

Pressemitteilung

Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Weniger neue Fälle, aber höhere Schadenssumme

AOK Bayern fordert bundesweite Datenbank zur Betrugsprävention

München, 27. Juli 2022

Insgesamt 4.171 Verdachtsfälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hat die AOK Bayern in den Jahren 2020 und 2021 bearbeitet – darunter 2.494 Neufälle und 1.677 Bestandsfälle. Das zeigt ihr aktuell vorliegender Bericht zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

„An jedem Arbeitstag gingen mehr als sechs neue Fälle mit Verdacht auf Abrechnungsbetrug, Korruption, Bestechung oder Bestechlichkeit ein“, sagt Frank Firsching, Vorsitzender des Verwaltungsrats der AOK Bayern. Im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum 2018/2019 haben die Neufälle um rund ein Drittel abgenommen. Ein Grund waren die eingeschränkten Kontrollen etwa bei Pflegediensten während der Corona-Pandemie. Firsching sieht dennoch keinen Grund zur Entwarnung: „Abrechnungsbetrug ist kein Kavaliersdelikt. Es geht um Beitragsgelder, die für die Gesundheitsversorgung der Versicherten fehlen.“

Mit einem festgestellten Gesamtschaden von 27,9 Millionen Euro erreichte die AOK Bayern im Berichtszeitraum einen neuen Höchstwert. So hat sich die Schadenssumme im Vergleich zu 2018/2019 (12,2 Millionen Euro) mehr als verdoppelt. Insgesamt konnte Bayerns größte Krankenkasse für die Jahre 2020/2021 rund 12,3 Millionen Euro erfolgreich zurückfordern – seit Einrichtung der Fehlverhaltensstelle 2004 waren es sogar rund 107 Millionen Euro.

Positiv bewertet Dr. Irmgard Stippler, Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern, die Zusammenarbeit mit der neu eingerichteten Zentralstelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in Nürnberg. „Die in Bayern geschaffenen Strukturen sind bislang einmalig in Deutschland und ermöglichen eine gezieltere und effektivere Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.“ Handlungsbedarf sieht Dr. Stippler allerdings auf Bundesebene: „Zur Betrugsprävention fordern wir schon seit Jahren eine bundesweite Datenbank, die Betrugsfälle personenbezogen speichert.“ Beispielsweise müsse endlich zentral erfasst werden, wenn Mitarbeitende aus der Pflege wegen Abrechnungsbetrug verurteilt wurden, so Dr. Stippler. Immer noch können Betrüger einfach ein Bundesland weiterziehen und dort eine Zulassung für einen neuen Pflegedienst beantragen oder in einer verantwortlichen Tätigkeit eingesetzt werden, ohne dass die Kranken- und Pflegekassen über die kriminellen Vorgänge informiert sind.

Aus der täglichen Ermittlungsarbeit berichtet Dominik Schirmer, Beauftragter zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der AOK Bayern: „Wir beobachten, dass Betrüger immer professioneller vorgehen.“ Schirmer plädiert daher für den Einsatz von intelligenten Softwareprogrammen. „Mit komplexen Analysetools könnten Abrechnungsdaten gezielt überprüft und Betrugsmuster frühzeitig erkannt werden“, so Schirmer. Der Gesetzgeber sollte hierfür die rechtlichen Grundlagen schaffen, damit mit solchen Instrumenten auch die Abrechnungsdaten mehrerer Kassen gemeinsam geprüft werden könnten. Besonders aufwändig ist die Abrechnungsprüfung in der Pflege – hier ist immer noch Papier Standard. Um Betrügern auf die Spur zu kommen, müssen Rechnungen, Dienstpläne und Leistungsverzeichnisse oftmals einzeln per Hand kontrolliert werden. „Wir brauchen daher dringend die Verpflichtung, auch in der Pflege digital abzurechnen“, fordert Schirmer.