



FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN

11. BERICHT DES VORSTANDES
AN DEN VERWALTUNGSRAT ÜBER
DIE ARBEIT UND ERGEBNISSE DER
FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG

Gemäß §§ 197a SGB V
und 47a SGB XI
Berichtszeitraum
1.1.2024 bis 31.12.2025

DAK
Gesundheit
Ein Leben Lang.

03

INHALT

03 Vorwort

04

BEKÄMPFUNG VON FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN

05 Grundlagen der Fehlverhaltensbekämpfung

07 Zusammenarbeit der Krankenkassen und anderer Institutionen

09 Bericht über die Arbeit und Ergebnisse

10

FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG BEI DER DAK-GESUNDHEIT

11 Die wichtigsten Kennzahlen

16 Berichte aus der Praxis

16 Verhinderungspflege – unerlässliche Entlastung für private Pflegepersonen und zugleich Herausforderung wegen Missbrauchsrisiken

18 Pflegehilfsmittel – das Geschäft mit den Pflegehilfsmittelboxen

20 Missbrauch von Arbeitgeberaufwendungen durch vorgetäuschte Schwangerschaften

21 Außerklinische Intensivpflege im Spannungsfeld zwischen Vertrauen und Missbrauch

22 Fehlerhafte Abrechnung von Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

24 Rezeptfälschungen – Betrug mit angeblichen Verordnungen im großen Stil

26

FAZIT UND AUSBLICK

27 Entwicklungen im Berichtszeitraum

28 Impulse zur Weiterentwicklung

ANLAGEN

29

29 Gesetzestexte §§ 197a SGB V und 47a SGB XI



VORWORT

Ein leistungsfähiges und solidarisch finanziertes Gesundheitswesen lebt von Vertrauen, Rechtsstaatlichkeit und fairen Rahmenbedingungen. Die konsequente Bekämpfung von Fehlverhalten ist daher unverzichtbar, um die Integrität des Systems zu schützen und den Missbrauch von Beitragsmitteln zu verhindern.

Abrechnungsbetrug und Korruption sorgen weiterhin für hohe finanzielle Schäden bei allen Krankenkassen – so auch bei der DAK-Gesundheit. Im Rahmen unserer Ermittlungen stellen wir immer wieder fest, dass Leistungen abgerechnet wurden, die nicht erbracht oder gar nicht verordnet worden waren. In anderen Fällen wiederum wurden die Qualitätsanforderungen an das Personal unterlaufen, sodass eine Abrechnung keinesfalls hätte erfolgen dürfen.

Die Fehlverhaltensbekämpfung der DAK-Gesundheit geht jedem Hinweis nach, um Ungereimtheiten aufzuklären und die entstandenen Schäden entsprechend zu regulieren. Letztendlich handelt es sich hierbei um Beitragsgelder, die dem Gesundheitssystem entzogen werden und damit für die Versorgung der Versicherten nicht zur Verfügung stehen.

In diesem sogenannten § 197a-Bericht informieren wir Sie über die Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfung der DAK-Gesundheit für den Berichtszeitraum vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2025. Zudem geben wir Impulse zur Weiterentwicklung unserer Arbeit sowie zu präventiven Ansätzen, die sich aus unserer Sicht aus dem Tagesgeschäft ableiten lassen.

Der Bericht zeigt, dass die DAK-Gesundheit ihrem gesetzlichen Auftrag zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sehr konsequent und engagiert nachgeht. Die Zusammenarbeit mit den anderen gesetzlichen Krankenkassen sowie den Strafverfolgungsbehörden konnte im zurückliegenden Berichtszeitraum weiter vertieft werden.

Hamburg, im Januar 2026



Jürgen Schneider

Leiter der Stabsstelle Revision
und Fehlverhaltensbekämpfung



Dennis Zachert

Leiter des Fachbereichs
Fehlverhaltensbekämpfung



BEKÄMPFUNG VON FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN

GRUNDLAGEN DER FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG

Die Fehlverhaltensbekämpfung umfasst im rechtlichen Sinne auf Basis der §§ 197a SGB V und 47a SGB XI alle Sachverhalte, die auf Unregelmäßigkeiten oder rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen hindeuten. Der Aufgabenschwerpunkt liegt daher auf der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Leistungsbereich. Zu möglichen Betrugsakteuren zählen dabei Leistungserbringer, Versicherte und Dritte sowie Arbeitgeber im Zusammenhang mit dem Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen.

WELCHE ARTEN VON LEISTUNGSMISSBRAUCH GIBT ES?

Nach aktuellen Erkenntnissen von Fehlverhaltensstellen treten insbesondere folgende Arten des Leistungsmissbrauchs auf:

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (Luftleistungen, Doppelabrechnung)
- Abrechnung nicht mit vertragsgemäßer Qualifikation erbrachter Leistungen
- Abrechnung höherwertiger Leistungen als erbracht (Aufwertung, Upcoding)
- Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen (unzulässige Delegation)
- Abrechnung anderer als der erbrachten Leistungen
- Abrechnung unwirtschaftlicher bzw. medizinisch nicht indizierter Leistungen
- Unzulässige Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer
- Urkundenfälschung, zum Beispiel Verordnungs-, Rezept- oder Zertifikatsfälschung
- Missbräuchliche Nutzung der Versichertenkarte



WELCHE MASSNAHMEN ERFOLGEN DURCH DIE FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG?

