

Pressemitteilung

Mehr Betrugsfälle im Gesundheitswesen – AOK holt 7,5 Millionen Euro zurück

Fallzahlen deutlich gestiegen

Kiel, 17. März 2026

Der Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen nimmt weiter zu. Das geht aus dem aktuellen Tätigkeitsbericht 2024/2025 der AOK NordWest hervor, der heute dem AOK-Verwaltungsrat in seiner Sitzung vorgelegt wurde. Danach verfolgt das siebenköpfige AOK-Ermittlungsteam aktuell in Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe zusammen 1.670 Fälle. Das ist ein Anstieg gegenüber dem letzten Tätigkeitsbericht 2022/2023 um 22,6 Prozent (1.362 Fälle). Dabei wurden Gelder in Höhe von fast 7,5 Millionen Euro zurückgeholt, fast doppelt so viel wie im Vergleich zu den beiden Jahren zuvor mit fast vier Millionen Euro. „Wir führen den Anstieg der Fälle zum einen auf vermehrte Anzeigen durch Dritte aufgrund der allgemeinen Sensibilisierung bei Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen zurück. Ferner werden aufgrund unserer langjährigen Erfahrungen nunmehr konsequente Prüfungen auch bei zunächst nicht auffälligen Abrechnungen durchgeführt“, sagte Dr. Jürgen Mosler, Leiter des Fachbereichs Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der AOK NordWest.

Die Liste der Vorwürfe ist lang

Nicht erbrachte Leistungen, gefälschte Rezepte, erfundene Behandlungen, fehlende Qualifikationen oder manipulierte Abrechnungen. Die Liste der Vorwürfe für Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist lang. Dagegen geht die AOK NordWest konsequent vor. Dabei arbeitet das AOK-Ermittlungsteam 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.

Gegen Betrugsdelikte entschlossen und konsequent vorgehen

Der **alternierende AOK-Verwaltungsratsvorsitzende und Versichertenvertreter Lutz Schäffer** betonte: „Jahr für Jahr entstehen dem Gesundheitswesen durch Abrechnungsbetrug und Korruption Schäden in Millionenhöhe. Mittel, die eigentlich für die Versorgung der Versicherten vorgesehen sind, werden zweckentfremdet und entziehen dem System dringend benötigte Ressourcen. Zugleich geraten Gesundheit und mitunter sogar das Leben von Patientinnen und Patienten in Gefahr, wenn Behandlungen ohne die erforderliche fachliche Qualifikation durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, gegen das gravierende Fehlverhalten einzelner Leistungserbringer entschlossen und mit der gebotenen Konsequenz des Rechtsstaats vorzugehen.“

Um den Betrugsfällen noch intensiver nachzugehen, **forderte Johannes Heß, alternierender AOK-Verwaltungsratsvorsitzender und Arbeitgebervertreter**, mehr Spezialeinheiten der Polizei und die bundesweit flächendeckende Einführung von speziellen Schwerpunktstaatsanwaltschaften, 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. In Schleswig-Holstein und wenigen anderen Bundesländern habe sich die Einrichtung solcher Schwerpunktstaatsanwaltschaften bewährt.

Gefälschte Abrechnungen in der Pflege

Bei den meisten Fällen von Betrug spielten erneut gefälschte Abrechnungen eine Rolle. Oft haben zum Beispiel Pflegedienste in Schleswig-Holstein 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.

Zahnarzt rechnete in vielen Fällen nicht erbrachte Leistungen ab

In einem weiteren Fall wurde Strafanzeige gegen einen Zahnarzt in Schleswig-Holstein gestellt. Hier besteht gleich in mehreren Fällen der Verdacht, dass nicht erbrachte Leistungen gegenüber der AOK NordWest abgerechnet wurden. Diese Auffälligkeiten werden insbesondere durch die vom Zahnarzt erstellten Heil- und Kostenpläne bestätigt, die von der tatsächlichen Situation im Mund der Patienten zum Teil erheblich abweichen. Darüber hinaus konnten auch Manipulationen des

Zahnarztes festgestellt werden, die dieser vornahm, um einer Gewährleistung hinsichtlich des von ihm erbrachten Zahnersatzes zu entgehen.

Rezeptfälschungen für ‚Abnehmspritzen‘

Von besonderer Bedeutung sind auch die bundesweit aufgetretenen Rezeptfälschungen bei den sogenannten ‚Abnehmspritzen‘. Diese sind zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur abrechnungsfähig, sofern der Patient aufgrund seiner Diabeteserkrankung und unter bestimmten Voraussetzungen diese Spritzen benötigt. Zunehmend werden diese jedoch auch zur Gewichtsabnahme eingesetzt. Dann sind sie vom Versicherten selbst zu bezahlen. Vor diesem Hintergrund ist ein nicht unerheblicher ‚Schwarzmarkt‘ entstanden, den gut strukturierte Täterkreise bedienen, um durch Rezeptfälschungen in Apotheken, zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen, die begehrten Medikamente zu erhalten und illegal weiter zu verkaufen. Dadurch ist allein der AOK NordWest bislang ein Schaden in Höhe von rund 345.000 Euro entstanden. Sämtliche Rezeptfälschungen hat die AOK NordWest zum Anlass genommen, Strafanzeige zu stellen.

AOK fordert gesetzliche Änderung durch Nutzung von KI

Um potenziellen Betrugsfällen noch intensiver nachgehen zu können, fordert die AOK klare datenschutzrechtliche Regelungen. „Dabei könnte auch durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz 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 7,5 Millionen Euro in den vergangenen zwei Jahren setzen sich durch erfolgreiche Rückforderungen in den folgenden wesentlichen Bereichen zusammen: Arznei- und Verbandsmittel (3,63 Millionen Euro), Häusliche Krankenpflege (2,8 Millionen Euro), versichertenbezogene Leistungen (367.000 Euro), Heilmittel (340.000 Euro), zahnärztliche Leistungen (46.000 Euro), Hilfsmittel (45.000 Euro) und ärztliche Leistungen (9.800 Euro).

Hinweise zu Fehlverhalten im Gesundheitswesen nimmt die AOK NordWest unter Telefon 0800 2655-505780, per E-Mail an bekaempfung_von_fehlverhalten@nw.aok.de oder im Internet unter aok.de/nw entgegen.