

Transparenzmängel, Betrug und Korruption im Bereich Pflege – Die Untersuchung von Transparency Deutschland

Rede bei der Konferenz „Pflege zwischen wirtschaftlichen Interessen und Menschenwürde – Transparenz und Kontrolle“, 25. September 2014

Vorbemerkungen

Transparency Deutschland arbeitet seit 1998 daran, die Transparenzmängel im deutschen Gesundheitssystem aufzudecken und die Gefahren, die dem Gesundheitswesen daraus erwachsen, in der Öffentlichkeit bekannter zu machen. Drei Felder sind es vor allem, die ständiger Beobachtung bedürfen, weil sie im Missbrauchsfall Patienten und Versicherte gesundheitlich oder finanziell schädigen; meistens sogar beides:

1. Die Einflussnahme der Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten auf Ärzte und alle anderen Heilberufe, um die Patienten und Krankenversicherten zur ärztlichen Verordnung und damit zum Kauf ihrer Produkte zu animieren. Diese Einflussnahme – verbunden mit massiver Werbung oft an der Grenze des gesetzlich Erlaubten und durch Einsatz von abhängigen Wissenschaftlern und Gutachtern - führt erwiesenermaßen zu Leistungen und zu Verschwendung, die die Krankenkassen bezahlen müssen, ohne dass sie den Patienten nützen.
2. Das unzulässige Zusammenwirken von Ärzten mit weiteren Ärzten oder mit Krankenhäusern, Sanitätshäusern, Apotheken und Anbietern von Medizinprodukten wie Hörgeräte-Akustikern, Orthopädie-Schuhmachern und ähnlichen Berufen. Diese führt zu – häufig sehr teuren – unzumutbaren Behandlungen, zum Beispiel Eingriffen und Maßnahmen, die die Krankenkassen bezahlen müssen, ohne deren Zahl und Nutzen beeinflussen zu können. Im Übrigen hat der Bundesgerichtshof 2012 entschieden, dass solches Zusammenwirken, das in der Berufsordnung der Ärzte nicht erlaubt ist, strafrechtlich nicht geahndet werden kann – Ärzte dürfen also bestochen werden. Erst zum Jahresende 2014 ist aus dem Justizministerium mit einem Gesetzentwurf zu rechnen, der diese Form der Bestechung strafbar macht. Frühestens Mitte 2015 lässt sich also mit dem neuen Straftatbestand rechnen.
3. Die Abrechnung von nicht erbrachten oder nicht so, wie abgerechnet erbrachten Leistungen. Dieser Abrechnungsbetrug schädigt das Gesundheitssystem massiv und benachteiligt die korrekt arbeitenden medizinischen Dienstleister und Einrichtungen.

Das European Healthcare Fraud and Corruption Network EHFCN hat berechnet, dass durch diese drei Komplexe in Europa jährlich 5,59 % der Gesundheitsausgaben, das heißt, im Jahr 2010 rund 50 Milliarden Euro in den falschen Taschen lan-

den. Für Deutschland beträgt der Verlust im deutschen Gesundheitssystem bei einem Gesamtetat von mehr als 240 Mrd. Euro (2010) 13,4 Mrd. Euro. Diese Zahlen gab der Präsident des EHFCN Paul Vincke bei einem Vortrag des Euroforum 2010 in Berlin an.

Warum ist es so schwer, diese Missstände in Deutschland abzustellen oder wenigstens einzudämmen? Weil bei uns das Gesundheitswesen föderal organisiert ist. In jedem Bundesland werden die Bundesgesetze oft nach eigenen Interpretationen durchgeführt und unterschiedlich kontrolliert. Das machen außerdem nicht die Ländersozialministerien selbst, sondern die Verantwortung ist laut Bundesgesetz den öffentlich-rechtlichen Kammern der Heilberufe übertragen, vor allem den Ärzte/ Zahnärzte/ Apothekerkammern, den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen. Da kommt also eine beträchtliche Zahl von Verwaltungseinrichtungen zusammen, die im Laufe der Jahrzehnte seit Gründung der Bundesrepublik ein großes Eigenleben entfaltet haben. Die Kooperation verlangt erheblichen Verwaltungsaufwand. Oft wird der Datenschutz sowohl für die Patienten und Versicherten als auch für Hersteller und Anbieter als Argument gegen eine bessere Zusammenarbeit vorgeschoben.

