# Zorgfraude kost Duitse verzekeraars miljoenen

Achtergrond - 6 februari 2018 - Auteur: Josta van Bockxmeer

De “*Pflegemafia*” heten ze in de Duitse media. Duitsland heeft te maken met grootschalige fraude in de thuiszorg. Volgens de recherche gaat het om ongeveer 230 malafide zorginstellingen, die de ziektekostenverzekeringen tot nu toe ongeveer een miljard euro hebben gekost. De rechtbank in Düsseldorf veroordeelde afgelopen maandag de eerste negen daders in een serie rechtszaken tegen deze georganiseerde vorm van criminaliteit.

De in Düsseldorf veroordeelde daders richtten vijf zorginstellingen op en vroegen ouderen die eigenlijk geen of weinig zorg nodig hadden, of ze extra geld wilden verdienen. Een arts stelde een indicatie op, die de ouderen zieker liet lijken dan ze eigenlijk waren. Vervolgens declareerden de instellingen de nooit geleverde zorg bij de ziektekostenverzekering. In ruil voor hun medewerking kregen de ‘patiënten’ geld, mochten ze mee met uitstapjes of kregen ze andere diensten aangeboden, zoals manicurebehandelingen of ritjes naar de dokter. Ook enkele meewerkende artsen namen steekpenningen aan.

“Iedereen heeft, zo goed als het ging, zijn zakken gevuld”, vatte rechter Guido Noltze de situatie samen. Volgens de rechtbank in Düsseldorf kostte dat de Duitse zorgverzekeringen tenminste 4,7 miljoen euro. Volgens de rechter hebben de daders zich tussen 2008 en hun voorarrest in 2016 schuldig gemaakt aan georganiseerde fraude en het witwassen van geld. Ze zijn veroordeeld tot celstraffen tussen de twee en de zeven jaar en vergoeding van het buitgemaakte bedrag.

> 'Iedereen heeft, zo goed als het ging, zijn zakken gevuld'

De fraude die voor de rechtbank in Düsseldorf aan het licht kwam, is nog maar het topje van de ijsberg. In totaal zijn er in Duitsland ongeveer 230 corrupte zorginstellingen, bleek vorig jaar uit onderzoek van het Bundeskriminalamt (BKA). De meeste worden vanuit Berlijn aangestuurd. De meeste daders zouden uit Rusland of Oekraïne komen, zodat de groep bekendstaat als “russisch-ukrainische Pflegemafia”. Het BKA gaat ervan uit dat de fraude het Duitse gezondheidssysteem al meer dan een miljard euro heeft gekost.

Weinig controle

De daders die maandag in Düsseldorf zijn veroordeeld, hadden het makkelijker doordat er onvoldoende controle was, stelde de rechter. Ook Duitse zorgverzekeringen klagen dat openbaar aanklagers fraudeurs in de zorg vaak niet vervolgen. “Vooral bij onderzoek op het gebied van fraude met declaraties en corruptie in de zorgsector is er vaak een gebrek aan achtergrondkennis”, zei Dina Michels, hoofd fraudeopsporing bij zorgverzekeraar Kaufmännische Krankenkasse, tegen de omroep NDR.

> 'Er is vaak een gebrek aan achtergrondkennis'

Bremen heeft daarom al een speciaal team ingesteld met medewerkers van de deelstaat-recherche, de zorgverzekeraars, de Medizinischer Dienst Bremen – de organisatie die zorgverzekeraars adviseert en de kwaliteit van de zorg controleert – en het Openbaar Ministerie. In andere deelstaten bestaat zoiets nog niet. Michels’ collega Dominik Schirmer van de AOK Bayern liet na het onderzoek van het BKA ook al aan de Bayerische Rundfunk weten dat er te weinig controle is in de thuiszorg.

