbesondere im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung erweist sich die Leistungsabrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen als schwer einsehbar. Etwas anders ist dies im Arzneimittelbereich, wo Apotheken direkt mit den Krankenkassen abrechnen und die Krankenkassen sämtliche Abrechnungsdaten direkt übermittelt bekommen. Dies bietet potenzielle Ansatzpunkte für Analysen und Ermittlungen.

Zur Verfolgung krimineller Aktivitäten werden die Abrechnungsdaten häufig nach verschiedenen Auffälligkeiten analysiert. Dies sind zum Beispiel

- Ärzte, welche die höchsten Arzneimittelumsätze veranlassen,
- Apotheken mit den höchsten Umsätzen,
- Patienten mit den höchsten Kosten für Arzneimittel,
- Patienten mit auffällig vielen Kontakten zu verschiedenen Ärzten (Ärztchopping),
- Patienten mit hohen Rezeptanzahlen.

Mit diesen Datenanalysen können nur in wenigen Fällen Vorgänge mit akutem Betrugsverdacht identifiziert

werden. Meist können die Auffälligkeiten in den Abrechnungsdaten überzeugend begründet werden. Um zielführende Analysen durchzuführen oder andere Verfahren zu entwickeln mit denen Betrug im Arzneimittelsektor strukturiert verfolgt werden kann, muss zuerst die Kenntnislage in diesem Bereich erhöht werden. Für die Untersuchung von Betrugsstrukturen im Arzneimittelsektor eines Gesundheitssystems ist es notwendig, die einzelnen Betrugsmöglichkeiten darzustellen und zu analysieren. Hierfür gilt es, insbesondere folgende Fragen zu beantworten:

- Welche kriminellen Handlungsformen existieren in der deutschen Arzneimittelmarkt?
- Auf welche Weise werden Krankenkassen direkt betroffen?
- Wie hoch wird die Verbreitung dieser Betrugsarten von Krankenkassen und Apotheken eingeschätzt?

Diese Grundlagenarbeit soll einer strukturierten Analyse des Betrugs im Arzneimittelsektor dienen. Im Rahmen einer empirischen Untersuchung soll insbesondere der Kenntnisstand auf Seiten der Krankenkassen verbessert werden, die darauf aufbauend Systematiken entwickeln können, um diese Betrugsstrukturen gezielt zu verfolgen.

Betrug in Arzneimittelmärkten

Es ist ersichtlich, dass eine Vielzahl von Akteuren (Ärzte, Apotheker, Großhandel, Patienten oder auch Krankenkassen) Einfluss auf das Angebot und die Nachfrage auf dem Arzneimittelmarkt nimmt. Sie verfolgen keine kollektive Zielsetzung, sondern haben jeweils eigene Interessen. Dabei können die einzelnen Akteure die Handlungen der anderen Marktteilnehmer nicht vollständig beobachten und

Florian Scharf

Dr. Thomas Mittendorf

Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg

Alle Autoren:

Leibniz Universität Hannover, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie, Hannover

aufgrund des mangelnden Informationsflusses auch ex post nicht endgültig beurteilen. Diese Informationsasymmetrien führen zusammen mit gegensätzlichen Zielen der Akteure zu Fehlallokationen auf dem Arzneimittelmarkt. Die einzelnen Akteure erhalten Anreize ihren eigenen Nutzen zu erhöhen, indem sie das System ausbeuten.

Je nach dem wie die Beziehungen, Aufgaben und Zahlungsmechanismen zwischen den Akteuren eines Gesundheitssystems ausgestaltet sind, variieren betrügerische Handlungsweisen und deren Ausmaß. In Arzneimittelmärkten sind vor allem drei Betrugsstrukturen stark ausgeprägt. Bei der Bestechung auf der Angebotsseite, versuchen pharmazeutische Unternehmen Ärzte hinsichtlich ihres Ordnungsverhaltens zu beeinflussen. Eine weitere Problematik entsteht im Handel mit Arzneimittelfälschungen. Abrechnungsbetrug durch Leistungserbringer ist eine Betrugsform, welche sich in Gesundheitssystemen mit organisatorischer Trennung zwischen öffentlicher Finanzierung und privater sowie öffentlicher Leistungserbringung wieder findet. Betrug durch Patienten ist ebenfalls möglich, aber im Arzneimittelsektor weniger stark ausgeprägt, da er sich meist auf einen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem bezieht (Savodoff/Hussmann 2006).

Über die genannten Betrugsformen hinaus bestehen Betrugs- und Korruptionsmöglichkeiten in allen Teilbereichen des Arzneimittelmarktes, wie z. B. der Arzneimittelzulassung, dem Vertrieb oder der Verordnung von Arzneimitteln. Je nach Ausgestaltung nationaler Gesundheitssysteme und der Organisation des jeweiligen Arzneimittelmarktes können all diese Betrugsstrukturen stärker oder weniger stark ausgebildet sein (Cohen 2006). Aufgrund des Ausgabenvolumens wird im Folgenden auf die für den deutschen Arzneimittelbereich typischen Betrugsformen speziell in der Distribution von Arzneimitteln eingegangen.

Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch

Neben der Beeinflussung von Leistungserbringern und dem Vertrieb von Arzneimittelfälschungen ist auch ein betrügerisches Verhalten der Leistungserbringer sowie der Patienten bzw. Versicherten möglich. Das Bundeskriminalamt definiert Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen als die „betrügerische Erlangung von Geldleistungen von Krankenkassen, Krankenversicherungen und Beihilfestellen durch Angehörige medizinischer oder pharmazeutischer Berufe, sowie Krankenhäusern und Sanatorien“ (Bundeskriminalamt 2003). Unter Abrechnungsbetrug im Arzneimittelsektor ist demnach die bewusste Falschabrechnung von Leistungen durch Apotheker gegenüber Krankenkassen zu verstehen. Eine Vielzahl von Einzelfällen ist in diesem Bereich bekannt. Apotheker, die mit Ärzten in unerlaubter Weise zusammen arbeiten oder Patienten die Rezepte für teure HIV-Medikamente abkaufen, um diese anschließend mit den Krankenkassen abzurechnen, sind zwei Beispiele hierfür (Transparency International Deutschland 2005).

Die Teilung der Nachfrageseite im Gesundheitswesen, und somit auch im Arzneimittelsektor, gilt als Hauptursache für Abrechnungsbetrug. Während den Patienten ein Medikament verschrieben und ausgehändigt wird, rechnen die Apotheken dieses mit den Krankenkassen ab. Die Patienten haben keine Kenntnisse darüber, welches Medikament der Krankenkasse in Rechnung gestellt wird. Die Krankenkasse hingegen weiß nicht, welches Präparat dem Versicherten tatsächlich ausgehändigt wurde bzw. ob überhaupt eine Arzneimittelversorgung stattfand. Dies macht das Abrechnungssystem im Arzneimittelsektor ähnlich undurchsichtig wie im ambulanten Bereich, mit dem Unterschied, dass dort nicht direkt mit den Krankenkassen, sondern mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet wird (siehe zum ambulanten Bereich Hellmann/Herffs 2006).