Mehr als elf Prozent des Bruttosozialprodukts von 2645 Milliarden Euro, also rund 290 Milliarden Euro ließen wir Deutschen uns 2012 unsere Gesundheit kosten. Die Haltung von Transparency Deutschland war und ist: ehe wir von den Versicherten und vom Staat mehr Geld in das System pumpen, sollten wir versuchen, die Einfallstore für Verschwendung, Betrug und Korruption zu schließen. Andere europäische Länder mit vergleichbarem sozialem Niveau können die Menschen zu geringeren Kosten gesund erhalten.

Eine letzte Vorbemerkung zum Begriff „Korruption“. Transparency Deutschland versteht darunter den Missbrauch von anvertrauter Macht zum persönlichen Nutzen oder Vorteil. Mit dieser Definition ist mehr erfasst als strafrechtlich relevantes Fehlverhalten.

Das Pflegesystem

Das Pflegesystem ist gewissermaßen das jüngere Geschwister des Gesundheitssystems. Deswegen hat Transparency Deutschland im Jahr 2011 damit begonnen, analog zum Gesundheitssystem die Schwachstellen im Pflegesystem so genau wie möglich zu identifizieren, um auch hier dazu anzuregen, Fehlentwicklungen abzustellen, ehe die Versicherten und der Staat die Beiträge für das Pflegesystem anheben. Die jetzt anstehende Reform geht nach unserer Meinung zu blauäugig an die Reform heran, solange Pflegedienste und Pflegeheime aus dem Boden schießen, deren Qualität und Notwendigkeit nicht zwingend nachgewiesen sind, weil Renditeerwartungen die Investitionen lenken.

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994 hat sich ein dynamischer Markt entwickelt, denn seither ist klar, dass der Pflegesektor eines der hauptsächlichen Wachstumsgebiete der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist und weiter sein wird. Die Fehlallokation von Mitteln und die Fehlsteuerungen in der Versorgung beschäftigen die Politik allerdings weit weniger als das Verhältnis zwischen jungen und alten Menschen in Deutschland und die daraus resultierende Diskrepanz. Außerdem wird viel zu wenig bedacht, dass nach wie vor der Großteil der Pflegeleistungen privat erbracht wird. Etwa siebzig Prozent der in Pflegestufen erfassten pflegeabhängigen Menschen werden ambulant durch Personen aus ihrem sozialen Umfeld, also durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn versorgt. In dieser Zahl sind jene Menschen nicht enthalten, denen keine Pflegestufe zuerkannt wurde, die aber gleichwohl der Hilfe bedürfen - , in erster Linie demenziell Erkrankte, die zwar großen Hilfe- und Betreuungsbedarf haben, der aber im gegenwärtigen System nur unzureichend abgebildet wird.

Nach einer Studie von G.M. Backes et al.¹ leisten pflegende Angehörige 4,9 Milliarden Arbeitsstunden pro Jahr für die Pflege. Zwei Drittel davon werden von Frauen, ein Drittel von Männern erbracht. Das Arbeitsvolumen entspricht 3,2 Millionen Vollzeitarbeitsplätzen. Diese würden jährlich 44 Milliarden Euro kosten. Dieses Kostenvolumen ist dreimal so hoch wie die Kosten, die durch die Pflegeversicherung tatsächlich getragen werden. Daraus wird deutlich, dass das „Prinzip Pflege“ in Deutschland die mittlere Generation der Gesellschaft - und hier besonders ihren weiblichen Teil – zeitlich und kräftemäßig überfordert, wenn es nicht gelingt, professionelle Pflegekräfte heranzubilden und zu angemessenen Gehältern zu beschäftigen².

Die drei oben genannten Stränge, aus denen Fehlleitungen öffentlicher Gelder und Kosten für den Einzelnen wie für die Allgemeinheit entstehen, gelten auch für den Pflegesektor. Die Anbieter von Arzneimitteln und Medizinprodukten, von Pflegeleistungen und -immobilien beherrschen die gesellschaftspolitische Diskussion. Sie besitzen politisch die stärkere Durchsetzungskraft im Vergleich zu den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen oder ihrer Pflegekräfte. Von ihnen gehen die meisten Versuche aus, das Pflegesystem für ihre Zwecke zu benutzen. Die Lobby ist stark.