Der gesetzliche Auftrag der Fehlverhaltensbekämpfung wird durch den GKV-Spitzenverband in den „Näheren Bestimmungen“ genauer definiert. Diese regeln verbindlich Einzelheiten zur Organisation sowie Arbeitsweise der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen.

Es gehört zum gesetzlichen Auftrag, bei einem Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich die Staatsanwaltschaft einzuschalten. Die Kranken- und Pflegekassen stellen dazu entsprechende Verdachts- bzw. Strafanzeigen. Dabei steht die Fehlverhaltensbekämpfung in engem Austausch mit den Ermittlungsbehörden, beantragt Akteneinsicht und liefert notwendige Unterlagen.

Ein Anfangsverdacht besteht vor allem in Bezug auf Vermögensstraftaten wie Abrechnungs- und Computerbetrug gemäß §§ 263 und 263a StGB oder Untreue gemäß § 266 StGB. In engem Zusammenhang mit dem Betrugsvorwurf steht die Urkundenfälschung bzw. das Fälschen von Gesundheitszeugnissen gemäß §§ 276 ff. StGB. Zudem kommt den Straftatbeständen der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen gemäß §§ 299a und 299b StGB praktische Bedeutung zu.

Die Kranken- und Pflegekassen kooperieren bei der Fehlverhaltensbekämpfung mit anderen Kassen sowie weiteren Institutionen. Dabei beschränken sich die Partner nicht darauf, einzelne Hinweise zu bearbeiten, sondern es erfolgt eine umfassende, unter Umständen bundesweite Betrachtung. Über das ggf. laufende Ermittlungs- bzw. Strafverfahren hinaus prüfen die Kranken- und Pflegekassen, wie der entstandene Schaden durch die betrügerischen Akteure (Leistungserbringer, Versicherte, Dritte oder Arbeitgeber) reguliert werden kann.



WELCHE FORMEN DER SCHADENSREGULIERUNG GIBT ES?

Die Schadensregulierung kann durch Erreichung eines Titels erfolgen, der die Rechtsverbindlichkeit sicherstellt und damit für die Kranken- und Pflegekassen zu einer gesicherten Forderung wird. Hierzu gehört neben Gerichtsurteilen aufgrund einer sozialgerichtlichen Durchsetzung von Rückforderungsansprüchen auch, dass nach Abschluss eines Insolvenzverfahrens ein Tabellenauszug vollstreckbar ausgefertigt wird. Zum überwiegenden Teil

werden außergerichtliche Lösungen gefunden. Hierzu zählen beispielsweise die Aufrechnung mit bestehenden Vergütungsansprüchen, ein Vergleichsvertrag oder der Abschluss einer Schadensregulierungsvereinbarung durch Schuldanerkenntnis. Weiterhin gibt es auch im Strafverfahren die Möglichkeit einer Schadensregulierung zugunsten der Kranken- und Pflegekassen durch die Ermittlungsbehörden bzw. das Strafgericht. So kann ein Verfahren gegen Auflage einer Schadenswiedergutmachung eingestellt werden oder im Falle einer Verurteilung eine Vermögensabschöpfung erfolgen.

ZUSAMMENARBEIT DER KRANKENKASSEN UND ANDERER INSTITUTIONEN

ZUSAMMENARBEIT IM VERBAND DER ERSATZKASSEN (VDEK)

Zwischen den Ersatzkassen besteht eine Kooperationsvereinbarung, die eine weitgehend gemeinsame Bearbeitung bei der Fallverfolgung regelt. In den regelmäßig in den Bundesländern tagenden Arbeitsausschüssen „Abrechnungsmanipulation“ werden Informationen und Erkenntnisse ausgetauscht und gemeinsame Vorgehensweisen festgelegt.



Neben dem Austausch von Informationen ist ein wesentliches Merkmal der Zusammenarbeit das Federführungsprinzip. Grundsätzlich wird für jeden Fall, der in einem regionalen Ausschuss bearbeitet wird, aus dem Kreis der Ersatzkassen ein Federführer bestimmt, der im Auftrag der anderen Ersatzkassen die Maßnahmen zum Ausgleich des Gesamtschadens sowie die notwendigen strafrechtlichen Maßnahmen umsetzt. Der Verband der Ersatzkassen (vdek) übernimmt die Organisation der Ausschusssitzungen und koordiniert die erforderlichen Aktivitäten.

Auf Bundesebene ist ein „Fachausschuss Abrechnungsmanipulation“ eingerichtet, der aus den Leitern und Leiterinnen der Fehlverhaltensbekämpfung der Ersatzkassen besteht. In diesem Kreis werden sowohl regelmäßig Informationen ausgetauscht als auch einheitliche Vorgehensweisen bei bundesweiten Fällen sowie bei gemeinsam durchgeführten Sonderprüfungen vereinbart. Zudem werden Strategien festgelegt, beispielsweise hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Kassenarten und deren Verbänden oder auch zur Positionierung der Ersatzkassen in den Gremien des GKV-Spitzenverbands.