Der Leistungsmissbrauch durch Versicherte stellt eine besondere Form des Sozialleistungserlangungsbetrugs dar. Patienten nehmen Leistungen zu Lasten der Krankenkassen in Anspruch, obwohl diese nicht medizinisch induziert sind. Auch hier sind bereits etliche Einzelfälle aufgedeckt worden. Sie reichen von der Rezeptfälschung bis zur Nötigung von Apothekern (z. B. Verlangen nach Quittungen für tatsächlich nicht abgegebene Rezepte), um sich eine Kostenerstattung durch die Versicherung zu erschleichen (Bundeskriminalamt 2003, Transparency International 2005).

Zu begründen ist dies ebenfalls mit der Vielzahl der Akteure und ihrer spezifischen Konstellation zueinander. Ein Arzt kann die Handlungen seiner Patienten nicht beobachten. Es ist möglich, dass diese eine Erkrankung vortäuschen oder dass sie Arzneimittel, die zur Behandlung einer bestehenden Erkrankung nötig sind, tatsächlich nicht konsumieren, sondern verkaufen oder eintauschen. Ebenso ist es dem Apotheker nicht möglich, zu beurteilen ob die Ausstellung eines Rezeptes durch den Arzt medizinisch begründet ist oder nicht (Wähling 1996).

Umfangreiche Untersuchungen und systematische Darstellungen der Betrugsstrukturen mit denen sich Krankenkassen im Arzneimittelsektor konfrontiert sehen sowie der jeweils involvierten Akteure wurden bislang nicht publiziert. Es ist lediglich eine große Anzahl von in der Presse dargestellter Einzelfälle bekannt. Dieses Informationsdefizit soll mittels der vorliegenden empirischen Untersuchung aufgearbeitet werden.

Methodik der Untersuchung

Um Fehlallokationen zu vermeiden, wurden Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004 verpflichtet, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten. Diese gehen Sachverhalten nach, welche auf eine zweckwidrige Nutzung finanzieller Mittel der Krankenkassen hindeuten (§ 197a SGB V).

Um Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch im Arzneimittelsektor zielgerichtet und systematisch verfol-

gen zu können, sind ausführliche Kenntnisse der vorhandenen Betrugsstrukturen sowie Annahmen zu ihrer relativen Verteilung notwendig. Im Rahmen einer empirischen Untersuchung sollen vorhandene Betrugsarten identifiziert und nach den beteiligten Akteuren systematisiert dargestellt werden. Außerdem sollen die jeweils zugrunde liegenden Handlungsweisen erklärt werden, wobei es nicht das Ziel ist, Einzelfälle detailliert darzulegen. Darauf aufbauend soll die Verbreitung der einzelnen Betrugsarten eingeschätzt werden.

Die empirische Untersuchung wurde zweigeteilt durchgeführt. Zuerst wurden in einer qualitativen und quantitativen Datenbankauswertung bei einer großen bundesweit tätigen Ersatzkasse einzelne Betrugsarten identifiziert, klassifiziert und beschrieben. Anschließend wurden Krankenkassen und Apotheker bezüglich der geschätzten Verbreitung der einzelnen Betrugsarten befragt.

Sämtliche Fälle, die seit dem Einrichten der zuständigen Stelle der Ersatzkasse bearbeitet wurden, werden in einer Access-Datenbank verwaltet. Alle Manipulationsfälle werden bei ihrer Erfassung einem Leistungsbereich zugeordnet. Im ersten Teil der empirischen Untersuchung wurden alle bis Mitte November 2007 erfassten Fälle nach den Leistungsbereichen selektiert, welche Be-

Abbildung 1: Fragebogen der Untersuchung

Leibniz Universität Hannover 		Betrug im deutschen Arzneimittelsektor				
Bitte zurücksenden an: Institut für Versicherungsbetriebslehre – Florian Scharf Fax: 0511/762-5081 oder E-Mail: fsf@ivbl.uni-hannover.de						
<p>Bei früheren Untersuchungen zu Betrug im Arzneimittelsektor konnten verschiedene Betrugsstrukturen, welche sich nach den beteiligten Akteuren klassifizieren lassen, identifiziert werden. Mit Hilfe dieses Fragebogens soll nun strukturiert ermittelt werden, für wie relevant bzw. ausgeprägt Fachleute die einzelnen Betrugsmöglichkeiten halten.</p> <p>Ziel der Erhebung im Rahmen dieser Diplomarbeit ist es, einen Beitrag zur Erhöhung der Transparenz im Arzneimittelsektor zu leisten, die Entdeckungswahrscheinlichkeit für schwarze Schafe zu erhöhen und letztendlich alle ehrlichen Akteure auf dem Arzneimittelmarkt vor unrechtmäßiger Ressourcenverschwendung zu schützen.</p>						
Wie hoch schätzen sie die Verbreitung einzelner Betrugsarten ein?						
Akteure		Sehr hoch	hoch	mittel	gering	keine
Versicherte						
	Fälschung/Verfälschung von Rezepten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fälschung von Zuzahlungsbefreiungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rezepterschleichung durch Nutzung fremder Versichertenkarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt						
	Ausstellung von Rezepten auf falsche Namen zur Versorgung Dritter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheker						
	Rezeptverfälschung (größere Packungsangabe, Einfügen zusätzlicher Arzneimittel oder sonstige Änderung von Angaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bescheinigung nicht geleisteter Zuzahlungen, damit Versicherte eine Zuzahlungsbefreiung erlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abrechnung anderer als der abgegebenen Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuzahlungen einbehalten, der Kasse Nichtentzug gemeldet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke und Arzt						
	Ausstellung und Abrechnung von Luftrezepten für tatsächlich nicht behandelte Versicherte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausstellung und Abrechnung von Luftrezepten für Sprechstundenbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unzulässige Zusammenarbeit: Der Arzt veranlasst, dass die Arzneimittelversorgung seiner Patienten nur über eine bestimmte Apotheke erfolgt (z.B. direkte Weiterleitung von Rezepten, Abgabe in der Praxis o.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke und Versicherte						
	Versicherte lassen sich Rezepte ausstellen und tauschen diese in Apotheken gegen Bargeld oder sonstige Produkte ein. Die Apotheke rechnet die Rezepte mit den Krankenkassen ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikapotheke und Apotheke						
	Klinikarzneimittel werden durch öffentliche Apotheke abgegeben und/oder abgerechnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke und Großhändler						
	Vertrieb von Fälschungen oder nicht zugelassener Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere, hier nicht genannte Betrugsstrukturen						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: Eigene Erhebung

trugsfälle in Verbindung mit Arzneimitteln beinhalten können.

Dies waren die Leistungsbereiche:

- Apotheke
- Arznei- und Verbandmittel
- Bestechung/Einflussnahme
- Betrug durch den Versicherten
- Chipkarten-Missbrauch
- Leistungsmissbrauch durch Nicht - Versicherte
- Leistungsmissbrauch durch Versicherte
- Rezept-/Stempeldiebstahl in Arztpraxen
- Unzulässige Zusammenarbeit.