Zusätzlich aber entstehen Probleme, weil beim „Produkt Pflege“ eine noch größere Anzahl von Akteuren mitwirkt: Auf der Finanzierungsseite außer dem Privateinkommen der Menschen die Pflegekassen und die ergänzende Sozialhilfe, aber auch die Krankenkassen, die Reha-Leistungen der Rentenversicherung, sowie im Einzelfall andere Gesetze wie zum Beispiel die gesetzliche Unfallversicherung. Diese Vielgestaltigkeit der Finanzierung von Leistungen ist für die Betroffenen schwer durchschaubar und überhaupt nicht kontrollierbar. Sie kann ein Einfallstor für versehentliche oder absichtliche Falsch- oder Doppelabrechnungen sein, aber auch für „kreative

¹ Gender in der Pflege, Herausforderung für die Politik. Friedrich-Ebert-Stiftung 2008

² Augurzky, Boris, Krolop, Sebastian u.a.: Pflegeheim Rating Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte? Executive Summary/ Heft 68 RWI Materialien

Buchführungsmethoden“, die verschleiern wollen, dass Kosten nicht dort entstanden sind, wo sie gebucht werden.

Die eigentlichen Finanziere der Pflege, also die Anspruchsberechtigten für ambulante Pflegeleistungen und – stärker noch - Heimbewohner/innen und Angehörige, haben bis heute keine durchsetzbaren Mitbestimmungsrechte. Es gibt lediglich „Mitwirkungsrechte“, die im Sinne von Informations- und Anhörungsrechten zu verstehen sind. Diese sind zudem seit der Föderalismusreform im September 2006 in landesspezifischen Heimgesetzen der jeweiligen Bundesländer geregelt worden. Die Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen wurde dadurch verschlechtert. Außerdem aber ist diese Grundeinstellung – Organisationen entscheiden für das Individuum – mit einem demokratischen Anspruch, wie er in Artikel 1 unseres Grundgesetzes formuliert wurde, nicht vereinbar.

Eine Schlüsselrolle im Pflegebereich nimmt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung MDK ein, der als Gemeinschaftseinrichtung der Kranken- und Pflegekassen auch für den Pflegebereich zuständig ist. Eine seiner Kernaufgaben ist die Erstellung von Pflegegutachten und die gutachterliche Bewertung der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Ferner spielt der MDK bei der Festlegung von Qualitätsstandards in der Pflege durch seine Prüfungen eine wichtige Rolle. Die von der Pflege betroffenen Menschen oder ihre Angehörigen erfahren aber nichts über die Ergebnisse der gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollen, denn Vertragspartner der Betroffenen sind die Heime oder Pflegedienste. Die Umstellung der Verträge seit 2007 auf rein privates Vertragsrecht hat es für Betroffene fast unmöglich gemacht, Einfluss zu nehmen.

Ganz ohne Frage quillt das deutsche Pflegesystem über von bürokratischen Abstimmungsproblemen zwischen Bund, Ländern, Kommunen, freien Verbänden und freier Wirtschaft und zwischen den verschiedenen Leistungsträgern, also den Kranken- und Pflegekassen, der Sozialhilfe und dem privaten Leistungsvermögen des betroffenen Menschen und seinen Angehörigen. Dazu kommen Kontrollregelungen auf den verschiedenen Ebenen. Sie sind entweder zu detailliert und stehen nur auf dem Papier, weil ihre Durchführung nicht kontrolliert wird. Oder die Regelungen arbeiten mit unbestimmten Rechtsbegriffen, so dass sie ebenso unwirksam, weil kaum zu kontrollieren sind. Datenschutzbestimmungen ergänzen die Vorschriften, die von Betroffenen selten hinterfragt werden. Die Leistungsträger setzen sie umso häufiger ein, auch um Fehlentwicklungen zu Lasten der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen zu verschleiern. Hier sind „Runde Tische“ als Koordinierungsstellen auf kommunaler oder regionaler Ebene dringend erforderlich, die ein Datennetz zur Verfügung haben, das Fehlverhalten feststellen kann. Das zuständige Kriminalamt sollte – wie in Berlin – immer einbezogen sein, um Missetäter rasch zu entlarven.