KASSENARTENÜBERGREIFENDE KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN

In den Bundesländern arbeiten die Ersatzkassen auf Basis von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Kassenarten und -verbänden zusammen. Diese Vereinbarungen unterscheiden sich sowohl inhaltlich (gemeinsame Bekämpfung von Fehlverhalten in allen Leistungsbereichen oder lediglich Fokussierung auf einzelne Leistungsbereiche beispielsweise in der Pflege) als auch in puncto Intensität der Zusammenarbeit (arbeitsteilige Zusammenarbeit oder lediglich allgemeiner Informationsaustausch, Kooperationsvereinbarung oder Eckpunktepapier).

Kooperationsvereinbarungen über Kassenarten hinweg haben sich als entscheidender Erfolgsfaktor für die Fehlverhaltensbekämpfung erwiesen und werden deshalb laufend ausgebaut und weiterentwickelt.



Übersicht der beteiligten Kassenarten

DIE ROLLE DES GKV-SPITZENVERBANDS

Beim GKV-Spitzenverband (GKV-SV) ist die Arbeitsgruppe „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ eingerichtet worden. Sie wird derzeit durch einen beim GKV-SV gemäß § 197a Abs. 1 SGB V beauftragten Mitarbeiter geleitet und besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen Kassenverbände. An den Sitzungen der Arbeitsgruppe nehmen Vertreterinnen und Vertreter aller Kassenarten teil. Für die DAK-Gesundheit erfolgt die Vertretung durch den vdek sowie eine weitere Ersatzkasse. Die DAK-Gesundheit bringt sich hier regelmäßig mit Stellungnahmen ein und nimmt bei besonderen Anlässen auch an Sitzungen teil.

Am 20. und 21. November 2025 fand in der Zentrale des GKV-SV ein Erfahrungsaustausch statt, an dem Vertreterinnen und Vertreter diverser Krankenkassen und der Strafverfolgungsbehörden beteiligt waren.



DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind gemäß § 81a SGB V ebenfalls verpflichtet, eigene Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten. In einigen Bundesländern nehmen Vertreterinnen und Vertreter punktuell an den Sitzungen der Arbeitsausschüsse teil.

Die Schadensregulierungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten erfolgen durch sachlich-rechnerische Berichtigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dabei werden festgestellte finanzielle Schäden bei der DAK-Gesundheit überwiegend nicht durch direkte Rückzahlung ausgeglichen, sondern das zu zahlende ärztliche Honorar wird bei zukünftigen Abrechnungen korrigiert. Schäden aus von ärztlicher Seite zu Unrecht ausgestellten Verordnungen werden über Anträge auf sonstigen Schaden bei den gemeinsamen Prüfeinrichtungen der Länder durch die Fehlverhaltensbekämpfung regressiert.

ZUSAMMENARBEIT MIT DEN STRAFVERFOLGUNGSBEHÖRDEN

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn eine Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung bestehen könnte.

Das zugrunde liegende Sozialversicherungsrecht ist äußerst komplex und die gesetzlichen Rahmenbedingungen ändern sich ständig. Bei Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens handelt es sich um eine Spezialmaterie. Staatsanwaltschaften verfügen häufig nicht über entsprechende Fachkenntnisse der sozialgesetzlichen Vorschriften oder vertraglichen Vereinbarungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und sind daher auf das Fachwissen der Krankenkassen angewiesen. Sie stehen auch aufgrund knapper Ressourcen einer Zusammenarbeit offen gegenüber. Der Begriff „Zusammenarbeit“ muss hier allerdings differenziert betrachtet werden, da die Behörden, obwohl sie mit den Krankenkassen zum Teil „an einem Tisch sitzen“, bei ihren Ermittlungen diesen gegenüber grundsätzlich das Neutralitätsprinzip wahren müssen.

In einigen Bundesländern kommt es in Form sogenannter runder Tische zu regelmäßigen Treffen von Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, der Staatsanwaltschaften sowie der polizeilichen Ermittlungsbehörden, um allgemeine Informationen und Erfahrungen auszutauschen.



BERICHT

ÜBER DIE ARBEIT UND ERGEBNISSE

Die Vorstände der Kranken- und Pflegekassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, dem jeweiligen Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfung zu berichten.



9

VERGLEICHBARKEIT DURCH EINHEITLICHE KENNZAHLEN UND BERICHTSZEITRÄUME

Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, hat der GKV-SV genau definiert, welche Kennzahlen für welchen Zeitraum zusammengestellt werden sollen. Das einheitliche Berichtswesen umfasst im Wesentlichen die folgenden Zahlen, die sich auf den jeweiligen Berichtszeitraum beziehen:

- Eingegangene Hinweise (intern/extern)
- Verfolgte Fälle (Bestandsfälle/Neufälle)
- Abgeschlossene Fälle (inkl. nachgewiesener Fälle)
- Entstandener Schaden
- Gesicherte Forderungen
- Unterrichtung der Staatsanwaltschaft
- Betroffene Leistungserbringer bzw. Versicherte oder Dritte



Alle genannten Kennzahlen werden zudem einem Leistungsbereich zugeordnet wie etwa Ärztliche Leistungen, Heilmittel oder Häusliche Krankenpflege, um entsprechende Auffälligkeiten bzw. Schwerpunkte identifizieren zu können.