Alle selektierten Fälle wurden anschließend bezüglich der beteiligten Akteure und dem zugrunde liegendem Handlungsmuster der Akteure ausgewertet und klassifiziert. Anschließend wurde die Anzahl der Fälle in den einzelnen Bereichen bestimmt. Es wurden nur solche Fälle berücksichtigt, in denen die Akteure und Handlungsmuster eindeutig bestimmt werden konnten. Fälle, in denen sich ein Verdacht abschließend nicht bestätigt hat, wurden nicht berücksichtigt. Bestanden einzelne Fälle aus mehreren der identifizierten Handlungsmuster, wurde jenes erfasst, welches den überwiegenden Teil der Tat ausmachte. Bei sehr umfangreichen Betrugsfällen ist es möglich, dass in der Datenbank für die beteiligten Akteure jeweils einzelne Fälle angelegt sind. Da diese jeweils für sich als Betrugsfall zu sehen sind, wurden sie unabhängig voneinander berücksichtigt. Fälle, in denen Versicherte Druck auf Ärzte ausübten, um bestimmte Verordnungen zu erpressen, sind zwar bekannt, wurden aber in dieser Auswertung nicht berücksichtigt, da der Arzt die Verantwortung für seine Verordnungsweise trägt.

Auf Grundlage der ermittelten Betrugsarten wurde ein einseitiger Fragebogen entwickelt. Nach einer kurzen Erläuterung sind in diesem die identifizierten Betrugsarten, klassifiziert nach den handelnden Akteuren, aufgeführt. Diese sollten von den Befragten bezüglich ihrer Verbreitung eingeschätzt werden. Als Antwortmöglichkeiten wurden fünf Ausprägungen von „sehr hoch“ bis „keine“ vorgegeben. Abschließend bestand die Möglichkeit, weitere, nicht aufgeführte, Betrugsarten zu nennen und hinsichtlich ihrer Verbreitung einzuschätzen. Befragt wurden sowohl Krankenkassen als auch öffentliche Apotheken.

Bei den Krankenkassen wurden die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen befragt, da hier die umfangreichsten Kenntnisse zu den Betrugsstrukturen im Arzneimittelbereich sowie Einschätzungen ihrer jeweiligen Verbreitung vermutet wurden. Der Versand der Fragebögen an die Krankenkassen erfolgte ausschließlich per E-Mail. Mit den zuständigen Sachbearbeitern der AOKn und Arbeiter- sowie Angestellten-Ersatzkassen wurde zuvor telefonisch Kontakt aufgenommen. Der Bundesverband der Innungskrankenkassen erklärte sich bereit, den Frage-

bogen an die entsprechenden Stellen seiner Krankenkassen weiterzuleiten. Zusätzlich wurden zwölf ausgewählte BKKn per E-Mail gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Es nahmen insgesamt 21 von 53 angeschriebenen Krankenkassen sowie ein Bundesverband und ein Landesverband als übergeordnete Organisationen an der Befragung teil. Die teilnehmenden Einrichtungen haben gemeinsam einen Marktanteil von etwa 57 Prozent.

Öffentliche Apotheken wurden ergänzend befragt, da die bereits langjährigen Erfahrungen zeigen, dass Hinweise über betrügerisches Verhalten häufig aus der Gruppe der Leistungserbringer selbst kommen. Diese haben naturgemäß sehr detaillierte Kenntnisse über das Abrechnungssystem und von „branchenüblichen“ Verhaltensweisen.

Die Befragung von Apotheken erfolgte ausschließlich durch den Versand des Fragebogens per E-Mail. Bei der Auswahl wurde auf eine ausgeprägte Streuung innerhalb des Bundesgebietes (und die Größe der Städte) Wert gelegt. Insgesamt wurden bundesweit 144 Apotheken in großen Städten (Bremen, Hamburg, Kiel, Hannover, Rostock, Leipzig, Dresden, Berlin, Frankfurt, Köln, Düsseldorf, München, Stuttgart, Mainz, Nürnberg und Würzburg) per E-Mail gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Hierfür wurden solche Apotheken, die eine Homepage mit Angabe einer Kontaktadresse haben, identifiziert. Ergänzend wurden 178 Apotheken in kleinen und mittelgroßen Orten in Niedersachsen ausgewählt, da aufgrund der Nähe zur Universität eine höhere Compliance als in anderen Regionen Deutschlands erwartet wurde. Entsprechende E-Mail-Adressen konnten der Seite „www.bkk-hausapotheke.de“ entnommen werden. Der Rücklauf war bei den Apotheken, anders als bei den befragten Krankenkassen mit 25 der 322 angeschriebenen Apotheken leider eher unterdurchschnittlich und wahrscheinlich im Thema bedingt.

Für die Auswertung der Fragebögen wurde das Statistikprogramm SPSS 15.0 für Windows XP genutzt. Es wurde sowohl der prozentuale Anteil der einzelnen Ausprägungen als auch der Mittelwert der Antworten je Betrugshandlung bestimmt. Bei der Bestimmung des Mittelwerts wurde jeder Antwortmöglichkeit ein Wert zugeordnet („keine“ = 0, „gering“ = 1, „mittel“ = 2, „hoch“ = 3, „sehr hoch“ = 4).

Ergebnisse der Datenbankauswertung

Allgemeine Ergebnisse der Datenbankanalyse

Zum Zeitpunkt der Auswertung waren 6.074 Betrugsfälle in der Datenbank erfasst. Hiervon konnten 887 den angegebenen Leistungsbereichen zugeordnet werden. Die übrigen Fälle waren anderen Gebieten, wie z. B. der Hilfsmittelversorgung, ambulanten und stationären Leistungen oder dem Pflegebereich zugeordnet. 235 Fälle konnten als Betrugsfälle in Verbindung mit Arzneimitteln identifiziert und bezüglich ihrer Akteure und deren Handlungsweise klassifiziert werden. Als Akteure traten dabei sowohl Versicherte, Ärzte, Apotheker, Klinikapotheken sowie auch Arzneimittelgroßhändler auf. Alle haben zum Teil die Möglichkeit, allein betrügerisch tätig zu werden, können

die Krankenkassen aber auch durch gemeinsames Handeln finanziell schädigen.

In 111 der berücksichtigten Fälle waren die Akteure jeweils allein tätig. Dies entspricht einem Anteil von 47,2 Prozent. Durch gemeinsames Handeln mehrerer Akteure wurde die Krankenkasse in 124 Fällen, was einem Anteil von 52,8 Prozent entspricht, finanziell geschädigt.

Betrug durch einzelne Akteure

Als Akteure die durch alleiniges betrügerisches Handeln die Krankenkasse schädigen, konnten Versicherte, Ärzte und Apotheken bestimmt werden. 55 Fälle gingen zu Lasten von Versicherten, in zwei Fällen handelte ein Arzt allein und in 54 Fällen war ein Apotheker betrügerisch tätig.

