

Pressemitteilung AOK PLUS

Fakten und Zahlen der AOK PLUS für die Jahre 2016/2017 zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

14. November 2018

Fakten und Zahlen der AOK PLUS für die Jahre 2016/2017 zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Die AOK PLUS ist aktiv bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in Sachsen und Thüringen. Seit 2004 existiert bei der Kasse ein eigenständiges Team, das auf diese Aufgabe spezialisiert ist. In den Jahren 2016 und 2017 bearbeitete die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen insgesamt 981 Fälle. Im Ergebnis konnten für den Zeitraum knapp eine halbe Million Euro an die AOK PLUS zurückgeführt werden.

Viele neue Hinweise auf ein mögliches Fehlverhalten (682). Das Spezialistenteam erhielt zwischen 01.01.2016 und 31.12.2017 eine Vielzahl externer Hinweise (360). Diese kommen beispielsweise von betroffenen Versicherten, von ehemaligen Mitarbeitern der Leistungserbringer oder von anderen Behörden. 322 Hinweise wurden durch Mitarbeiter aus dem eigenen Haus gemeldet, welche auf Grund ihrer täglichen Arbeit und ihres Fachwissens Auffälligkeiten im Tagesgeschäft bemerken und an die zuständige Stelle weiterleiten.

Abrechnung nicht erbrachter Leistungen ist der häufigste Tatvorwurf - 292 Mal gab es einen entsprechenden Hinweis. Dabei wird durch den Täter eine Leistung gegenüber der AOK PLUS abgerechnet, welche tatsächlich nie stattgefunden hat.

An zweiter Stelle steht mit 18 Prozent das Erschleichen von Sozialleistungen. Dies geschieht primär durch Versicherte, welche beispielsweise Anträge und Rechnungen fälschen, um sich einen finanziellen Vorteil zu verschaffen. In 14 Prozent aller Fälle bezog sich der Missbrauchsverdacht auf fehlende Qualifikationen beziehungsweise Zulassungen von Leistungserbringern. So werden beispielsweise falsche Angaben bzgl. des Personals gemacht oder sogar Qualifizierungsurkunden gefälscht.

In fast der Hälfte der abgeschlossenen Fälle bestätigte sich der Vorwurf (328). Im Berichtszeitraum konnten 618 der 981 Fälle abgeschlossen werden. Die eingeleiteten Maßnahmen reichten von Abmahnung, über Vertragsstrafen und Rückforderungen, bis hin zu strafrechtlichen Verfahren. In 91 Fällen wurden die Strafverfolgungsbehörden informiert. Das sind 13 Fälle mehr als im vorangegangenen Berichtszeitraum. Von den 91 Strafverfahren konnten 31 abgeschlossen werden.

"Unser Team konzentriert sich auf Fälle, welche eine mögliche strafrechtliche Relevanz haben. Somit werden Fälle, bei denen es sich um Fehler oder Unachtsamkeiten in der Abrechnung handelt, nicht durch uns bearbeitet, sondern in den jeweiligen Fachabteilungen. Der Fokus unserer Arbeit liegt auf vorsätzlichen Taten zum Nachteil der Versichertengemeinschaft. Dabei wird jedem Hinweis sorgfältig nachgegangen, unabhängig davon, welches Schadensvolumen zu erwarten ist, denn nicht jeder Hinweis muss mit einem hohen Schaden einhergehen. Besonders die Rückforderung hoher Schäden gestaltet sich in der Durchsetzung schwierig", so Olaf Schrodi, Leiter der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der AOK PLUS.