Vielfach besteht der Verdacht von gesetzlich nicht zulässiger Quersubventionierung oder von anderen Aktivitäten zur Ausplünderung öffentlicher Kassen. Da der MDK bei seinen Prüfungen kein Durchsuchungsrecht besitzt, sind seine Kontrollen weitgehend wirkungslos für das Aufdecken möglicher Missstände. Leider wurde die 2008 eingeführte unangekündigte anlassbezogene Prüfung bei der letzten Pflegereform

2012 wieder abgeschafft. Sie muss dringend wieder in Kraft gesetzt werden, um das Risiko nicht korrekt arbeitender Pflegedienste zu erhöhen, so dass man sie „erwischt“ und bestrafen kann. Sanktionen, zum Beispiel wegen wirtschaftlicher Unzuverlässigkeit, werden heute kaum jemals ausgesprochen, weil sie, wie von couragierten Sozialamtsmitarbeitern bestätigt wurde, in Verwaltungsgerichtsverfahren selten standhalten.

Das Problem liegt darin: Während die namhaften Heimbetreiber bundesweit agieren, sind die Prüfbehörden regional, bestenfalls landesweit organisiert. Ein deutschlandweites Register darüber, welcher Betreiber wie oft gegen Regelungen verstoßen hat, existiert nicht. Systematische Verstöße lassen sich so kaum feststellen. Die rechtlichen Möglichkeiten zum Eingreifen sind äußerst beschränkt, sagen die Experten der Sozialämter. Sie berichten zum Beispiel, dass jede Anzeige wegen Betruges sofort mit einer Gegenanzeige – etwa wegen Verleumdung – gekontert wird. Bei solchen Konfliktlagen, in denen Aussage gegen Aussage steht und in denen es im Einzelfall „nur“ um wenige hundert oder tausend Euro geht, neigen die Staatsanwaltschaften dazu, Verfahren rasch einzustellen.

Ein weiteres Problem kommt hinzu. Krankenkasse und Pflegekasse streiten nicht selten um die Finanzierung von Leistungen für Pflegebedürftige. Auch ist ihr Einsatz bei der Aufdeckung von Fehlverhalten, wozu beide gesetzlich verpflichtet sind, unterschiedlich intensiv. Während für die Krankenkasse ein Anreiz besteht, sich zu Unrecht verschaffte Gelder von Missetätern zurückzuholen, ist dieser Anreiz für die entsprechende Stelle in der Pflegeversicherung erheblich geringer, weil solche Kosten leicht auf die Sozialhilfe abzuwälzen sind, die dann geradestehen muss für Missbrauch und für korruptive Netzwerke zwischen verschiedenen Leistungsträgern. Hier wäre ein koordinierter Vorstoß der Länder und der kommunalen Spitzenverbände erforderlich, um die missbräuchliche Ausnutzung der Sozialhilfe in Pflegeeinrichtungen zu unterbinden.

Aber es würde auch weiterhelfen, wenn die „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, die seit 2005 nach § 47a SGB XI bei den Pflegekassen arbeiten, Missbräuche durch Abrechnungsbetrug und durch korruptive Netze kassenartenübergreifend weiterverfolgen würden. Ihre Berichte an die Verwaltungsräte und deren Weitergabe an das Bundesversicherungsamt sollten transparent gemacht werden. Es geht nicht an, dass die gebündelten Berichte beim Gesundheitsministerium erneut gefiltert und als Gesamtbericht in eine Vorlage an den Gesundheitsausschuss des Bundestages weitergegeben werden und dort endgültig in der Schublade verschwinden. Denn Ausschussdrucksachen sind nicht öffentlich. Das ist das Gegenteil von Transparenz. Im Gesundheits- und Pflegewesen muss endlich eine Fehlerkultur entwickelt werden, die nicht diejenigen bestraft, die Missstände aufdecken, sondern diejenigen belohnt, die Fehler vermeiden helfen.