Für alleinigen Betrug durch Versicherte konnten drei verschiedene Handlungsmuster identifiziert werden, nach welchen sich sämtliche Fälle klassifizieren lassen. Eine Möglichkeit ist, dass Versicherte Rezepte fälschen oder verfälschen. 33 Einzelfälle konnten diesem Bereich zugeordnet werden. Werden Arzneimittelverordnungen durch einen Versicherten verfälscht, ist hierfür zunächst die Ausstellung einer korrekten Verordnung durch einen Arzt notwendig. Bevor der Versicherte sie bei der Apotheke abgibt, nimmt er eigenständig Veränderungen vor. Dies kann eine Erhöhung der Packungsgröße oder das Aufführen zusätzlicher Präparate sein. Bei der Fälschung von Arzneimittelverordnungen handelt es sich um Totalfälschungen, das heißt, die gesamte Verordnung wird von dem Versicherten selbst erstellt. Um Rezepte zu fälschen, werden Verordnungsvordrucke sowie ein Arztstempel benötigt, wozu diese aus Arztpraxen entwendet werden müssen. Häufig werden Rezepte für Medikamente mit Wachstumshormonen gefälscht, welche missbräuchlich z. B. von Bodybuildern zum Muskelaufbau verwendet werden oder für Medikamente, welche ein großes Suchtpotential aufweisen. Zum Teil werden die Mittel selber konsumiert, es existiert aber auch ein Schwarzmarkt auf dem sie gehandelt werden.

Eine weitere Möglichkeit des alleinigen Betruges durch Versicherte ist die Fälschung von Zuzahlungsbefreiungen. Diesem Bereich waren 11 Fälle zuzuordnen. Eine weitere Betrugsmöglichkeit besteht im Zusammenhang mit dem Missbrauch von Krankenversicherungskarten. Versicherte geben ihre Chipkarten an Dritte weiter, damit diese unter Vortäuschung der Identität des Versicherten ihre Arzneimittelversorgung sicherstellen können. Häufig geschieht dieser Chipkartenbetrug um eine generelle medizinische Versorgung sicher zu stellen. Das alleinige Ziel der Arzneimittelversorgung lag in 11 Fällen vor.

Tabelle 1: Betrug durch mehrere Akteure

	Anzahl	Prozent
Apotheker und Ärzte	95	76,6
Apotheker und Versicherte	24	19,4
Apotheker und Klinikapotheken	4	3,2
Apotheker und Großhändler	1	0,8
Gesamt	124	100

Quelle: Eigene Erhebung

Die Möglichkeiten des alleinigen Betrugs durch Ärzte sind sehr begrenzt, da sie zwar die Nachfrage durch das Ausstellen einer Verordnung bestimmen, sie aber in der Apotheke nicht als Nachfrager auftreten und Arzneimittel auch nicht mit der Krankenkasse abrechnen können. Es konnten bei der Analyse der Falldatenbank lediglich zwei Fälle identifiziert werden, in denen Ärzte Rezepte für Patienten ausgestellt haben, obwohl diese gar nicht behandelt wurden. Dies kann zur eigenen Versorgung mit Arzneimitteln sein, wenn eine Medikamentenabhängigkeit vorliegt, oder zur Versorgung Dritter Personen, welche keinen Anspruch auf Leistungen zu Lasten einer Krankenkasse oder -versicherung haben.

Apotheker haben als letzter Akteur in der Distributionskette und als Abrechner mit den Krankenkassen umfangreichere Möglichkeiten in betrügerischer Absicht zu handeln. Die vorliegenden Daten ließen sich nach vier verschiedenen Handlungsweisen klassifizieren.

Bei der Abgabe von Arzneimitteln ziehen die Apotheker die Eigenanteile der Versicherten ein. Die Zahlung der Krankenkasse wird bei Abrechnung der Arzneimittel um diese Eigenanteile gekürzt. Es besteht für den Apotheker die Möglichkeit, der Krankenkasse zu melden, dass er einen Eigenanteil nicht eingezogen habe, obwohl tatsächlich ein Einzug stattfand. Die Krankenkasse vergütet dann den vollen Betrag und versucht den Eigenanteil ihrerseits von dem Versicherten einzuziehen. Diesem Problem waren 20 Fälle zuzuordnen.

Darüber hinaus hat der Apotheker die Möglichkeit, andere Arzneimittel mit der Krankenkasse abzurechnen, als er tatsächlich an den Versicherten abgegeben hat. Hierbei wird dem Versicherten ein günstiges Präparat im Rahmen der aut-idem-Substitution übergeben und ein teureres bei der Krankenkasse zur Abrechnung gestellt. Auch in diesem Bereich konnten 20 Betrugsfälle identifiziert werden.

Versicherte bekommen eine Zuzahlungsbefreiung, wenn sie durch die anfallenden Eigenanteile zu stark belastet werden. Hierfür sind die Kosten des vorangegangenen Kalenderjahres nachzuweisen. Für den Apotheker besteht die Möglichkeit, dem Versicherten Zuzahlungen zu bescheinigen, welche gar nicht geleistet wurden, damit dieser eine Befreiung erhält. Da die unerlaubte Handlung auf den Apotheker zurückgeht, ist dies als Betrug seinerseits zum

Tabelle 2: Betrugsarten auf dem Arzneimittelmarkt

	Anzahl	Prozent
Versicherte		
Fälschung/Verfälschung von Rezepten	33	14,0
Fälschung von Zuzahlungsbefreiungen	11	4,7
Rezepterschleichung mit fremder Versichertenkarte	11	4,7
Ärzte		
Ausstellung von Rezepten auf falschen Namen	2	0,9
Apotheker		
Einzug von Zuzahlungen und Angabe des Nichteinzugs	20	8,5
Abrechnung anderer als die abgegebenen Arzneimittel	20	8,5
Bescheinigung nicht geleisteter Zuzahlungen	5	2,1
Rezeptverfälschung	9	3,8
Apotheker und Ärzte		
Luftrezepte für nicht behandelte Versicherte	85	36,2
Luftrezepte für nicht abgegebenen Sprechstundenbedarf	4	1,7
Unzulässige Zusammenarbeit bei der Arzneimittelversorgung	6	2,6
Apotheker und Versicherte		
Ankauf/Eintausch von Rezepten	24	10,2
Apotheker und Klinikapotheken		
Abgabe und/oder Abrechnung von Klinikarznei über Offizin	4	1,7
Apotheker und Großhändler		
Vertrieb von Fälschungen oder nicht zugelassener Arzneimittel	1	0,4
Gesamt	235	100

Quelle: Eigene Erhebung

Vorteil eines Dritten zu sehen. Fünf solcher Fälle konnten in der Datenbasis festgestellt werden.

Als vierte Möglichkeit kann der Apotheker eigenständige Veränderungen auf der ärztlichen Verordnung vornehmen. Es können zusätzliche Medikamente auf dem Rezept hinzugefügt werden, die Packungsgröße eines Arzneimittels kann verändert werden oder der Apotheker ändert sonstige Angaben auf dem Rezept ab, um einen höheren Betrag mit der Krankenkasse abrechnen zu können. Hierzu zählten neun der untersuchten Betrugsfälle.

Kooperation mehrerer Akteure

Es wurden verschiedene Konstellationen vorgefunden, in denen Akteure miteinander kooperierten. Sämtliche Handlungsarten sind hierbei als eine spezielle Form des Abrechnungsbetruges zu sehen, da in jedem Fall eine Apotheke beteiligt ist, welche Arzneimittel gegenüber der Krankenkasse in Rechnung stellt. Aufgeteilt nach den einzelnen Akteuren, konnten Kooperationen in betrügerischer Absicht zwischen Apothekern und Ärzten, Versicherten, Klinikapotheken sowie Großhändlern festgestellt werden.

