

Abrechnungsbetrug: Schäden erreichen neuen Höchststand

- **DAK-Gesundheit entsteht in den Jahren 2022 und 2023 ein Gesamtschaden von 17,6 Millionen Euro**
- **Anstieg der Schadenshöhe um rund 40 Prozent**
- **4.000 verfolgte Fälle – rund 45 Prozent davon im Bereich Pflege**
- **DAK-Ermittlerteam fordert rund 12 Millionen Euro zurück – doppelt so viel wie 2020/2021**
- **Digitalisierung birgt Risiken, bietet aber auch Chancen**

Hamburg, 23. Juli 2024. Ein Schaden in Höhe von 17,6 Millionen Euro ist der DAK-Gesundheit durch Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen in den Jahren 2022 und 2023 entstanden – ein neuer Höchstwert. Mehr als 4.000 Fälle verfolgte das DAK-Ermittlungsteam in diesem Zeitraum, in fast jedem zweiten Fall war der Leistungsbereich Pflege betroffen. Die Spezialisten konnten in den vergangenen zwei Jahren Gelder in Höhe von 12,5 Millionen Euro zurückfordern.

Erfundene Behandlungen, manipulierte Rezepte, fehlende Qualifikationen: Auffälligkeiten gibt es in allen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens, das zeigt der Bericht der Fehlverhaltensbekämpfung 2022/2023, den die DAK-Gesundheit jetzt veröffentlicht. 45 Prozent der rund 1.500 abgeschlossenen Betrugsfälle konnten dem Bereich Pflege zugeordnet werden. Dabei am stärksten betroffen ist die Häusliche Pflege mit einer Schadenshöhe von 4,6 Millionen Euro. Hier kommt es laut Ermittlungsteam insbesondere angesichts hoher Kosten im Intensivpflegebereich und eines Mangels an qualifiziertem Personal zu dem hohen Schadensbetrag. Danach folgen die Bereiche Arznei- und Verbandsmittel mit einer Schadenshöhe von 4,5 Millionen Euro, Heilmittel (Schadenshöhe: 3,5 Millionen Euro) sowie Krankenhausbehandlungen mit einer Schadenssumme, die sich auf 1,5 Millionen Euro beläuft.

Große Mehrheit rechnet korrekt ab

„Nicht hinter jeder fehlerhaften Abrechnung steckt eine betrügerische Absicht. Es sind nur einige wenige Leistungserbringer, die durch Korruptionsversuche auffallen. Diese jedoch verursachen jedes Jahr Schäden in Millionenhöhe“, sagt André Rutkis, Leiter der Stabsstelle Revision und Fehlverhaltensbekämpfung bei der DAK-Gesundheit. „Diese

Gelder fehlen dann für die medizinische Versorgung von Versicherten. Deshalb gehen wir im Sinne unserer Versicherten, aber auch im Sinne der großen Mehrheit an Leistungserbringern, die korrekt abrechnet, konsequent und mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln gegen jede Form von Abrechnungsbetrug vor.“

Zusammenarbeit der Kassen sorgt für höhere Aufklärungsquote

In den Jahren 2022 und 2023 ist die Schadenshöhe im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum um mehr als 40 Prozent gestiegen. Lag die Schadenshöhe 2020/2021 bei 12,1 Millionen Euro, ist in den vergangenen zwei Jahren ein Schaden in Höhe von 17,6 Millionen Euro entstanden. Diesen Anstieg führt das Ermittlungsteam der DAK-Gesundheit auch auf die Zeit während der Corona-Pandemie zurück, in der die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes ausgesetzt wurden.

Ein weiterer Grund ist die stärkere Vernetzung bei der Ermittlungsarbeit mit anderen gesetzlichen Krankenkassen, durch die mehr Hinweise auf mögliche Betrugsfälle eingehen und verfolgt werden können: „Kassenartübergreifende Kooperationsvereinbarungen haben in den einzelnen Bundesländern zu einer deutlichen Intensivierung der Zusammenarbeit geführt. In der Folge können die Fälle gemeinsam effizienter und zielführender zum Abschluss gebracht werden“, erklärt Dennis Zachert, Leiter des Fachbereichs Fehlverhaltensbekämpfung bei der DAK-Gesundheit. Die Aufklärungsquote bei der drittgrößten deutschen Krankenkasse liegt derzeit bei rund 30 Prozent.

DAK-Ermittlungsteam sichert 12,5 Millionen Euro

„Insbesondere in den Bereichen Arznei- und Verbandsmittel sowie Krankenhausbehandlung fällt auf, dass wenige Fälle für hohe Schadenssummen sorgen“, sagt Zachert. So hat das DAK-Ermittlungsteam in 2022/2023 Fälle mit Schäden in Millionenhöhe nachweisen können. Auch deshalb hat sich die Summe der sogenannten gesicherten Forderungen in den vergangenen zwei Jahren von 5,36 Millionen Euro im Berichtszeitraum 2020/2021 auf 12,5 Millionen Euro in 2022/2023 mehr als verdoppelt.

Diese Rückforderungen setzen sich vornehmlich aus den folgenden Bereichen zusammen: Arznei- und Verbandsmittel (4,6 Millionen Euro), Heilmittel (3 Millionen Euro), Häusliche Pflege (1,8 Millionen Euro) und Krankenhausbehandlung (1,6 Millionen Euro).

Weniger Fälle, höhere Schadensbeträge

Insgesamt sei zu beobachten, dass die Zahl der Fälle zwar leicht sinke, es aber immer mehr Fälle mit außergewöhnlich hohen Schadenssummen gebe. Hinzu kämen deutlich komplexere Fallkonstellationen als Folge eines sich stark verändernden Gesundheitsmarktes. Zachert: „Durch die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens verändern sich auch die bekannten Betrugsmuster.“

Die Digitalisierung biete aber auch Chancen: Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz könne künftig dazu beitragen, noch mehr Betrugsfälle aufzudecken. Dafür müssen notwendige Rahmenbedingungen geschaffen werden. „Wir brauchen eine klare datenschutzrechtliche Regelung für den Einsatz von Künstlicher Intelligenz bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug“, so Zachert.

18-köpfige Ermittlungsgruppe im Einsatz

Die Stabsstelle Revision und Fehlverhaltensbekämpfung bei der DAK-Gesundheit wurde in den vergangenen 20 Jahren stetig ausgebaut. Bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen arbeitet das Ermittlungsteam nicht allein eng mit anderen Kassen, sondern auch mit den Vereinigungen der Kassenärzte und Kassenzahnärzte sowie der Kriminalpolizei und den Staatsanwaltschaften zusammen. In der Zentrale der DAK-Gesundheit bekämpft eine indes 18-köpfige Ermittlungsgruppe bundesweit den Abrechnungsbetrug im Leistungsbereich.

Die DAK-Gesundheit bietet die Möglichkeit an, einen Manipulationsverdacht zu melden. Mehr Informationen dazu sowie zum Bericht der Fehlverhaltensbekämpfung 2022/2023 auf www.dak.de/betrug