



7. Januar 2021

Pressemitteilung

Fehlverhalten im Gesundheitswesen: AOK holt 37 Millionen Euro zurück

Berlin. Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen – insbesondere Korruption, Abrechnungsbetrug und Manipulationen von Abrechnungen – werden dem Gesundheitssystem immense Finanzmittel entzogen, die den Krankenkassen nicht mehr zur Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung stehen. Die AOK-Gemeinschaft hat in den Jahren 2018/2019 Schäden von mehr als 37 Millionen Euro für ihre Versicherten zurückgeholt, die durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen entstanden sind. Laut dem aktuell veröffentlichten Bericht des AOK-Bundesverbandes zum Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind das rund zehn Millionen Euro mehr als im vorangegangenen Berichtszeitraum 2016/2017. Zum zweiten Mal in Folge ist damit ein Höchststand erreicht worden. „Wir müssen jedoch von einer weitaus höheren Dunkelziffer ausgehen. Die Folgen sind nicht nur für die AOK-Gemeinschaft beträchtlich“, sagt Dr. Volker Hansen, Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes für die Arbeitgeberseite. Durch die Verfolgung von Fällen, die in den elf AOKs aufgedeckt und zur Anzeige gebracht wurden, konnte das Geld direkt wieder der Kranken- und Pflegeversicherung zurückerstattet und damit zur Versorgung der Mitglieder und Familienversicherten eingesetzt werden.

Um wirksam gegen Korruption und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen vorgehen zu können, fordert der AOK-Bundesverband, Schwerpunktstaatsanwaltschaften beziehungsweise Zentralstellen für Straftaten im Gesundheitswesen in allen Bundesländern zu schaffen. „Damit können potenzielle Betrugsfälle



noch nachhaltiger erkannt und bearbeitet werden“, so Knut Lambertin, Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes für die Versichertenseite. In acht Bundesländern habe sich die Einrichtung solcher Schwerpunktstaatsanwaltschaften bereits bewährt. „Grundsätzlich müssen einmal identifizierte Betrugsmuster bei der Weiterentwicklung des gesetzlichen Handlungsrahmens so berücksichtigt werden, dass diese Betrügereien künftig verhindert werden. Nur so ist es möglich, dass die AOKs ihre Aufgabe zum Schutz der Mitglieds- und Arbeitgeberbeiträge erfüllt. Die AOK liefert im Interesse der Solidargemeinschaft mit dem vorliegenden Bericht dafür wichtige Impulse“, sagt Knut Lambertin.

Ein besonders starker Anstieg wurde im Bereich der Pflegeleistungen verzeichnet. Die Summe der Forderungen ist hier von 7,5 Millionen Euro um 69,2 Prozent auf 12,69 Millionen Euro gestiegen. Davon entfallen allein 9,78 Millionen Euro auf Fehlverhaltensfälle in der Häuslichen Krankenpflege. An zweiter Stelle steht mit 8,78 Millionen Euro der Bereich Arzneimittel, gefolgt von den Bereichen Heilmittel (4,46 Millionen Euro) und Krankenhausbehandlung (3,81 Millionen Euro). Darunter rangieren beispielsweise Hilfsmittel (1,87 Millionen Euro) und ärztliche Leistungen (1,39 Millionen Euro).

In den Jahren 2018 und 2019 wurden innerhalb der AOK-Gemeinschaft insgesamt mehr als 11.000 neu eingegangene Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen erfasst. Mit den neuen Hinweisen und den noch nicht abgeschlossenen Fällen aus der vorangegangenen Berichtsperiode haben die elf AOKs mehr als 15.000 Fälle verfolgt. Neben dem Leistungsbereich, in dem der Schaden für die AOKs entstanden ist, wird im vorliegenden Bericht erstmals auch berücksichtigt, welchem Bereich der Verursacher des Schadens zuzuordnen ist. Bei mehr als 1500 neuen Fällen (16 Prozent) ist die Staatsanwaltschaft informiert worden. Dabei handelt es sich um Fälle, bei denen nach Ansicht der AOK ein Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung besteht. Im Vergleich



zum Berichtszeitraum 2016/2017 sind das fast 100 Fälle mehr.

So sorgte beispielsweise in Bayern ein organisierter Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege im Herbst 2019 bundesweit für Aufsehen. Die Ermittlungen richteten sich gegen 68 Beschuldigte bei 13 Pflegediensten. Diese sollen gegenüber den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen Leistungen im großen Stil abgerechnet haben, die tatsächlich nicht erbracht wurden. Versicherten sollen als Gegenleistungen für ihre Teilnahme Schmier- und Schweigegelder gezahlt worden sein. Der Schaden zulasten der Kranken- und Pflegekassen, der Sozialhilfeträger und nicht zuletzt der Beitragszahlenden geht vermutlich weit in den Millionenbereich. Die Strafverfahren gegen die Täter sind noch nicht abgeschlossen. „Diese und andere Fälle zeigen, dass eine weitere Konkretisierung von rechtlichen Regelungen für die Abrechnung von Leistungen der ambulanten Pflege notwendig ist, um Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch zu vermeiden“, so Dr. Volker Hansen.

Um Hinweisen nachgehen und Fälle erfolgreich ermitteln und abschließen zu können, arbeiten die Fehlverhaltensstellen der AOKs untereinander, aber auch mit anderen Kassenarten sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene eng zusammen. „Auch künftig werden wir mit vereinten Kräften gegen Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen vorgehen. Denn nichts ist unsozialer als das Ausnutzen des solidarischen Sozialsystems“, sagt Dr. Volker Hansen.

Der Bericht über die Arbeit und die Ergebnisse der AOK-Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen steht zum Download auf der Internetseite des AOK-Bundesverbandes:

https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2021/index_24198.html

KONTAKT UND INFORMATION

Ines Klut | 030 346 46 22 11 | 0174 185 15 90 | presse@bv.aok.de
AOK-Bundesverband | Rosenthaler Straße 31 | 10178 Berlin