Gemeinsame betrügerische Aktivitäten von Apothekern und Ärzten können nach drei verschiedenen Handlungsarten unterschieden werden. In den meisten vorgefundenen Fällen stellen Ärzte Rezepte für Versicherte aus, welche tatsächlich nicht behandelt wurden. Diese Rezepte reichen sie an einen Apotheker weiter. Dieser rechnet sie mit der Krankenkasse ab, obwohl er kein Medikament abgibt. Insbesondere teure Medikamente werden mit solchen „Luftrezepten“ ohne Belieferung abgerechnet. 85 Fälle ließen sich dieser Betrugsform zuordnen.

Auf ähnliche Weise wird mit Rezepten für Sprechstundenbedarf betrogen. Hier werden die Luftrezepte nicht für Versicherte ausgestellt, sondern über Medikamente, welche der Arzt bei seiner Praxistätigkeit benötigt. Er gibt auch hier die Verordnungen für den Sprechstundenbedarf an den Apotheker weiter, welcher die Medikamente mit der Krankenkasse abrechnet, sie aber nicht abgibt. Vier solcher Fälle wurden bei der Datenbankauswertung festgestellt.

Als dritte Möglichkeit kann der Arzt veranlassen, dass sämtliche von ihm ausgestellte Rezepte über eine bestimmte Apotheke ausgegeben bzw. abgerechnet werden. Hierfür gibt es verschiedene Möglichkeiten. Der Arzt kann in seiner Praxis ein Arzneimitteldepot vorhalten, die Präparate selber abgeben und anschließend Verordnungen erstellen, die an die entsprechende Apotheke zur Abrechnung weitergeleitet werden. Ebenso kann der Arzt seinen Patienten mitteilen, dass sie ihre Arzneimittel in einer bestimmten Apotheke abholen können, während er die Verordnungen per Post oder Boten direkt an die Apotheke sendet. Eine solche unzulässige Zusammenarbeit lag in 6 Fällen vor.

Für die weiteren Kooperationen ließ sich jeweils ein Handlungsmuster feststellen. Apotheken und Versicherte können in der Form zusammen arbeiten, dass sich die Versicherten beim Arzt Rezepte ausstellen lassen und diese in

Tabelle 3: Ergebnisse der Krankenkassenbefragung

	Prozentwerte					Mittelwert
	sehr hoch	hoch	mittel	gering	keine	
Versicherte						
Fälschung/Verfälschung von Rezepten	0	19	42,9	38,1	0	1,81
Fälschung von Zuzahlungsbefreiungen	0	4,8	23,8	61,9	9,5	1,24
Rezepterschleichung mit fremder Karte	9,5	23,8	57,1	9,5	0	2,33
Gesamt Versicherte						1,79
Ärzte						
Rezepte auf falschen Namen	0	9,5	23,8	57,1	9,5	1,33
Apotheker						
Zuzahlung einziehen, Nichteinzug melden	0	4,8	23,8	61,9	9,5	1,24
Abrechnung anderer Arzneimittel	0	42,9	38,1	19	0	2,24
Bescheinigung nicht geleisteter Zuzahlungen	0	4,8	19	71,4	4,8	1,24
Rezeptverfälschung	0	19	47,6	33,3	0	1,86
Gesamt Apotheker						1,64
Apotheker und Ärzte						
Luftrezepte für nicht behandelte Versicherte	9,5	42,9	28,6	19	0	2,43
Luftrezepte für Sprechstundenbedarf	0	14,3	61,9	23,8	0	1,9
Unzulässige Zusammenarbeit	19	33,3	38,1	9,5	0	2,62
Gesamt Apotheker und Ärzte						2,32
Apotheker und Versicherte						
Ankauf/Eintausch von Rezepten	14,3	23,8	38,1	23,8	0	2,29
Apotheker und Klinikapotheken						
Klinikarznei über öffentliche Apotheke	0	14,3	42,9	42,9	0	1,71
Apotheker und Großhändler						
Fälschungen/nicht zugelassene Arzneimittel	4,8	14,3	52,4	28,6	0	1,95
Gesamt	4,1	19,4	38,4	35,7	2,4	1,87

Quelle: Eigene Erhebung

der Apotheke gegen Bargeld oder sonstige, dort erhältliche Ware, eintauschen. Vor allem sehr teure Medikamente, wie typischerweise Verordnungen für HIV-Präparate, werden von Apotheken zu geringen Preisen angekauft und mit der Krankenkasse abgerechnet. Diesem Bereich waren insgesamt 24 Einzelfälle zuzuordnen.

Ein Betrug in den eine Klinikapotheke und eine öffentliche Apotheke verwickelt sind, kann in der Form stattfinden, dass Klinikarzneimittel, welche aufgrund der frei verhandelbaren Preise günstiger sind, entweder in die öffentliche Apotheke umgeleitet und dort ausgegeben

und abgerechnet werden, oder die Klinikapotheke sie zwar abgibt, aber trotzdem über die öffentliche Apotheke zu höheren Preisen mit den Krankenkassen abgerechnet wird. Es konnten vier solcher Fälle identifiziert werden.

Eine Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Arzneimittelgroßhändlern ist ebenfalls möglich. Ein Großhändler kann Fälschungen oder nicht zugelassene Arzneimittel günstig importieren und an Apotheken liefern. Diese geben sie an Versicherte aus und rechnen normal mit der Krankenkasse ab. Hier ist ein Fall einer solchen Zusammenarbeit bekannt.

Zusammenfassung der Datenbankanalyse

Insgesamt konnten 14 verschiedene Handlungsweisen, mit welchen Krankenkassen auf betrügerische Weise finanziell geschädigt werden, identifiziert werden. Diese ließen sich sieben verschiedenen Akteuren oder Akteur-Konstellationen zuordnen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über alle identifizierten Betrugsarten sowie ihre absolute und relative Häufigkeit in der Falldatenbank.

Diese 14 Betrugsarten geben eine Klassifikationsmöglichkeit der vorhandenen Handlungsweisen wieder. Die genaue Ausführung des Krankenkassenbetrugs kann innerhalb der einzelnen Betrugsarten durchaus variieren. Dennoch zeigt sich deutlich, in welchen Bereichen und durch welche Handlungsmuster eine Betrugsgefahr für Krankenkassen existiert. Es ist zu berücksichtigen, dass nur solche Betrugsarten identifiziert werden konnten, von denen die Prüfgruppe bereits Kenntnisse erlangt hat.