Forderungen

Die Zeit reicht nicht, um alle Forderungen aufzulisten und zu bewerten, die Transparency Deutschland in der Schwachstellenanalyse aufgestellt hat. Ich will mich auf wenige Punkte beschränken, die korruptionsrelevant sind. Es sind acht Punkte:

1. Die Einrichtung von lokalen und regionalen „Runden Tischen“ ist zu empfehlen, an denen alle Betroffenen und Beteiligten (Pflegekassen, MDK, Sozialämter, Staatsanwaltschaft, Heimaufsicht, Angehörigenvertreter, Einrichtungen) Informationen austauschen und gemeinsame Ziele ins Auge fassen (Beispiel Berlin).
2. Mitarbeiter und Mitarbeitervertretungen in den Einrichtungen müssen ein Informationsrecht über die Beanstandungen des MDK und der Heimaufsicht erhalten, um den Umgang der Heimleitung mit diesen Beanstandungen zu erfahren und auf ihre Beseitigung zu dringen.
3. Ein Berufsgesetz Pflege, das mehr ist als ein Pflegeausbildungsgesetz, muss die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Pflegekräfte definieren und Konsequenzen bei Fehlverhalten vorsehen. Das Thema Korruption und Betrug muss Teil der pflegerischen Ausbildung und der beruflichen Weiterbildung werden, um Pflegekräfte für das Thema zu sensibilisieren.
4. Dringend geboten ist der gesetzliche Schutz von HinweisgeberInnen, um diejenigen, die Verstöße gegen ethisch-moralische Grundsätze im Pflegebereich anzeigen, vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen zu schützen. Da Hinweisgebern auf Missstände im Pflegebereich in der Vergangenheit öfter gekündigt wurde, sind eine anonyme Hotline und/oder ein Ombudsman-System zu schaffen.
5. Menschen mit Pflegebedarf müssen vor gesundheitlichen Schäden durch Medizinprodukte und unzureichende Arzneimittel geschützt werden, weil das verbreitete unzulässige Zusammenwirken von Herstellern, Sanitätshäusern, Apotheken und Ärzten mit Pflegeeinrichtungen, irreführende Werbebehauptungen und Marketingstrategien sowie fragwürdige Bonusregelungen dazu führen, dass unzureichende Behandlungen durchgeführt werden, die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schaden anrichten. Schwerwiegende Eingriffe bei einwilligungsunfähigen Personen müssen umfassend dokumentiert und nach dem Vieraugenprinzip bewilligt werden. Lebensverlängernde Maßnahmen (z.B. künstliche Ernährung, Beatmung, Dialyse) müssen in regelmäßigen Abständen von einer unabhängigen Institution (z.B. MDK) auf ihre medizinische Indikation und auf den diesbezüglichen Patientenwillen beurteilt werden.

6. Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen muss Aufschluss darüber gegeben werden, was mit ihren Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“) in der stationären Pflege geschieht. Die Betreiber der Heime müssen in ihren Betriebskostenabrechnungen offen legen, was jeder einzelne Heimbewohner und jede Bewohnerin an Miete und Ernährung zu tragen haben. Verbotene Quersubventionierung muss überprüfbar sein.
7. Die wirtschaftliche Zuverlässigkeit und fachliche Qualität von Pflegediensten ist durch routinemäßige unangemeldete Kontrollen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zu überprüfen. Es muss Sanktionen bei Fehlverhalten geben. Ein deutschlandweites Register über wirtschaftlich unzuverlässige Pflegeeinrichtungen ist nötig.
8. Die staatsanwaltschaftlichen Kompetenzen auf dem Gebiet des Sozialrechts sind zu stärken und auszubauen. Die Schwerpunktstaatsanwaltschaften zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen müssen dem Pflegesektor verstärkte Aufmerksamkeit schenken.

Im Interesse pflegebedürftiger Menschen soll diese Konferenz dazu helfen, das öffentliche Bewusstsein dafür zu schärfen, dieses gesellschaftliche Wachstumsfeld nicht den Marktkräften zu überlassen, sondern soziale Verantwortung zu übernehmen. Ich danke für Ihre Geduld.