

## 2,2 Millionen Euro für Versicherte zurückgeholt

„Betrug gibt es im Gesundheitswesen genauso wie in allen anderen Bereichen der Gesellschaft“, sagt Günter Wältermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. „So werden zum Beispiel Leistungen bei den Kranken- und Pflegekassen geltend gemacht, die gar nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang erbracht worden sind.“ Besonders deutlich haben die Betrugsfälle in der häuslichen Krankenpflege zugenommen. Das zeigen die Ergebnisse des aktuellen Tätigkeitsberichts der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, der heute vom Verwaltungsrat der AOK Rheinland/Hamburg verabschiedet wurde.

516 neuen Verdachtsfällen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens ging die AOK Rheinland/Hamburg in den vergangenen zwei Jahren nach. Bei 144 dieser Fälle steht der Betrug durch ambulante Pflegedienste im Fokus. Die Zahl hat sich im Vergleich zum vorhergehenden Berichtszeitraum verdoppelt. Neben mehr Selbstanzeigen sind vor allem neue gesetzliche Regelungen die Ursache für diesen Anstieg: Durch das Dritte Pflege-stärkungsgesetz hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) seit Januar 2017 auch die Möglichkeit, Abrechnungs- und Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege durchzuführen. „Pflegebedürftige und ihre Angehörigen dürfen nicht Opfer betrügerischen Handelns sein“, erklärt Günter Wältermann. „Dabei helfen diese Kontrollmöglichkeiten.“

Erst Anfang des Jahres hatte ein Gerichtsurteil gegen Verantwortliche von mehreren Pflegediensten für Aufsehen gesorgt. Diese hatten systematisch Pflegeleistungen abgerechnet, die gar nicht oder nur teilweise erbracht worden waren. Der AOK Rheinland/Hamburg entstand dadurch ein Schaden von etwa einer Million Euro. Bei einem anderen Betrugsfall fiel den Mitarbeitern der AOK Rheinland/Hamburg auf, dass ein intensivmedizinischer Pflegedienst Leistungen abrechnete, obwohl der Patient in dieser Zeit stationär behandelt wurde. Hier betrug der Schaden der AOK Rheinland/Hamburg ca. 180.000 Euro. Die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen deckte auch einen Leistungsbetrug mit der elektronischen Gesundheitskarte auf: So zahlte die AOK Rheinland/Hamburg Krankenhauskosten für einen Unbekannten, der bei der Aufnahme ins Krankenhaus die elektronische Gesundheitskarte eines Versicherten vorgelegt hatte. Den entstandenen Schaden in Höhe von 80.000 Euro erhielt die AOK Rheinland/Hamburg von dem betreffenden Krankenhaus zurück.

Um Hinweise auf Straftaten effektiver zu verfolgen, fordert die AOK auch in Nordrhein-Westfalen und Hamburg die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Straftaten im Gesundheitswesen. Derartige Staatsanwaltschaften gibt es bereits in Bayern, Thüringen und Hessen. „Schwerpunktstaatsanwaltschaften und zentrale Ermittlergruppen bei der Polizei sind aufgrund der häufig komplizierten Rechtslage und der entsprechend schwierigen Beweisführung dringend notwendig“, fordert der Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland/Hamburg. „Der erschütternde Fall des Apothekers in Bottrop, der in großem Umfang Krebsmedikamente zu niedrig dosiert haben soll, zeigt die besondere Tragweite von kriminellem Handeln im Gesundheitswesen.“

Hintergrund: Seit 2004 sind die Kranken- und Pflegekassen sowie ihre Verbände gemäß § 197a SGB V gesetzlich dazu verpflichtet, eigene Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten. Dort können alle Hinweise auf Unregelmäßigkeiten oder eine rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln gemeldet werden. Bei der AOK Rheinland/Hamburg kümmert sich ein Team von sechs Mitarbeitern um diese Aufgabe.