FEHLVERHALTENS- BEKÄMPFUNG BEI DER DAK-GESUNDHEIT

DIE WICHTIGSTEN KENNZAHLEN

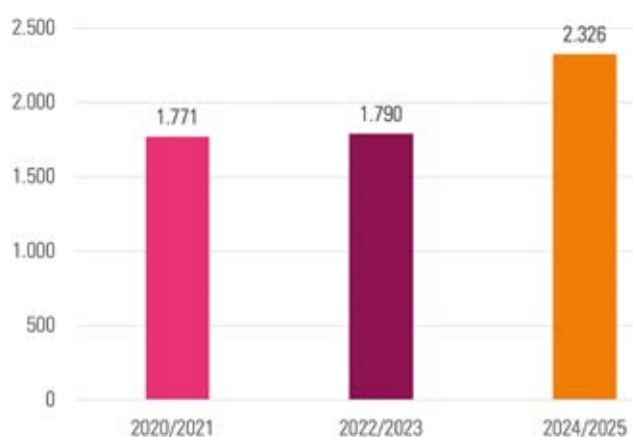
Wie sich die Fallzahlen und das finanzielle Gesamtvolumen der Fehlverhaltensbekämpfung bei der DAK-Gesundheit seit dem Berichtszeitraum 2020/21 entwickelt haben, fassen wir im Folgenden zusammen. Der GKV-SV veröffentlicht zum Berichtszeitraum 2024/2025 einen entsprechenden Gesamtbericht für alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen.

EINGEGANGENE HINWEISE

Die Kennzahl zu den eingegangenen Hinweisen beinhaltet sowohl interne als auch externe Hinweise, die der Fehlverhaltensbekämpfung im Berichtszeitraum gemeldet wurden.

Die Anzahl der eingegangenen Hinweise ist im Vergleich zu 2022/23 um 29,94 Prozent gestiegen. Dies ist auch auf die Tatsache zurückzuführen, dass sich Fälle häufen, die der organisierten Kriminalität zuzuordnen sind. Diese Fälle zeichnen sich unter anderem dadurch aus, dass die Betrugsakteure bundeslandübergreifend oder teilweise im gesamten Bundesgebiet agieren. Aufgrund dieser räumlichen Ausdehnung geht eine Vielzahl von Hinweisen ein, die anschließend jeweils dem richtigen Fall zugeordnet werden müssen.

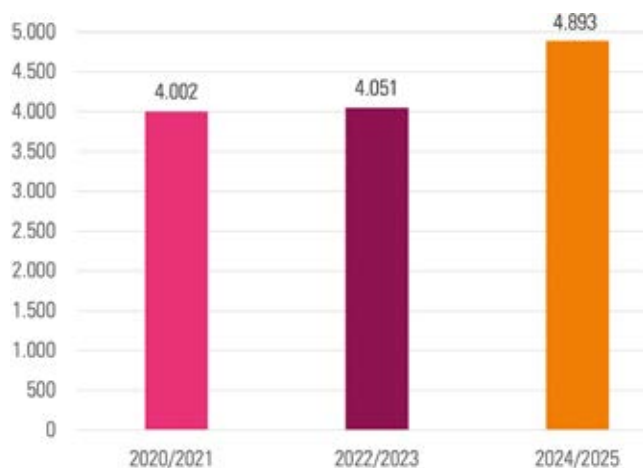
Zu den Hinweisgebern zählen weiterhin Versicherte, deren Angehörige oder auch ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Leistungserbringern. Neue Fälle ergeben sich zudem in den regionalen Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen sowie durch Anfragen zu Ermittlungen der Kriminalpolizei oder der Staatsanwaltschaften.



Insgesamt hat der Fachbereich Fehlverhaltensbekämpfung nur eingeschränkte Möglichkeiten, die Entwicklung der Hinweiszahl zu beeinflussen. Interne Hinweise ergeben sich insbesondere durch den regelmäßigen Austausch mit den besonders betroffenen Fachbereichen wie Pflege, Arznei- oder Heilmittel.

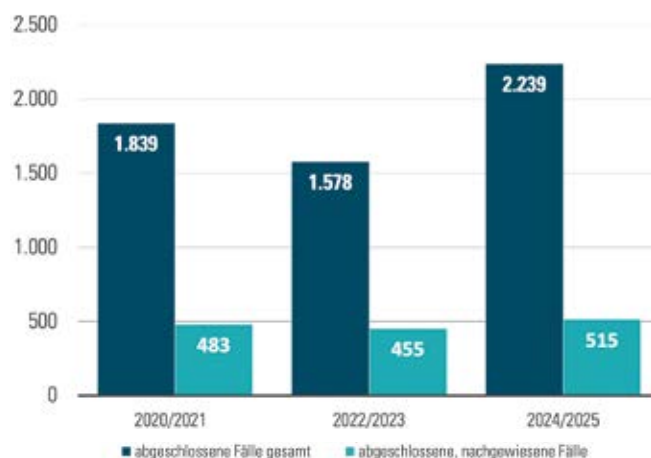
VERFOLGTE FÄLLE

Die im Berichtszeitraum insgesamt verfolgten Fälle schließen neue sowie bestehende und im Berichtszeitraum noch offene Fälle aus den vorangegangenen Jahren (vor 2024, sogenannte Bestandsfälle) mit ein.