Es ist in diesem Zusammenhang wichtig zu berücksichtigen, welche Faktoren Einfluss auf die quantitativen Aspekte der Datenbankauswertung nehmen. Einerseits hängt die Häufigkeit der Verfolgung oder Aufdeckung einzelner Betrugsarten von der Schwerpunktsetzung der Prüfgruppe sowie den ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ab. Können einzelne betrügerische Handlungsweisen über gezielte Abfragen im vorhandenen Datenpool ermittelt werden, wird die Zahl verfolgter Fälle in diesem Bereich höher sein, als bei Handlungen, welche nicht auf diese Weise identifiziert werden können. Andererseits ist zu beachten, dass Großfälle einen starken Einfluss auf die Häufigkeitsverteilung haben. So schlägt sich z. B. ein weit reichender Betrugsskandal aus dem Saarland, in den ca. 90 Ärzte und 45 Apotheker involviert waren, mehrfach in der Auswertung nieder (Jungmann/Ihl 2007). Andere Großfälle hingegen, welche noch nicht vollständig erfasst wurden, weil die Ermittlungsarbeit bereits durch die Staatsanwaltschaft erfolgt, sind in der Datenbank unterrepräsentiert. Als Beispiel ist hier der aktuelle Zytostatika-Skandal zu nennen, in dem die Staatsanwaltschaft gegen ca. 100 Apotheken und einen Arzneimittelgroßhändler wegen Vertriebs nicht zugelassener und gefälschter Zytostatika-Präparate ermittelt (Techniker Krankenkasse 2007).

Die qualitative Datenbankauswertung liefert jedoch insgesamt einen Überblick über mögliche Betrugsarten im Arzneimittelbereich. Die quantitative Auswertung gibt Auskunft darüber, wie häufig diese Fälle bereits verfolgt wurden. Aufgrund dieser ersten Analyse kann allerdings nicht auf die tatsächliche Verbreitung der einzelnen Betrugsarten geschlossen werden. Um bessere Aussagen über die Verbreitung der Betrugsarten treffen zu können, wurde aufbauend auf der Datenbankauswertung eine Befragung bei den zuständigen Stellen der Krankenkassen und von Apothekern durchgeführt.

Befragung der Krankenkassen

Die Krankenkassen schätzten die allgemeine Verbreitung von Betrug im Arzneimittelsektor als tendenziell mittel

ein. Der Mittelwert über alle Antworten beträgt 1,87 (auf einer Skala von 0 bis 4). Die Einschätzungen zu den einzelnen Bereichen unterscheiden sich dabei stark. Zusätzlich zu den im Fragebogen genannte Betrugsarten konnten in die bereits vorgegebenen Handlungsmuster eingeordnet werden, und lieferten demnach keine neuen Erkenntnisse.

Für kriminelle Handlungen durch einzelne Akteure wird die Verbreitung jeweils eher unterdurchschnittlich eingeschätzt. Die höchste Verbreitung wird hier bei der Rezepterschleichung mit Hilfe fremder Versichertenkarten durch Versicherte angenommen. Die Fälschung und Verfälschung von Rezepten durch Versicherte wird in ihrer Verbreitung als eher mittel und die Fälschung von Zuzahlungen als geringes Problem angesehen. Ebenso schätzen Krankenkassen den alleinigen Betrug durch Ärzte im Arzneimittelsektor in der Tendenz als gering ein. Alleiniger Betrug durch Apotheker wird von den Krankenkassen differenzierter eingeschätzt. Insbesondere die Abrechnung anderer als der abgegebenen Arzneimittel wird mit einer eher überdurchschnittlichen Verbreitung als problematisch angesehen. Ebenso zeigt sich bei der Verfälschung von Rezepten durch den Apotheker laut Krankenkassen eine tendenziell mittlere Verbreitung. Geringer wird hingegen die Verbreitung der Bescheinigung nicht geleisteter Zuzahlungen und das Einbehalten von Zuzahlungen bei Meldung des Nichteinzugs eingeschätzt.

Eine höhere Verbreitung nehmen die Krankenkassen bei gemeinschaftlichem Betrug durch mehrere Akteure an. Insbesondere Kooperationen zwischen Arzt und Apotheke werden in ihrer Verbreitung als mittel bis hoch eingeschätzt. Das insgesamt größte Problem wird einer unzulässigen Zusammenarbeit in der Arzneimittelversorgung beigemessen. Über 50 Prozent der Befragten schätzten die Verbreitung auf hoch oder sehr hoch. Ebenso wird die Häufigkeit der Ausstellung und Abrechnung von Luftrezepten für tatsächlich nicht behandelte Versicherte von über 50 Prozent als hoch oder sehr hoch eingeschätzt. Eine mittlere Verbreitung nehmen Krankenkassen beim Betrug mit Luftrezepten für Sprechstundenbedarf an. Eine mehr als mittlere Verbreitung schätzen sie bei gemeinsamen Betrug durch Apotheken und Versicherte. Über ein Drittel der Antworten waren hier „hoch“ oder „sehr hoch“. Geringer wurden kriminelle Kooperationen zwischen Apotheken und Klinikapotheken und Apotheken und Großhändlern eingeschätzt. Allerdings charakterisiert auch dies nach Einschätzung der Krankenkassen eine ungefähr mittlere Verbreitung. Eine detaillierte Übersicht über die Ergebnisse kann aus der Tabelle 3 entnommen werden.

Befragung der Apotheken

Apotheken schätzen die Verbreitung von Betrug im Arzneimittelsektor in seiner Gesamtheit als eher gering ein. Der Mittelwert über alle Betrugsarten liegt bei 0,95. Die Einschätzungen der Apotheken weisen ebenfalls Unterschiede in den einzelnen Betrugsbereichen auf.

Betrug alleinig durch Versicherte bzw. Patienten ist nach Ansicht der Apotheker die wichtigste Form krimineller

Tabelle 4: Ergebnisse der Krankenkassenbefragung

	Prozentwerte					Mittelwert
	sehr hoch	hoch	mittel	gering	keine	
Versicherte						
Fälschung/Verfälschung von Rezepten	0	19	42,9	38,1	0	1,81
Fälschung von Zuzahlungsbefreiungen	0	4,8	23,8	61,9	9,5	1,24
Rezepterschleichung mit fremder Karte	9,5	23,8	57,1	9,5	0	2,33
Gesamt Versicherte						1,79
Ärzte						
Rezepte auf falschen Namen	0	9,5	23,8	57,1	9,5	1,33
Apotheker						
Zuzahlung einziehen, Nichteinzug melden	0	4,8	23,8	61,9	9,5	1,24
Abrechnung anderer Arzneimittel	0	42,9	38,1	19	0	2,24
Bescheinigung nicht geleisteter Zuzahlungen	0	4,8	19	71,4	4,8	1,24
Rezeptverfälschung	0	19	47,6	33,3	0	1,86
Gesamt Apotheker						1,64
Apotheker und Ärzte						
Luftrezepte für nicht behandelte Versicherte	9,5	42,9	28,6	19	0	2,43
Luftrezepte für Sprechstundenbedarf	0	14,3	61,9	23,8	0	1,9
Unzulässige Zusammenarbeit	19	33,3	38,1	9,5	0	2,62
Gesamt Apotheker und Ärzte						2,32
Apotheker und Versicherte						
Ankauf/Eintausch von Rezepten	14,3	23,8	38,1	23,8	0	2,29
Apotheker und Klinikapotheken						
Klinikarznei über öffentliche Apotheke	0	14,3	42,9	42,9	0	1,71
Apotheker und Großhändler						
Fälschungen/nicht zugelassene Arzneimittel	4,8	14,3	52,4	28,6	0	1,95
Gesamt	4,1	19,4	38,4	35,7	2,4	1,87

