

Pressemitteilung

Fehlverhalten im Gesundheitswesen nimmt zu, die Fälle werden komplexer

Das Ermittlungsteam der AOK Rheinland/Hamburg berichtet: In den Jahren 2022 und 2023 ist der Gesundheitskasse durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen ein Gesamtschaden von rund 4,87 Millionen Euro entstanden.

Düsseldorf/Hamburg, 25.04.2024

Den Kranken- und Pflegekassen entstehen durch betrügerisches Verhalten und Korruption erhebliche finanzielle Schäden, die zulasten der Versicherten und Beitragszahlenden gehen. Dies zeigt der heute vorgelegte Tätigkeitsbericht der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der AOK Rheinland/Hamburg. In den Jahren 2022 und 2023 verfolgte die Gesundheitskasse insgesamt 1.485 Fehlverhaltensfälle.

Im Berichtszeitraum 2022/2023 verzeichneten die Expertinnen und Experten der Fehlverhaltensstelle insgesamt 669 neue Fälle. Zusätzlich waren 816 Bestandsfälle aus dem vorhergehenden Berichtszeitraum weiterhin in Bearbeitung oder befanden sich in laufenden Strafverfahren. Zum Vergleich: In den Jahren 2020/2021 lagen diese Zahlen bei 590 (neue Fälle) bzw. 823 (Bestandsfälle). Der festgestellte entstandene Schaden für die AOK Rheinland/Hamburg lag im aktuellen Berichtszeitraum bei rund 4,87 Millionen Euro.

„Der Fehlverhaltensbericht zeigt, dass die Zahl der Betrugsfälle im Gesundheitswesen in den vergangenen beiden Jahren nicht nur erneut gestiegen ist, sondern dass die Straftaten immer komplexer werden. Wir müssen uns darauf einstellen und effektive Wege finden, um dieser Form der Wirtschaftskriminalität Einhalt zu gebieten“, sagt Günter Wältermann, Vorstandsvorsitzender der

AOK Rheinland/Hamburg. „Deshalb brauchen wir auf Betrug und Korruption spezialisierte Einheiten in Polizei und Justiz, die die gemeldeten Fälle mit den notwendigen personellen und fachlichen Ressourcen verfolgen können.“

Die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sei nicht zuletzt eine Frage der Solidarität, da die entstandenen finanziellen Schäden unmittelbar zulasten der Versicherten und Beitragszahlenden gingen, konstatieren die Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK Rheinland/Hamburg, Wolfgang Ropertz (Vertreter der Arbeitgeberseite), und Günter Roggenkamp (Versichertenvertreter): „Der Sozialversicherung entsteht durch das kriminelle Verhalten einzelner Akteure jedes Jahr ein erheblicher finanzieller Schaden. Das dürfen wir im Namen der Solidargemeinschaft nicht zulassen.“

Besonders stark betroffen waren die Leistungsbereiche Arznei- und Verbandsmittel mit einem entstandenen Schaden in Höhe von rund 3,46 Millionen Euro sowie die häusliche Krankenpflege mit einem entstandenen Schaden in Höhe von 1,01 Millionen Euro. Täter können im Leistungsbereich Arzneimittel auch Dritte sein, die durch gefälschte Rezepte versuchen, in den Besitz von Arzneimitteln u.a. mit Abhängigkeitspotenzial zu kommen. Bei betrügerischem Verhalten in der häuslichen Krankenpflege entsteht nicht nur materieller Schaden, vielmehr kommt es – beispielsweise bei unsachgemäß durchgeführter Pflege – mitunter auch zu Mängeln und Beeinträchtigungen, die sich zulasten der Pflegebedürftigen auswirken.

„Es ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Zahl der Fehlverhaltensfälle im Gesundheitswesen wesentlich höher ist als die Zahl der bislang bekanntgewordenen Fälle. Doch in Deutschland fehlen belastbare wissenschaftliche Studien. Wir fordern daher gemeinsam mit vielen Expertinnen und Experten so genannte Dunkelfeldstudien, die uns Aufschluss über die bislang verborgene Dimension dieses Straftatbestands geben und bei dessen Bekämpfung helfen“, sagt Simone Lötzer, Fehlverhaltensbeauftragte der AOK Rheinland/Hamburg.

Darüber hinaus seien Anpassungen beim Datenschutz hilfreich, um die Ermittlungsarbeit zu verbessern, ergänzt Simone Lötzer: „Die Regelungen sollten in konkreten Verdachtsfällen den bedarfs- und verdachtsfallbezogenen Datenaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern erlauben, zwischen Kranken- und Pflegekassen sowie Rentenversicherungsträgern, Jobcentern und Arbeitsagenturen“.

20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Im Jahr 2004 wurden die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen verpflichtet, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten, die Hinweisen auf Unregelmäßigkeiten oder eine „rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln“ im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Kranken- oder Pflegekasse nachgehen. Seit 2021 bietet die AOK Rheinland/Hamburg auch einen verschlüsselten Hinweisgeberkanal an, der es ermöglicht, anonyme Meldungen abzugeben. Nähere Informationen dazu gibt es auf der

[Webseite der AOK Rheinland/Hamburg.](#)