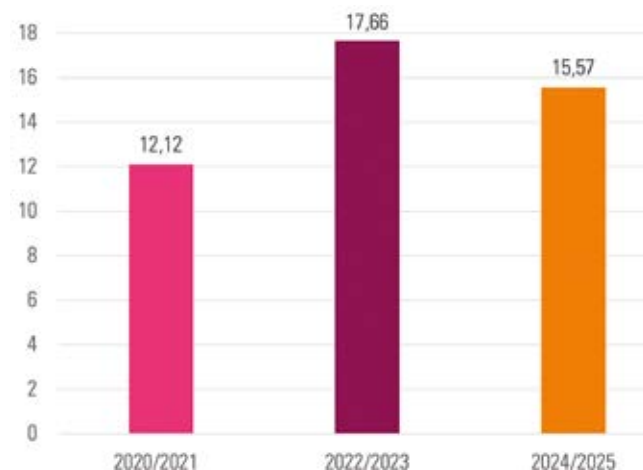
Die Anzahl der verfolgten Fälle ist im Vergleich zum letzten Bericht um 20,78 Prozent gestiegen. Im Vergleich zum Anstieg der Hinweiszahlen ist zu berücksichtigen, dass insbesondere bei organisierter Kriminalität eine Vielzahl einzelner Hinweise auf einen einzigen Fall entfällt. All diese Hinweise müssen zunächst erfasst, geprüft und dann dem jeweiligen Fall zugeordnet werden, was einen hohen Aufwand erfordert. Diese Fälle sorgen auch hier für einen deutlich erhöhten Aufwand, was sich deshalb auch auf die Bestandsfälle aus den vorherigen Jahren auswirkt. Komplexere Fallkonstellationen müssen intensiver geprüft werden und erhöhen den übergreifenden Abstimmungsbedarf mit den beteiligten Krankenkassen, was letztendlich zu einer längeren Fallverfolgung führt. Wie Ansprüche durchgesetzt werden können, hängt zudem vom Ausgang der sich über mehrere Jahre hinziehenden Straf-, Sozialgerichts- und Insolvenzverfahren ab.

ABGESCHLOSSENE FÄLLE (INKL. NACHGEWIESENER FÄLLE)



Der generelle Anstieg der Fallzahlen wirkt sich auch auf die Anzahl der abgeschlossenen Fälle aus. Im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum haben sich die Fallabschlüsse um mehr als 40 Prozent erhöht. Dabei ist auch festzustellen, dass die Fälle ohne Betroffenheit bzw. ohne nachweisbare Hinweise quantitativ zugenommen haben. Die Aufklärungsquote liegt auch aus diesem Grund unterhalb des Niveaus von 2022/23 bei rund 23 Prozent. Gleichwohl ist ein Anstieg der absoluten Häufigkeit hinsichtlich abgeschlossener und nachgewiesener Fälle zu verzeichnen.

ENTSTANDENER SCHADEN (IN MIO. EURO)



Nach der Gesetzesbegründung soll bei den entstandenen Schäden der jeweilige Gesamtschaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung beziffert werden, „der durch Prüfungen nicht vermieden werden konnte“.

Der entstandene Schaden liegt auch in diesem Berichtszeitraum weiterhin mit einem zweistelligen Millionenbetrag auf einem hohen Niveau und reiht sich damit in die Größenordnung der vorherigen Berichtszeiträume ein. Wie auch in den vergangenen Berichten sind erneut einige größere Fälle mit Millionenschäden zu verzeichnen, die maßgeblich zum hohen Gesamtschaden beitrugen.

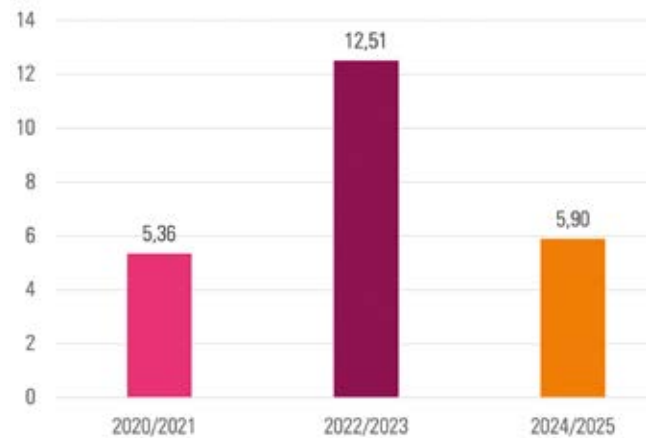
GESICHETERTE FORDERUNGEN (IN MIO. EURO)

Die gesicherten Forderungen resultieren aus allen Fällen, die nach der Definition in den "Näheren Bestimmungen" unanfechtbar sind, also auf Basis einer gerichtlichen oder außergerichtlichen Durchsetzung festgestellt wurden.