Publicist en sociaal werker Claus Fussek, die als bekendste criticus van het Duitse zorgsysteem geldt, wijt het grote aantal gevallen van fraude in de thuiszorg aan de marktwerking waar het systeem aan onderhevig is. Daardoor is de zorg in Duitsland slecht gereguleerd en niet transparant, stelt hij. “Hoe kan het dat wij de zorg en onze gezondheid aan de vrije markt overlaten?”, vroeg hij aan de NDR.

De laatste jaren heeft de Duitse overheid meer ingezet op de thuiszorg, in plaats van verzorging in bejaardentehuizen. Dat leidt tot een personeelstekort en tot steeds grotere bedrijven die thuiszorg aanbieden. Ook de vergrijzing speelt daarbij een rol. Sinds de hervorming van de zorgwet begin 2017 krijgen mensen bovendien bij kleine beperkingen sneller zorg aan huis.

Fraude in Nederland

In Nederland vindt een soortgelijke ontwikkeling plaats. En ook hier is sprake van grootschalige fraude in de zorg, hoewel de patiënten meestal slachtoffer zijn in plaats van medeplichtige. Bovendien zijn de betrapte daders tot nu toe Nederlands. De fraude zich speelt zich dus niet in een besloten netwerk van migranten af, iets wat in Duitsland als bevorderende factor wordt gezien.

> Wat de gevallen van zorgfraude in Duitsland en Nederland gemeen hebben, is dat er in beide landen te weinig toezicht is op de thuiszorg

Een zorgbedrijf op de Veluwe leverde veel minder zorg aan verstandelijk gehandicapte jongeren dan waar zij recht op hadden. Ook kregen patiënten vaak een hogere indicatie dan nodig, zodat hun persoonsgebonden budget (pgb) steeg. Eind 2014 kreeg Astrid C. 42 maanden gevangenisstraf opgelegd, omdat haar twee bedrijven meer thuiszorguren in rekening hadden gebracht dan de patiënten daadwerkelijk kregen. Een schrijnend geval was dat van een uitbehandelde kankerpatiënte die thuis rond om de klok verpleegd zou worden, maar in werkelijkheid maar vier uur zorg per dag kreeg.

Wat de gevallen van zorgfraude in Duitsland en Nederland gemeen hebben, is dat er in beide landen te weinig toezicht is op de thuiszorg. Zo zijn er geen wettelijke eisen voor nieuwe zorginstellingen en hun bestuurders en bestaat de raad van toezicht van frauderende zorginstellingen vaak uit familieleden en vrienden van de bestuurder, schrijft Het Financieele Dagblad. Bovendien zijn patiënten vaak kwetsbaar, zodat ze minder snel merken dat ze te weinig zorg krijgen, en daar minder snel over klagen. Het is daarnaast makkelijk patiënten een hogere indicatie te geven. De Correspondent beschrijft hoe de marktwerking in de Nederlandse zorg de thuiszorg onder druk zet en malafide praktijken stimuleert.

Coalitieonderhandelingen

Een discussie zoals Fussek die graag wil zien, is er in Duitsland nog niet. Dinsdag is de zorg wel een van de redenen dat de coalitieonderhandelingen nog eens zijn verlengd, al gaat de discussie niet over de fraude. De SPD wil graag dat de honoraria die artsen voor de behandeling van patiënten met en zonder particuliere ziektekostenverzekering krijgen, gelijk worden getrokken. Volgens de sociaaldemocraten moet er een zogenoemde ‘burgerverzekering’ komen, die het verschil tussen de particuliere verzekeringen en het ziekenfonds opheft.

Op dit moment zijn de meeste Duitsers verzekerd via het ziekenfonds, de Krankenkasse. Daarnaast zijn er particuliere verzekeringen voor ambtenaren en mensen met een hoog inkomen. Artsen hebben een lager budget voor de behandeling van zogenoemde *Kassenpatienten*, en sommigen behandelen zelfs uitsluitend mensen met een particuliere ziektekostenverzekering.

*Dit is een artikel gedownload via duitslandinstituut.nl.*

*Artikel:*
*https://duitslandinstituut.nl/artikel/24677/zorgfraude-kost-duitse-verzekeraars-miljoenen*