

Abrechnungsbetrug: 30 Prozent mehr neue Fälle

- **DAK-Gesundheit entsteht in den Jahren 2024 und 2025 ein Gesamtschaden von 15,6 Millionen Euro**
- **Höchster Schaden mit 5,5 Millionen Euro im Arzneimittelbereich**
- **DAK-Ermittlungsteam beobachtet zunehmend organisierte Kriminalität**

Hamburg, 25. September 2026. Betrugsfälle im Gesundheitswesen nehmen weiter zu: In den Jahren 2024 und 2025 wurden bei der DAK-Gesundheit rund 2.300 neue Fälle registriert – ein Anstieg um 30 Prozent. Dies geht aus dem aktuellen Bericht der Krankenkasse zur Fehlverhaltensbekämpfung hervor. Im zweijährigen Berichtszeitraum wurden insgesamt knapp 4.900 Fälle (Bestands- und Neufälle) von Abrechnungsbetrug verfolgt, das sind 20 Prozent mehr als in den Vorjahren. Mit 15,6 Millionen Euro liegt der entstandene Schaden auf einem konstant hohen Niveau. Am stärksten betroffen ist dabei mit 5,5 Millionen Euro der Leistungsbereich Arznei- und Verbandmittel. Außerdem auffällig: Organisierte Kriminalität spielt laut DAK-Ermittlungsteam zunehmend eine Rolle.

„Die große Mehrheit der Leistungserbringer rechnet korrekt ab. Dennoch nehmen die Fallzahlen zu und verursachen jedes Jahr Schäden in Millionenhöhe“, sagt Jürgen Schneider, Leiter der Stabsstelle Revision und Fehlverhaltensbekämpfung bei der DAK-Gesundheit. „Eine wachsende Rolle spielt dabei organisierte Kriminalität. Die Digitalisierung hat neue Betrugsmuster zur Folge. Wir beobachten mit besonderer Sorge eine zunehmende Kriminalisierung. Während in der Vergangenheit Einzeltäter oder kleinere Netzwerke im Fokus standen, agieren heute zunehmend professionell organisierte Strukturen, die gezielt Schwachstellen im System ausnutzen.“ Dieser Trend verschärfe die Problemlage erheblich. Ermittlungen würden aufwendiger, Schäden größer und die Aufklärung langwieriger.

5,5 Millionen Euro Schaden im Arzneimittelbereich

Die höchsten Schäden sind im Berichtszeitraum 2024/2025 mit 5,5 Millionen Euro im Bereich Arznei- und Verbandmittel entstanden. Ursächlich hierfür sind hauptsächlich Rezeptfälschungen. Laut Ermittlungsteam wurden insbesondere hochpreisige Krebsmedikamente sowie Antiadiposita (sogenannte Abnehmspritzen) mit gefälschten

Verordnungen abgerechnet. „Hier haben wir Betrug mit angeblichen Verordnungen im großen Stil und mit ausgeklügeltem System beobachtet“, sagt Dennis Zachert, Leiter des Fachbereichs Fehlverhaltensbekämpfung bei der DAK-Gesundheit. Allein zwischen April 2024 und November 2025 hat die DAK-Gesundheit etwa 1.000 Rezeptfälschungen mit einem Schadensvolumen von rund 1,1 Millionen Euro registriert. „Die konsequente Umsetzung des E-Rezepts kann dazu beitragen, dieser Form des Abrechnungsbetrugs entgegenzuwirken“, so Zachert.

Hälfte der Betrugsfälle im Bereich Pflege

Fast jeder zweite Betrugsfall ist dem Leistungsbereich Pflege zuzuordnen. Der Gesamtschaden beläuft sich hier auf 3,6 Millionen Euro, wovon mehr als zwei Millionen Euro auf den Bereich Häusliche Krankenpflege entfallen, rund eine Million auf die Außerklinische Intensivpflege und mehr als 600.000 Euro auf die Pflegeversicherung. Ein wesentlicher Faktor für die hohe Schadenssumme ist die Verhinderungspflege. Der grundsätzlich positiv zu bewertende vereinfachte Zugang zu dieser Leistung kommt sowohl Pflegebedürftigen als auch Pflegepersonen zugute. Er birgt zugleich jedoch ein erhöhtes Risiko für missbräuchliche Inanspruchnahme. So wurde im Berichtszeitraum zum Beispiel vermehrt ein Missbrauch durch Pflegedienste oder andere professionelle Anbieter festgestellt, bei dem etwa mehr Leistungen abgerechnet als tatsächlich erbracht wurden. Am drittstärksten ist der Leistungsbereich Fahrtkosten von Abrechnungsbetrug betroffen. Die Schadenshöhe liegt hier bei 1,8 Millionen Euro. Im Bereich Hilfsmittel beläuft sich die Schadenssumme auf 1,6 Millionen Euro sowie im Bereich Heilmittel auf 800.000 Euro.

DAK-Ermittlungsteam sichert 5,9 Millionen Euro

Mit 15,6 Millionen Euro liegt der entstandene Gesamtschaden auch im Berichtszeitraum 2024/2025 auf hohem Niveau. In 2022/2023 waren es mit 17,6 Millionen Euro knapp zwölf Prozent mehr gewesen. „Zum hohen Gesamtschadensvolumen haben erneut einige wenige Großfälle mit Millionenschäden beigetragen“, erklärt Fachbereichsleiter Dennis Zachert. Die DAK-Gesundheit konnte 5,9 Millionen Euro sichern. Wichtig: Diese sogenannten gesicherten Forderungen können auch aus Bestandsfällen aus den Jahren vor 2024 stammen. Die Bearbeitungsdauer hängt von Faktoren wie zum Beispiel etwaigen Strafverfahren und dem Ermittlungsaufwand ab, welcher u.a. durch komplexe Recherchen zu Tathergang und Schadenshöhe, laufende

Insolvenzverfahren oder auch das Untertauchen von Schuldern beeinflusst werden kann.

Die Rückforderungen setzen sich im Berichtszeitraum in erster Linie aus den folgenden Bereichen zusammen: Arznei- und Verbandmittel (2,3 Millionen Euro), Häusliche Krankenpflege (843.441 Millionen Euro), Außerklinische Intensivpflege (574.691 Euro) und Hilfsmittel (450.761 Euro). Bei der drittgrößten Krankenkasse konnten rund 23 Prozent der abgeschlossenen Verdachtsfälle nachgewiesen werden.

Rechtliche Grundlage für KI-Nutzung

Zunehmende Betrugsfälle und organisierte Kriminalität erfordern nach Einschätzung des DAK-Ermittlungsteams dringend politisches Handeln. „Durch die fortschreitende Digitalisierung ergeben sich mehr Angriffsflächen, aber auch Chancen“, so Zachert. „Künstliche Intelligenz (KI) kann sowohl zur Betrugsaufklärung als auch zur Vorbeugung von Betrugsfällen beitragen. Entsprechende Angebote sind bereits auf dem Markt. Um das darin liegende Potenzial voll ausschöpfen und kassenübergreifend anwenden zu können, braucht es jetzt eine sichere und verbindliche datenschutzrechtliche Grundlage.“

18-köpfige Ermittlungsgruppe im Einsatz

Die 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 2024/2025 auf www.dak.de/betrug