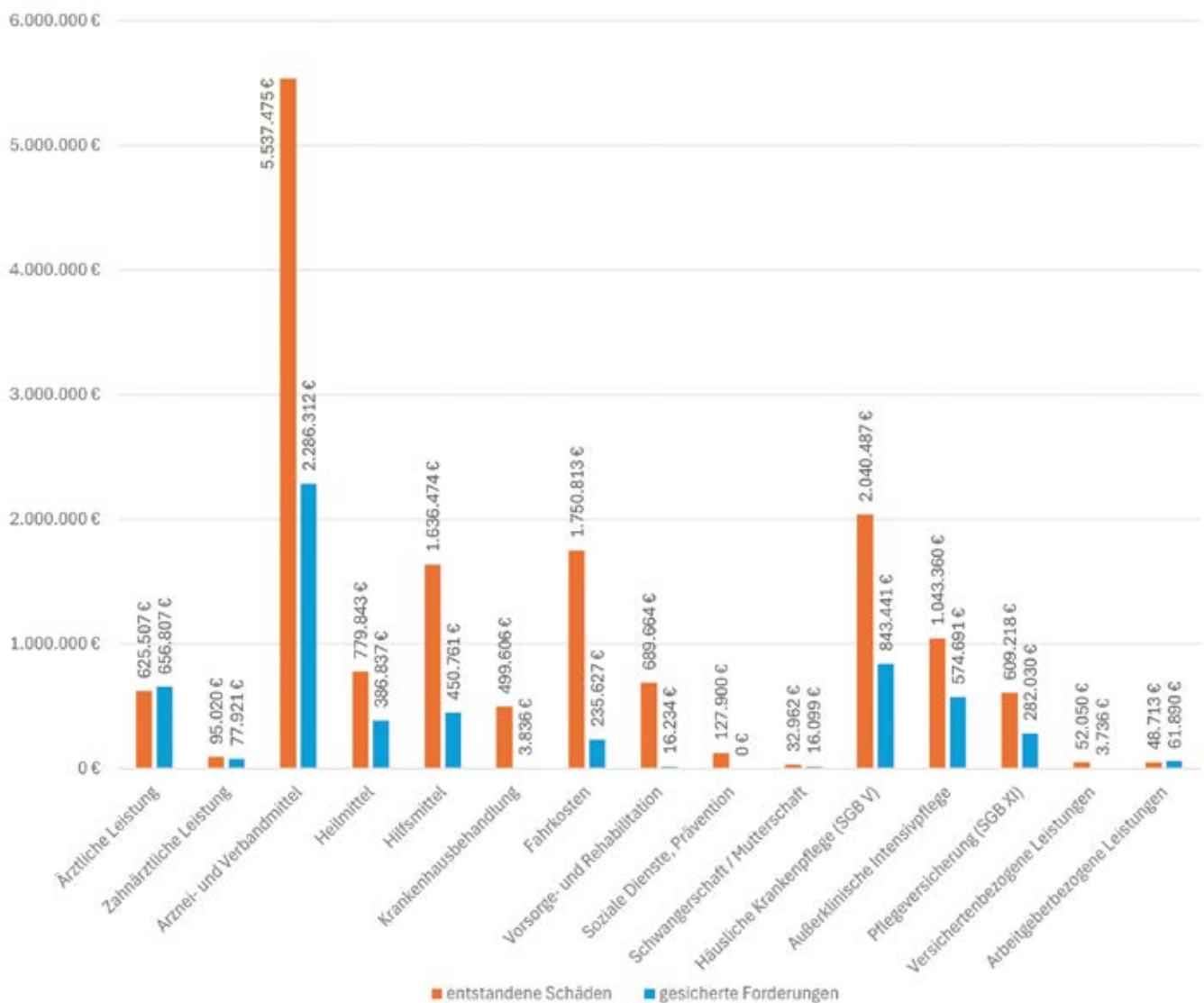
Nachdem im vergangenen Berichtszeitraum 2022/23 eine Rekordsumme von über 12,5 Millionen Euro aufgrund des Abschlusses einiger Betrugsfälle mit sehr hohen Schadenssummen gesichert werden konnte, liegen die gesicherten Forderungen in Höhe von 5,9 Millionen Euro in etwa auf dem Stand aus den Jahren 2020/21.

Die entstandenen Schäden und die gesicherten Forderungen können nicht direkt ins Verhältnis gesetzt werden, da die gesicherten Forderungen auch aus Bestandsfällen (vor 2024) resultieren können. Wie eingangs hergeleitet, hängt die Dauer

der Bearbeitung eines Falls von verschiedenen Faktoren ab wie einem etwaigen Straf- und/oder Insolvenzverfahren, den Aufwänden der Ermittlung des entstandenen Schadens sowie etwaigen (außer-)gerichtlichen Verfahren.



ENTSTANDENE SCHÄDEN UND GESICHERTE FORDERUNGEN NACH LEISTUNGSBEREICHEN



Dieses Schaubild zeigt die entstandenen Schäden und gesicherten Forderungen, die im Berichtszeitraum 2024/25 festgestellt wurden, aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen.

Im Leistungsbereich Arznei- und Verbandmittel sind mit 5,5 Millionen Euro die höchsten Schäden zu verzeichnen. Der Bereich Pflege (SGB V und SGB XI) beinhaltet die aufgeführten Positionen Häusliche Krankenpflege, Außerklinische Intensivpflege sowie Pflegeversicherung und verzeichnet insgesamt einen Schaden in Höhe von 3,6 Millionen Euro. Danach folgt der Leistungsbereich Fahrtkosten mit 1,8 Millionen Euro.

Diese Reihenfolge spiegelt sich auch auf den ersten beiden Plätzen bei den gesicherten Forderungen wider. Danach konnten 2,3 Millionen Euro im Leistungsbereich Arznei- und Verbandmittel gesichert werden. In der Pflege (SGB V und SGB XI), bestehend aus Häuslicher Krankenpflege, Außerklinischer Intensivpflege und Pflegeversicherung, konnten 1,7 Millionen Euro gesichert werden. An dritter Stelle stehen im Bereich der gesicherten Forderungen die Ärztlichen Leistungen mit rund 660.000 Euro. Auch an dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass ein Verhältnis zwischen entstandenen Schäden und gesicherten Forderungen nicht hergestellt werden kann, da die gesicherten Forderungen auch Fälle aus den Jahren vor 2024 betreffen können.



