

Pressemitteilung

Fehlverhalten im Gesundheitswesen: AOK-Ermittlungsteam holt 3,8 Millionen Euro zurück

Fallzahlen nach Corona wieder deutlich angestiegen – AOK-Verwaltungsrat fordert Schwerpunktstaatsanwaltschaft für Westfalen-Lippe

Dortmund, 19.03.2024

Nicht erbrachte Leistungen, gefälschte Rezepte, erfundene Behandlungen, fehlende Qualifikationen oder manipulierte Abrechnungen: Die AOK NordWest setzt den Kampf gegen Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen weiter konsequent fort. Allein in den vergangenen zwei Jahren holten die AOK-Spezialisten Gelder in Höhe von fast vier Millionen Euro zurück. Das geht aus dem Tätigkeitsbericht 2022/2023 hervor, der heute dem AOK-Verwaltungsrat in seiner Sitzung vorgelegt wurde. Daraus geht hervor, dass das Ermittlungsteam der Krankenkasse aktuell über 1.300 Fälle aus allen Bereichen des Gesundheitswesens verfolgt. Um den Betrugsfällen noch intensiver nachzugehen, forderte der AOK-Verwaltungsrat mehr Spezialeinheiten der Polizei und die Einführung von speziellen Schwerpunktstaatsanwaltschaften in Westfalen-Lippe, die sich ausschließlich mit Wirtschaftskriminalität im Gesundheitswesen befassen. „Eine Zuständigkeitskonzentration im Bereich des Abrechnungsbetrugs wird bislang nicht priorisiert. Das sollte künftig geändert werden“, sagte Johannes Heß, alternierender AOK-Verwaltungsratsvorsitzender und Arbeitgebervertreter.

Mehr Ermittlungsfälle nach Corona-Pandemie

Aktuell verfolgt das siebenköpfige Ermittlungsteam der AOK NordWest insgesamt 1.362 Fälle aus allen Bereichen des Gesundheitswesens. Das ist ein Anstieg gegenüber dem letzten Tätigkeitsbericht 2020/2021 um 32,8 Prozent. „Wir führen dies auch auf die Corona-Pandemie zurück, da in dieser Zeit unter anderem die Qualitäts- und

Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes ausgesetzt wurden und die Hinweisprüfungen und die Ermittlungen von Neufällen nur verzögert möglich waren“, sagte Dr. Jürgen Mosler, Leiter des Fachbereichs Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der AOK NordWest. Das AOK-Ermittlungsteam arbeitet eng mit anderen Krankenkassen sowie der Kriminalpolizei, den Hauptzollämtern 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 AOK-Chefermittler wies darauf hin, dass die meisten Leistungserbringer korrekt abrechnen. Aber schon einige wenige schwarze Schafe können ein schlechtes Licht auf den gesamten Leistungsbereich werfen.

Konsequentes Vorgehen mit aller Härte des Gesetzes

Der alternierende **AOK-Verwaltungsratsvorsitzende und Versichertenvertreter Lutz Schäffer** betonte: „Jedes Jahr gehen durch Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen hohe Millionenbeträge verloren. Dieses Geld versickert in dunkle Kanäle und steht damit nicht für die medizinische Versorgung der Versicherten zur Verfügung.“ Hinzu komme, dass die Gesundheit und mitunter sogar das Leben von Versicherten aufs Spiel gesetzt werden, wenn Behandlungen ohne die erforderliche Qualifikation durchgeführt würden. „Deshalb muss gegen die wenigen auffälligen Leistungserbringer konsequent und mit aller Härte des Gesetzes vorgegangen werden“, sagte Schäffer.

Gefälschte Abrechnungen von Pflegediensten

Bei den meisten Fällen von Betrug haben erneut gefälschte Abrechnungen eine Rolle gespielt. Oft haben zum Beispiel Pflegedienste in Westfalen-Lippe Leistungen abgerechnet, die nie erbracht wurden. Oder die Dienste gaben die Qualifikation ihres Personals falsch an und berechneten zu hohe Kosten. In einigen anderen Fällen haben einzelne Pflegefachkräfte zeitgleich bei mehreren Patienten und an unterschiedlichen Orten Leistungen erbracht (Tatbestand des „Beamens“). Hier forderte die AOK NordWest sämtliche entstandene Schäden zurück.

Physiotherapie ohne Qualifikation erbracht

In einem weiteren Fall wurden in einer Physiotherapiepraxis in Westfalen-Lippe Leistungen wie manuelle Therapie und Lymphdrainage von Mitarbeitenden erbracht ohne die entsprechende Qualifikation hierfür besessen zu haben. Der entstandene Schaden von rund 160.000 Euro wurde von den AOK-Ermittlern auch im Auftrag der anderen Krankenkassen zurückgefordert.

AOK fordert gesetzliche Änderung und Nutzung von KI

Außerdem fordert die AOK klare datenschutzrechtliche Regelungen, um potentiellen Betrugsfällen noch intensiver nachgehen zu können. „Im Zeitalter der Digitalisierung könnte auch durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz und maschinellen Lernens Fehlverhalten im Gesundheitswesen verhindert werden. Im Zuge von Ermittlungen sollte es künftig zudem ermöglicht werden, dass die Sozialversicherungsträger relevante Daten direkt untereinander austauschen dürfen und Abrechnungsbetrug und Korruption damit noch besser aufgedeckt werden könnten“, so Dr. Mosler.

Geldrückflüsse aus allen Leistungsbereichen

Die Geldrückflüsse von insgesamt rund 3,8 Millionen Euro in den vergangenen zwei Jahren setzen sich durch erfolgreiche Rückforderungen in den folgenden wesentlichen Bereichen zusammen: Arznei- und Verbandsmittel (2,3 Millionen Euro), Häusliche Krankenpflege (636.000 Euro), ärztliche Leistungen (328.000 Euro), versichertenbezogene Leistungen (281.000 Euro), Heilmittel (110.000 Euro) und zahnärztliche Leistungen (72.000 Euro)