

Pressemitteilung

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

AOK-Verwaltungsrat fordert Schwerpunktstaatsanwaltschaft für Westfalen-Lippe

Dortmund, 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 bei der Vor- stellung seines Tätigkeitsbericht 2020/2021 im AOK-Verwaltungsrat. Um den Betrugsfällen noch intensiver nachzugehen, fordert der AOK-Verwaltungsrat die Einführung von speziellen Schwerpunktstaatsanwaltschaften auch in Westfalen-Lippe, die sich ausschließlich mit Wirtschaftskriminalität im Ge- sundheitswesen befassen.

Die insgesamt sieben AOK-Ermittler arbeiten eng mit anderen Krankenkassen sowie der Kriminalpolizei und den Staatsanwaltschaften zusammen. „Bestä- tigt sich der Verdacht der Abrechnungsmanipulation, schalten wir die Staats- anwaltschaft 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-Verwaltungsrats-vorsitzende 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.“

Tatbestands des ‚Beamens‘ - Ermittlungen gegen Pflegedienste

So konnte in Westfalen-Lippe gleich in mehreren Fällen Fehlverhalten von Pflegediensten nachgewiesen werden. Dabei wurden Leistungen in der Häuslichen Krankenpflege und in der Pflegeversicherung von nicht qualifizierten Pflegefachkräften durchgeführt und schließlich auch abgerechnet. 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 Sanitätshaus überhöhte Abrechnungen von Heil- und Hilfsmitteln vorgenommen hatte, obwohl diese Leistungen nicht in der abgerechneten Menge bei den Versicherten ankamen. Nach erfolgter Durchsuchung durch die Staatsanwaltschaft und der weiteren Überprüfungen wurde sogar festgestellt, dass Produkte im großen Stil bei der AOK abgerechnet wurden, diese Produkte aber zu keinem Zeitpunkt geliefert und nicht einmal durch das Sanitätshaus selbst eingekauft wurden. Der entstandene Schaden von fast 420.000 Euro wurde von den AOK-Ermittlern zurückgefordert.

AOK-Verwaltungsrat fordert Schwerpunktstaatsanwaltschaft für Westfalen-Lippe

Um potentiellen Betrugsfällen noch intensiver nachzugehen, fordert der AOK-Verwaltungsrat für Westfalen-Lippe die Bildung einer oder mehrerer Schwerpunktstaatsanwaltschaften beziehungsweise Zentralstellen für Straftaten im Gesundheitswesen, die sich ausschließlich mit Wirtschaftskriminalität im Gesundheitswesen befassen. „Eine Zuständigkeitskonzentration im Bereich des Abrechnungsbetrugs wird bislang nicht priorisiert“, so **Johannes Heß, alternierender AOK-Verwaltungsratsvorsitzender und Arbeitgebervertreter**. Dies

wäre nicht nur bei den Staatsanwaltschaften, sondern auch bei den Gerichten und der Polizei durchaus sinnvoll. In anderen Bundesländern wie Schleswig-Holstein, Bayern oder Hessen habe sich die Einrichtung solcher Schwerpunktstaatsanwaltschaften bewährt.

AOK fordert gesetzliche Änderung

Außerdem fordert die AOK klare datenschutzrechtliche Regelungen, um potentiellen Betrugsfällen noch intensiver nachgehen zu können. „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).