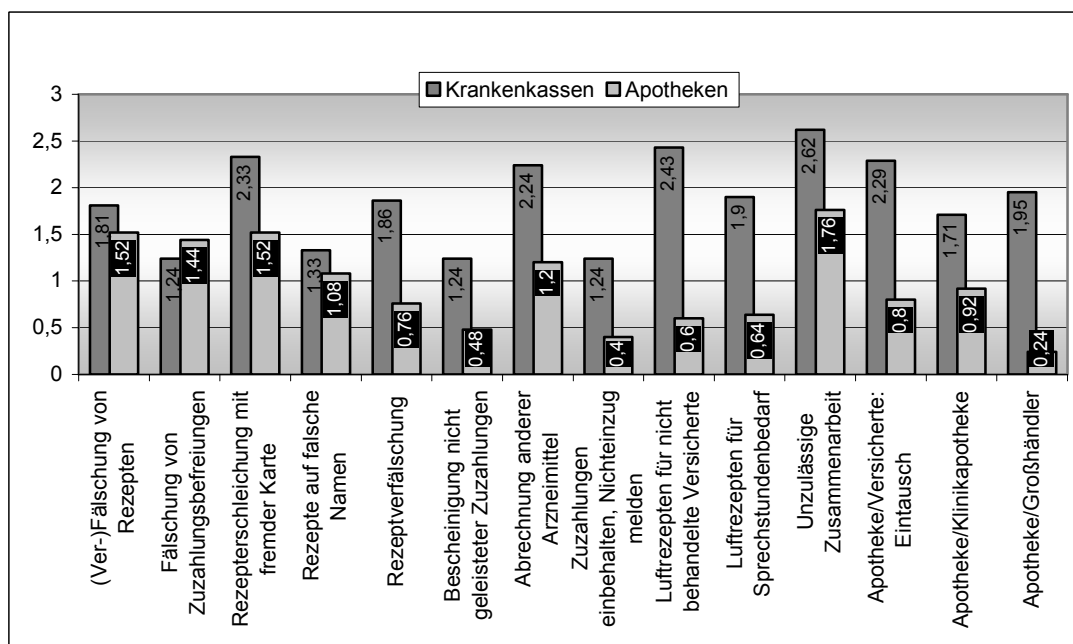
Quelle: Eigene Erhebung

Handlungen. Das Ausmaß der Fälschung von Zuzahlungsbefreiungen, der Fälschung oder Verfälschung von Rezepten und der Rezepterschleichung mit fremder Versichertenkarte wird jeweils als gering bis mittel geschätzt. Betrügerisch handelnde Ärzte, welche Rezepte auf den Namen Dritter ausstellen, werden in ihrer Verbreitung als eher gering angenommen. Apotheker, welche auf kriminelle Weise handeln, werden insgesamt als geringeres Problem gesehen. Lediglich bei der Abrechnung anderer als der abgegebenen Arzneimittel, wird die Verbreitung auf tendenziell etwas höher, aber dennoch gering geschätzt. Rezeptverfälschungen, Bescheinigungen nicht geleisteter Zuzahlungen und das Einbehalten von Zuzahlungen bei

Meldung des Nichteinzugs werden als nicht bis gering verbreitet angenommen.

Ähnliche Ergebnisse weisen die Antworten bei gemeinsam handelnden Akteuren auf. Nur die unzulässige Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheke bei der Arzneimittelversorgung wird als tendenziell mittel eingeschätzt. Andere Kooperationen zwischen Arzt und Apotheke, also die Ausstellung und Abrechnung von Luftrezepten für nicht behandelte Versicherte oder für Sprechstundenbedarf, weisen nach Ansicht der befragten Apotheken keine bzw. maximal eine geringe Verbreitung auf. Als eher vereinzelt wird der Betrug von Apotheken zusammen mit Versicherten und zusammen mit Klinikapotheken

Abbildung 2: Mittelwerte der Befragung von Krankenkassen und Apotheken



Quelle: Eigene Erhebung

angenommen. Gemeinsamer Betrug von Apotheken und Großhändlern durch den Vertrieb gefälschter oder nicht zugelassener Arzneimittel findet nach Ansicht der Apotheken auf dem deutschen Arzneimittelmarkt eher nicht statt (76 Prozent der Befragten antworteten hier mit „keine“).

Vergleich beider Befragungen

Vergleicht man die Mittelwerte der Einschätzungen von Krankenkassen und Apotheken, fällt auf, dass die Krankenkassen die Verbreitung der einzelnen Betrugsstrukturen regelmäßig höher einschätzen. Der Mittelwert über alle Betrugsarten liegt bei den Krankenkassen (1,87) doppelt so hoch, wie bei den Apotheken (0,95). Während die Krankenkassen in 23,5 Prozent der Fälle mit „hoch“ oder „sehr hoch“ antworteten, waren dies bei den Apotheken nur 5,7 Prozent. Demgegenüber gaben die Apotheken in 78,3 Prozent der erfragten Tatbestände „keine“ oder „gering“ an, die Krankenkassen hingegen nur in 38,1 Prozent. Dies zeigt insgesamt, dass die Krankenkassen Betrug im Arzneimittelsektor generell als verbreiteter und somit als größeres Problem annehmen als Apotheken.

Diese unterschiedlichen Einschätzungen können verschiedene Hintergründe haben. Die Krankenkassen können in ihrer Einschätzung dadurch beeinflusst sein, dass vor allen anderen sie selber die Geschädigten von potenziellen betrügerischen Handlungen sind. Dies könnte dazu führen, dass sie die einzelnen Alternativen überbewerten. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass die befragten Abteilungen der Krankenkassen in ihrer täglichen Arbeit permanent mit Einzelfällen von Betrug konfrontiert

werden. Diese Regelmäßigkeit könnte dazu führen, dass die Verbreitung von Betrugsdelikten überschätzt wird.

Die Antworten der Apotheker können ebenfalls durch verschiedene Faktoren beeinflusst sein. Ehrlich arbeitende Apotheken (und dies wird die überwiegende Mehrheit sein) werden normalerweise nicht mit betrügerischen Handlungen konfrontiert, an denen Apotheken beteiligt sind. Daher erleben sie in der täglichen Praxis nur Fälle, in denen

Versicherte oder Ärzte allein betrügen. Darüber hinaus ist es denkbar, dass sie betrügerisches Handeln durch Apotheken verschweigen oder als nicht sehr verbreitet einschätzen, weil sie um das Ansehen ihres Berufsstandes fürchten. Möglicherweise waren Apotheken die korrekt arbeiten eher bereit an der Befragung teilzunehmen. Sollten befragte Apotheken selber an kriminellen Machenschaften beteiligt sein, werden sie dies wohl eher nicht zugeben, sondern vielmehr auf Fehlverhalten anderer Akteure im Arzneimittelmarkt verweisen.