BERICHTE AUS DER PRAXIS

Die folgenden Praxisberichte zeigen auf, in welchen Leistungsbereichen in den vergangenen zwei Jahren besondere Auffälligkeiten bzw. Entwicklungen zu beobachten waren. Neben der Darstellung wiederkehrender Betrugsmuster geht es auch darum, damit verbundene Herausforderungen aus Sicht der Fehlverhaltensbekämpfung zu beschreiben und Potenzial für Anpassungen zu ermitteln.

VERHINDERUNGSPFLEGE – UNERLÄSSLICHE ENTLASTUNG FÜR PRIVATE PFLEGE-PERSONEN UND ZUGLEICH HERAUSFORDERUNG WEGEN MISSBRAUCHSRISIKEN

Die Verhinderungspflege ist für Millionen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ein essenzielles Unterstützungsangebot. Sie gewährleistet eine zuverlässige Versorgung, wenn die private Pflegeperson zeitweise ausfällt, und trägt damit maßgeblich dazu bei, die häusliche Pflege sicherzustellen. Die jüngsten Reformen – insbesondere das gemeinsame Jahresbudget für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, die verlängerte Leistungsdauer sowie die vereinfachte Antragstellung – erhöhen Flexibilität und Anwenderfreundlichkeit. Während diese administrative Entlastung von vielen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen positiv bewertet wird, eröffnet sie zugleich Möglichkeiten für eine missbräuchliche Nutzung der Verhinderungspflege.

Auch im aktuellen Berichtszeitraum erreichten die DAK-Gesundheit zahlreiche Hinweise auf Auffälligkeiten und möglichen Missbrauch. Die gemeldeten Fälle umfassen unter anderem folgende Konstellationen:

- rückwirkende Anträge auf Verhinderungspflege über mehrere Jahre hinweg, jeweils in Höhe der maximal möglichen Leistungsbeträge, häufig bereits zu Jahresbeginn
- Abrechnung tatsächlich erbrachter Entlastungsleistungen als höher vergütete Verhinderungspflege
- Abrechnungen trotz stationärer Aufenthalte in Kliniken bzw. Rehabilitationseinrichtungen oder anderweitiger Abwesenheiten der gepflegten Person
- große räumliche Entfernung zwischen pflegebedürftiger Person und dem/der Ersatzpflegenden (zum Beispiel ab über 80 km) oder Wohnsitz der Ersatzpflegeperson im Ausland
- Ersatzpflegepersonen mit eigenem hohen Pflegegrad, der eine tatsächliche Leistungserbringung ausschließt
- ungewöhnlich häufige Bevollmächtigungen derselben Person für zahlreiche Pflegebedürftige einschließlich zeitgleicher Abrechnungen mehrerer Leistungen an unterschiedlichen Orten

Zu den Tätergruppen zählen sowohl Versicherte und deren Angehörige als auch Betreuerinnen und Betreuer, Pflegedienste und Anbieter von Unterstützungs-, Betreuungs- oder Entlastungsleistungen. Während Missbrauchsfälle durch Versicherte und deren Angehörige meist ein geringes Schadenspotenzial aufweisen, ist der Missbrauch durch Pflegedienste und andere professionelle Anbieter deutlich gewichtiger. Teilweise hat sich hier ein professionelles Geschäftsmodell etabliert. Die Aufdeckung wird dadurch erschwert, dass formell korrekte Belege vorliegen und Verhinderungspflege häufig in Kombination mit weiteren Pflegeleistungen abgerechnet wird.

Zudem beobachten wir vermehrt Leistungsmissbrauch durch bevollmächtigte Personen oder gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer. Besonders hervorzuheben ist folgendes Fallbeispiel:

Ein Hinweis machte uns darauf aufmerksam, dass ein Bevollmächtigter für eine große Zahl pflegebedürftiger Versicherter fortlaufend Anträge auf Verhinderungspflege und Entlastungsleistungen stellte und deren Auszahlungen auf sein eigenes Konto leitete. Eine interne Prüfung ergab, dass diese Person allein bei der DAK-Gesundheit 15 pflegebedürftige Versicherte betreute. Auffällig war, dass parallel sowohl Verhinderungs- als auch Entlastungsleistungen abgerechnet wurden. Nach Rücksprache mit anderen Krankenkassen zeigte sich zudem, dass dieser Bevollmächtigte insgesamt 40 Pflegebedürftige betreute, obwohl er selbst Einschränkungen nach Pflegegrad 4 aufweist und entsprechende Leistungen bezieht. Es ist nahezu ausgeschlossen, dass eine Person mit derart gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen eine Vielzahl Pflegebedürftiger angemessen betreuen kann.

Nachdem der Fachbereich eine Zahlsperrung für die angegebene Bankverbindung eingerichtet hatte, gingen für dieselben Versicherten unter einem neuen Empfängeramen weitere Anträge mit einer anderen Bankverbindung ein. Eine weitere Prüfung ergab eine persönliche Verbindung zwischen beiden Personen und Hinweise darauf, dass diese gemeinschaftlich Leistungen abrechneten, die tatsächlich nicht erbracht wurden. Der vorläufige Schaden beläuft sich für die DAK-Gesundheit allein in diesem Fall auf rund 180.000 Euro. Die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen dauern an.



