

Pressemitteilung AOK PLUS

Expertenteam der AOK PLUS prüft verdächtige Fälle

14.07.2016, Dresden

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Die AOK PLUS ist aktiv bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in Sachsen und Thüringen. Seit 2004 gibt es bei der Kasse ein eigenständiges Referat mit sechs Mitarbeitern, die auf diese Tätigkeit spezialisiert sind. Nunmehr liegt der vom Gesetzgeber geforderte Bericht für die Jahre 2014/2015 vor. Herkunft der Hinweise

Insgesamt erhielten die Mitarbeiter des Referats zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 832 Hinweise, 485 in Sachsen und 347 in Thüringen, für den Zeitraum von Januar 2014 bis Dezember 2015. Jeder Hinweis wurde registriert und bearbeitet. Sie kamen zum einen aus den Fachbereichen des eigenen Hauses, wie beispielsweise die Rechnungsprüfung oder Zulassungsabteilung der AOK PLUS selbst (468) und zum anderen von Externen. So wurde die AOK PLUS in 125 Fällen von Versicherten oder Angehörigen informiert und in 61 Fällen kamen die Hinweise von den Ermittlungsbehörden. Ebenfalls besteht die Möglichkeit sich anonym an die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der AOK PLUS zu wenden. Dieses Angebot nutzten im Berichtszeitraum 51 Personen. Zusätzliche Hinweisgeber waren unter anderem auch Leistungserbringer, andere Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen.

"Abrechnungsbetrug, Fehlverhalten und Korruption fügen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hohe finanzielle Schäden zu. Geld der Beitragszahler, das nicht mehr für die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen zur Verfügung steht. Wichtiges Fazit für uns ist aber, dass die große Mehrzahl unserer Vertragspartner und Dienstleister im Gesundheitswesen hervorragende Arbeit leistet und ordnungsgemäß abrechnet. Dennoch ist die Tätigkeit des Referates sehr wichtig, denn sie wirkt auch präventiv", so Dr. Stefan Knupfer, Vorstand der AOK PLUS. Die meisten Verdachtsmomente ergaben sich in den Jahren 2014/2015 bei der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (384). Ein Beispiel dafür ist die Zusammenarbeit zwischen einem Arzt und mehreren Physiotherapiepraxen. Der Arzt stellte eine Vielzahl von Verordnungen für verschiedene Versicherte aus, welche ohne deren Wissen direkt an die beteiligten Physiotherapiepraxen gegeben wurden. Diese Verordnungen wurden dann mit der AOK PLUS abgerechnet - ohne eine Leistung zu erbringen. An zweiter Stelle steht mit 164 Verdachtsmomenten das Erschleichen von Sozialleistungen. Dazu zählt beispielsweise das Abschließen von Scheinarbeitsverträgen, um aus der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln zu können oder das Fälschen von Anträgen und Rechnungen, um höhere Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu erhalten. Am dritthäufigsten bezog sich der Missbrauchsverdacht auf fehlende Qualifikation bzw. Zulassung (106). Beispielsweise wurden in einem Pflegedienst Leistungen von nicht entsprechend qualifizierten Mitarbeitern durchgeführt, jedoch wurde in der Abrechnung gegenüber der Krankenkasse angegeben, dass die Leistungen durch eine Pflegefachkraft erbracht wurden.

Im Ergebnis der Bearbeitung durch die Fachleute der AOK PLUS konnten für den Zeitraum 2014/2015 insgesamt 2.110.078,86 EUR in das System der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgeführt werden. In diesem Betrag sind Rechnerkürzungen wegen Vertragsverstößen nicht enthalten. In 206 Fällen wurden die Ermittlungen unter Einbeziehung der Strafverfolgungsbehörden durchgeführt und in 256 Fällen ergaben die internen Ermittlungen bereits im Vorfeld, dass es sich nicht um ein Fehlverhalten im Gesundheitswesen handelt bzw. dass dieses nicht nachweisbar ist. Dazu zählen beispielsweise Fälle der Unwirtschaftlichkeit, Fahrlässigkeit oder des Irrtums. Grundsätzlich zeigt die Auswertung: Nicht hinter jedem Fall von Verdacht auf Fehlverhalten steckt ein Betrug mit strafrechtlichem Hintergrund und nicht jeder Verdacht erhärtet sich. Dennoch kommt es auch in Sachsen und Thüringen zu missbräuchlichen Verwendungen von Versichertengeldern in ausnahmslos allen Leistungsbereichen.

Weitere Informationen:

Betrug und Korruption im Gesundheitswesen kosten die Beitragszahler viel Geld. Mit dem Antikorruptionsgesetz soll dies zukünftig härter bestraft werden. Wie Olaf Schrodi, Referatsleiter Fehlverhalten/Behandlungsfehler, das Gesetz bewertet, können Sie im Presseblog unter <https://presseblog.aokplus-online.de/besondere-aufmerksamkeiten/> nachlesen.