Diskussion der Ergebnisse

Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass der Stichprobenumfang mit 21 Krankenkassen und 25 Apotheken eher gering ist. Es ist jedoch anzumerken, dass es sich bei den befragten bzw. antwortenden Krankenkassen um eine aussagefähige Stichprobe handelt, da vor allem größere Kassen in diesem Bereich umfassend tätig sind, die auch vorrangig geantwortet haben. Bei der Auswertung wurde zudem angenommen, dass die einzelnen Antwortausprägungen in der Wertigkeit einen jeweils gleichen Abstand zueinander haben, was nicht zwingend der Fall sein muss. Damit zusammenhängend, muss beachtet werden, dass die einzelnen Antwortmöglichkeiten von den Teilnehmern unterschiedlich interpretiert werden können.

Ein Vergleich der quantitativen Ergebnisse der Datenauswertung mit den Ergebnissen der Befragung zeigt tendenziellen Nachholbedarf in bestimmten Ermittlungsbereichen auf. Insbesondere Fälle von unzulässiger Zusam-

menarbeit zwischen Ärzten und Apotheken bei der Arzneimittelversorgung sowie von Rezeptverfälschung durch Apotheker sind in der Datenbank in geringem Umfang enthalten, während ihre Verbreitung von Krankenkassen und zum Teil auch von Apotheken als beträchtlich eingeschätzt wird. Diesen Bereichen sollte daher eine erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden. In anderen Bereichen, wie dem gemeinschaftlichen Betrug durch Apotheken und Versicherte oder dem Betrug durch Apotheken und Ärzte mittels Ausstellen von Luftrezepten für Versicherte weisen sowohl die Fälle in der Datenbank als auch die Antworten der Krankenkassen eine deutliche Erhöhung auf.

Die strukturierte Darstellung der möglichen Betrugsdelikte bietet eine Grundlage, um Betrug im Arzneimittelsektor gezielt und systematisch zu bekämpfen. Es können auf dieser Analyse aufbauend Methoden entwickelt werden, welche die einzelnen Betrugsarten gezielt verfolgen und folglich eindämmern helfen. Die Ergebnisse der Befragung sollten dabei eine Priorisierung in der Entwicklungsfolge und -intensität bilden.

Um Betrug systematisch zu verfolgen und aufzudecken, sollten Krankenkassen zuerst versuchen, Handlungsweisen, welche als weit verbreitet angenommen werden, mittels umfangreicher Datenanalysen im vorhandenen Pool an Abrechnungsdaten zu identifizieren. Hierfür sind möglichst genaue Merkmale und Auffälligkeiten, welche auf einzelne Betrugsarten hinweisen, festzulegen und der Datenpool hierauf zu untersuchen. Zielführende Analysen können dann automatisiert und regelmäßig durchgeführt werden. Da jeder Krankenkasse nur die für ihre Versicherten übermittelten Abrechnungsdaten zur Verfügung stehen, würde sich ein gemeinsamer Datenpool für umfangreiche Betrugsanalysen als hilfreich erweisen. Dieser müsste nur die für die jeweiligen Auswertungen relevanten Daten enthalten und könnte hinsichtlich weiterer Angaben anonymisiert sein.

Darüber hinaus müssen Weiterentwicklungen in den Abläufen innerhalb des Gesundheitssystems regelmäßig hinsichtlich ihrer Wirkung auf die einzelnen betrügerischen Handlungsalternativen im Arzneimittelmärkte beurteilt werden. Hier gilt es, potenzielle Chancen für die Betrugsbekämpfung zu nutzen und die Möglichkeiten krimineller Handlungen zu verringern. Werden z. B. Rezepte zukünftig in digitaler Form auf der elektronischen Gesundheitskarte der Versicherten gespeichert, vermindert dies die Möglichkeit für Ärzte und Apotheker, mit Luftrezepten für nicht behandelte Versicherte zu betrügen. Darüber hinaus könnte es aber das Fälschen von Rezepten für Versicherte unter Zuhilfenahme von entsprechender Computerhardware erleichtern, da keine Verordnungsvordrucke mehr benötigt

werden. Es besteht zudem die Möglichkeit, auf ethische und moralische Einstellungen der Leistungserbringer einzuwirken oder die Entdeckungswahrscheinlichkeit durch die Schaffung von mehr Transparenz zu erhöhen. Würden z. B. alle Versicherten pro Quartal eine Quittung über die für sie abgerechneten Arzneimittel bekommen, könnten diese die Richtigkeit der Abrechnungen überprüfen. Dies würde die Entdeckungswahrscheinlichkeit für verschiedene Betrugsarten erhöhen. Somit gilt es, zukünftige Entwicklungen regelmäßig zu analysieren, da sich auch die Betrugsmöglichkeiten in einem steten Wandel befinden.

Folgende Forschungsarbeiten sollten die Erkenntnisse dieser Arbeit in einem größeren Umfang und über einen längeren Zeitraum verfolgen, um die Validität und das Ausmaß der Einsichten zu erhöhen. Darüber hinaus sollten sich weitere Untersuchungen damit beschäftigen, wie die Anreize der einzelnen Akteure verändert werden können oder auf welche Weise die identifizierten Betrugsarten zielgerichtet verfolgt werden können.

Literatur

- Bundeskriminalamt (2003):
 Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2003, URL: <http://www.bka.de/lage-berichte/wi.html> [Stand: 14.01.2008].
- Cohen, J. C. (2006):
 Pharmaceuticals and corruption: a risk assessment, in: Transparency International (Hrsg.), Global Corruption Report 2006, London, S. 77-85.
- Hellmann, U., Herffs, H. (2006):
 Der ärztliche Abrechnungsbetrug, Berlin, Heidelberg.
- Jungmann, M., Ihl, W. (2007):
 Wenn Arzt und Patient gemeinsam Kasse machen, in: Saarbrücker Zeitung, 24.05.2007, S. 3.
- Savedoff, W. D., Hussmann, K. (2006):
 Why are health systems prone to corruption? in: Transparency International (Hrsg.), Global Corruption Report 2006, London, S. 4-16.
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2007):
 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung in der Fassung der Veröffentlichung vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch § 22 Abs. 7 des Gesetzes vom 12. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2861).
- Techniker Krankenkasse (2007):
 Mit mehr Transparenz gegen illegale Medikamentenimporte, Gemeinsame Pressemitteilung der Techniker Krankenkasse und des Hamburger Apothekervereins vom 29. September 2007, URL: http://www.tk-online/centaurus/gene-rator/tk-online.de/s03_presse-center/01_pressemitteilungen/06_archiv2007/02_politik/pm-070928zytostatika.html [Stand: 08.01.2008].
- Transparency International (2006):
 Global Corruption Report 2006, London.
- Transparency International Deutschland (2005):
 Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen – Kontrolle und Prävention als Gesellschaftliche Aufgabe, Grundsatzpapier von Transparency International Deutschland, Stand: August 2005, URL: http://www.transparency.de/fileadmin/pdfs/intern/AG_Gesundheit/Gesundheitspapier_Version_05.pdf [Stand: 16.12.2007].
- Wähling, S. (1996):
 Krankenversicherung und Arzneimittelmärkte: ein Simulationsmodell zur Analyse der Regulierungswirkungen, Hannover.