



## Versicherungsbetrug im Gesundheitswesen

Suva Medical

Die grosse Mehrheit im Gesundheitswesen arbeitet verantwortungsvoll – doch einige wenige missbrauchen das System. Mit fingierten oder überhöhten Abrechnungen verursachen sie hohe Schäden. Wie die Suva solche Fälle erkennt, unterscheidet und konsequent verfolgt, zeigt ein Blick hinter die Kulissen der Betrugsbekämpfung.

26. Juni 2026

## Autorenschaft

Roger Bolt, Leiter Bekämpfung Versicherungsmissbrauch, Suva

### Potenzielle Interessenbindung

Der Autor deklariert darüber hinausgehend noch folgende wirtschaftliche oder persönliche Verbindungen:

- Keine

Mitarbeitende des Gesundheitswesens leisten relevante Arbeit. Tagtäglich arbeiten sie dafür, dass Menschen den Weg ins Leben und in den Alltag zurückfinden.

Trotz diesem grossen Engagement ist Versicherungsbetrug auch unter Leistungserbringenden eine Realität. Ein kleiner, aber aktiver Teil von Ärztinnen und Ärzten, Therapeuten, Pflegenden und Spitälern stellt der Suva absichtlich Rechnungen für Untersuchungen oder Behandlungen zu, die gar nicht durchgeführt wurden. In anderen Fällen werden überhöhte Leistungen abgerechnet, etwa indem Therapien oder Untersuchungen verrechnet werden, die medizinisch nicht notwendig sind.

### Fehler passieren

Nicht jeder Fehler in einer Leistungsabrechnung ist gleichbedeutend mit Versicherungsbetrug. Um Ungenauigkeiten frühzeitig zu erkennen und zu korrigieren, betreibt die Suva ein aktives Heilkostenmanagement. Eingehende Rechnungen werden zunächst automatisiert geprüft. Stellt das System Unstimmigkeiten fest, werden sie an Heilkostenexpertinnen und -experten weitergeleitet. Diese beurteilen anhand ihres Fachwissens, ob die Rechnung bezahlt oder zur Überarbeitung an den Rechnungssteller zurückgewiesen wird. Bei unklaren Angaben fordert die Suva zudem ergänzende Unterlagen bei den Leistungserbringenden an.

### Konsequente Kontrollen und wirksame Betrugsbekämpfung

Wer vorsätzlich unrechtmässige Leistungen bezieht, schadet nicht nur dem System, sondern wirft auch ein schlechtes Licht auf die vielen Fachpersonen im Gesundheitswesen, die täglich hervorragende Arbeit leisten. Damit diese ihre Tätigkeit ohne Generalverdacht ausüben können, toleriert die Suva keinen Versicherungsbetrug und geht konsequent dagegen vor.

Durch automatisierte Prüfungen, Vergleichsdaten und medizinische Plausibilitätskontrollen stellt die Suva Auffälligkeiten fest. Bei Unstimmigkeiten oder fehlenden Angaben werden Spezialistinnen und Spezialisten beigezogen, die vertiefte Abklärungen vornehmen und bei Bedarf Rückforderungen veranlassen. So gewinnt die Suva Klarheit darüber, ob ein Betrugsfall vorliegt. Wiederholte und bewusst falsche Abrechnungen durch Leistungserbringende werden zur Anzeige gebracht.

## Weitere Formen des Versicherungsmissbrauchs

Versicherungsbetrug beschränkt sich nicht auf Leistungserbringende, sondern kommt auch bei Suva-versicherten Personen und Betrieben vor. So liegt Versicherungsmissbrauch etwa dann vor, wenn Betriebe durch falsche oder unterlassene Lohnangaben bewusst zu tiefe Prämien bezahlen. Auch Schwarzarbeit fällt darunter: Werden Arbeitnehmende bar entlohnt, ohne dass Prämien für die Suva oder andere Sozialversicherungen abgerechnet werden, handelt es sich um Betrug.

### Wirkung konsequenter Betrugsbekämpfung

Allein im Jahr 2025 konnten durch eine zielgerichtete Betrugsbekämpfung 43,7 Millionen Franken eingespart werden. Dazu hat die Suva 2067 Fälle mit Verdacht auf Betrug untersucht. Bei insgesamt 671 abgeschlossenen Fällen hat sich der Verdacht bestätigt. Seit der Einführung der Betrugsbekämpfung 2007 konnte die Suva über 347 Millionen Franken einsparen. Damit sorgt die Suva für gerechte Leistungen und Prämien und trägt zu einem fairen Arbeitsplatz und Gesundheitsmarkt Schweiz bei.

### Beispiel für Versicherungsbetrug im Gesundheitswesen

Ein Arzt mit zwei eigenen Praxen reichte regelmässig Heilkostenabrechnungen bei der Suva ein, die auf den ersten Blick korrekt und tarifgerecht wirkten. Bei genauerer Kontrolle stellten Spezialistinnen und Spezialisten jedoch fest, dass er ungewöhnlich viele Arbeitsstunden abrechnete – teilweise mehr als 24 Stunden pro Tag und sogar an Tagen, an denen er nachweislich in den Ferien war.

Die Staatsanwaltschaft deckte auf, dass der Arzt neben korrekten Rechnungen auch gefälschte Abrechnungen eingereicht und Leistungen verrechnet hatte, die nie erbracht wurden. Insgesamt verursachte er bei mehreren Kranken- und Unfallversicherungen einen Schaden von über 2,7 Millionen Franken.

Gegen ihn wurde Strafanzeige erstattet. Er darf derzeit nicht praktizieren, muss sich vor Gericht verantworten und das unrechtmässig erhaltene Geld zurückzahlen.

#### Korrespondenzadresse

Roger Bolt  
Suva Bekämpfung  
Versicherungsmissbrauch  
roger.bolt@suva.ch