

## Pressemitteilung

# Fehlverhalten im Gesundheitswesen: AOK-Ermittler decken über 1.000 Fälle auf

## AOK-Verwaltungsrat geht von hoher Dunkelziffer in Schleswig-Holstein aus

Kiel, 29.03.2022

**Erfundene Behandlungen, manipulierte Abrechnungen oder ‚Luftleistungen‘: Die AOK NordWest setzt den Kampf gegen Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen konsequent fort. Aktuell verfolgt das Ermittlungsteam der Krankenkasse 1.026 Fälle aus allen Bereichen des Gesundheitswesens. Allein in den vergangenen zwei Jahren holten die Spezialisten Gelder in Höhe von über zwei Millionen Euro zurück. Das geht aus dem Tätigkeitsbericht 2020/2021 hervor, der heute dem AOK-Verwaltungsrat in seiner Sitzung vorgelegt wurde. „Die meisten Leistungserbringer rechnen korrekt ab. Aber schon einige wenige schwarze Schafe können ein schlechtes Licht auf den gesamten Leistungsbe- reich werfen“, sagte Dr. Jürgen Mosler, Leiter des Fachbereichs Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der AOK NordWest. Um den Betrugsfällen noch intensiver nachzugehen, fordert die AOK die Lockerungen einiger datenschutzrechtlicher Regelungen, damit relevante Daten zwischen den Sozialversicherungsträgern ausgetauscht werden können.**

Die insgesamt sieben AOK-Ermittler arbeiten eng mit anderen Krankenkassen sowie der Kriminalpolizei und den Staatsanwaltschaften zusammen. „Bestätigt sich der Verdacht der Abrechnungsmanipulation, schalten wir die Staatsanwaltschaft ein und fordern die finanzielle Wiedergutmachung des Schadens ein. Ebenfalls prüfen wir, ob eine weitere Zusammenarbeit mit dem Vertragspartner noch möglich ist“, erklärte Dr. Mosler. Der alternierende AOK-Verwaltungsratsvorsitzende und Versichertenvertreter Lutz Schäffer betonte: „Gegen die wenigen auffälligen Leistungserbringer muss konsequent und mit

aller Härte des Gesetzes vorgegangen werden. Hier handelt es sich nicht um ein Kavaliersdelikt. Denn hier werden Gelder der Solidargemeinschaft unrechtmäßig vereinnahmt und stehen damit nicht für die Versorgung der Mitglieder und Familienversicherten zur Verfügung.“ Und Johannes Heß, alternierender AOK-Verwaltungsratsvorsitzender und Arbeitgebervertreter betonte: „Wir müssen bei den Betrugsfällen von einer hohen Dunkelziffer ausgehen. Die finanziellen Folgen nicht nur für die gesetzliche Krankenversicherung sind beträchtlich.“

### **Tatbestands des ‚Beamens‘ - Ermittlungen gegen Pflegedienste**

So konnte in Schleswig-Holstein gleich in mehreren Fällen Fehlverhalten von Pflegediensten nachgewiesen werden. Dazu gehörte, dass Leistungen der Häuslichen Krankenpflege von nicht qualifizierten Pflegefachkräften durchgeführt und schließlich auch abgerechnet wurden. Auf die AOK NordWest entfiel entsprechend ihrer Betroffenheit eine Rücküberweisung in Höhe von rund 64.000 EUR. In einigen anderen Fällen haben einzelne Pflegefachkräfte zeitgleich bei mehreren Patienten und an unterschiedlichen Orten Leistungen erbracht (Tatbestand des „Beamens“). Hierbei handelte es sich teilweise um ‚Luftleistungen‘ oder auch um Leistungen, die von einer nichtqualifizierten Person erbracht und dann von einer qualifizierten Person dokumentiert und zur Abrechnung gebracht wurde. Hier forderte die AOK NordWest sämtliche entstandene Schäden zurück.

Ferner deckte die AOK im Zuge ihrer Ermittlungen auf, dass ein Physiotherapeut aus Schleswig-Holstein verschiedene Leistungen erbrachte, obwohl er nicht über die entsprechenden beruflichen Qualifikationen verfügte. Im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren konnte nach erfolgter Durchsichtung festgestellt werden, dass sämtliche eingereichten Urkunden gefälscht waren. Auch hier wurde sämtliche entstandene Schäden in Höhe von mehreren tausend Euro zurückgefordert.

### **AOK fordert gesetzliche Änderung**

Um potentiellen Betrugsfällen noch intensiver nachgehen zu können, fordert die AOK klare datenschutzrechtliche Regelungen. „Im Zuge von Ermittlungen sollte es künftig ermöglicht werden, dass die Sozialversicherungsträger relevante Daten direkt untereinander austauschen dürfen und schwarze Schafe damit noch besser ermittelt werden können“, so Dr. Mosler.

### **Geldrückflüsse aus allen Leistungsbereichen**

Die Geldrückflüsse von insgesamt über zwei Millionen Euro in den vergangenen zwei Jahren setzen sich durch erfolgreiche Rückforderungen in den folgenden

wesentlichen Bereichen zusammen: Häusliche Krankenpflege (1,1 Millionen Euro), Arznei- und Verbandsmittel (445.000 Euro), Krankenhausbehandlung (131.000 Euro), versichertenbezogene Leistungen (100.000 Euro), Pflegeversicherung (95.000 Euro).