(Quelle: ARD-Mediathek, 21.05.2025)

Parallel zur positiven Leistungsentwicklung stand die Verhinderungspflege in den vergangenen zwei Jahren regelmäßig im Fokus der medialen Berichterstattung, insbesondere im Zusammenhang mit Betrugs- und Missbrauchsfällen. Wiederholt wurde darauf hingewiesen, dass vereinfachte Verfahren auch kriminellen Strukturen den Zugang erleichtern und Missbrauch begünstigen. Zudem zeigten Berichte einen Wandel der Tätergruppen auf: Während früher vor allem Einzelfälle im familiären Umfeld dominierten, treten heute zunehmend systematisierte, teilweise gewerbliche Strukturen in Erscheinung, oft in Kombination mit weiteren Leistungsbereichen (zum Beispiel Entlastungsleistungen, Pflegegeld, weitere SGB-XI-Leistungen oder Wohnumfeldverbesserungen). Die Süddeutsche Zeitung sprach von „idealen Bedingungen für Betrüger“, NDR und WDR bezeichneten die

Entwicklung als „groß angelegten Sozialleistungsmissbrauch“ und das ARD-Magazin Plusminus berichtete, dass „Pflegekassen ausgeplündert werden“. Das Spannungsfeld zwischen vereinfachter Nachweisführung für berechnete Leistungsbeziehungen und Leistungsbezieher und der wachsenden Gefahr des Missbrauchs wurde damit mehrfach deutlich.

Die DAK-Gesundheit wird alle gemeldeten Missbrauchsfälle weiterhin konsequent verfolgen. Angesichts der aktuellen Entwicklungen sieht die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle einen deutlichen Handlungsbedarf, Entlastung und Missbrauchsschutz gleichermaßen zu gewährleisten und damit die Integrität des Systems nachhaltig sicherzustellen.



PFLEGEHILFSMITTEL – DAS GESCHÄFT MIT DEN PFLEGEHILFSMITTELBOXEN

18

Ein weiteres Thema, das den Berichtszeitraum prägte, war der Vertrieb von Pflegehilfsmittelboxen durch unseriöse, überwiegend bundesweit agierende Anbieter. Die dubiosen Versorgungsmodelle dieser Lieferanten von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln führen zu einem Missbrauch von Geldern der Pflegekassen. Die mediale Berichterstattung zu diesem Thema widmete sich auch der Frage, wie sich betroffene Verbraucherinnen und Verbraucher vor den „Abo-Fallen“ dieser Anbieter schützen können.

Ausgangspunkt ist hierbei der Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, den Millionen Versicherte mit einem Pflegegrad haben, um die Herausforderungen des Pflegealltags in der häuslichen Umgebung besser meistern zu können. Eine Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln kann dabei in Form der sogenannten Pflegehilfsmittelboxen erfolgen. Diese enthalten zum Beispiel Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Schutzschürzen und Mundschutz.

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln orientiert sich am tatsächlichen Bedarf der pflegebedürftigen Person und soll vom Leistungserbringer individuell geprüft und ermittelt werden. Das betrifft sowohl die Auswahl als auch die Anzahl der benötigten Artikel. Hierfür können Leistungserbringer auf der Basis eines GKV-Rahmenvertrags für Pflegehilfsmittel bis zu einem monatlichen Höchstbetrag von derzeit 42,00 Euro gegenüber den Pflegekassen abrechnen.

Der zur Unterstützung von Versicherten und pflegenden Angehörigen unbürokratisch ausgestaltete gesetzliche Anspruch auf eine Versorgung ermöglicht jedoch auch hier missbräuchliches Handeln durch Einzeltäter. Geschickt werden dabei die Digitalisierung auf der einen und der Unterstützungsbedarf sowie die

Beeinflussbarkeit des meist vulnerablen Empfängerkreises auf der anderen Seite ausgenutzt. Die so unabhängig vom tatsächlichen Bedarf der pflegebedürftigen Personen generierten Belieferungsaufträge werden den Pflegekassen pauschal unter Ausschöpfung des Höchstbetrags in Rechnung gestellt.

Neben der Tagesschau und dem SWR berichtete auch das ARD-Wirtschaftsmagazin Plusminus über die „Betrugsmaschen“ mit Pflegehilfsmittelboxen sowie Bettschutzeinlagen zulasten der Versichertengemeinschaft. Versicherte und deren pflegende Angehörige schilderten, mit Pflegehilfsmitteln wie Einmalhandschuhen, Desinfektionsmitteln und Bettschutzeinlagen beliefert worden zu sein, obwohl ein Vertrag nicht bewusst abgeschlossen oder ihnen aufgedrängt worden war. In manchen Fällen erfolgte bereits eine Versorgung durch eine Apotheke oder einen anderen Leistungserbringer. Den Lieferungen seien oftmals telefonische Kontakte vorausgegangen, in denen teilweise angegeben wurde, im Auftrag der Pflegekasse zu handeln, und mit kostenloser Versorgung geworben wurde. Kurz darauf erfolgten die monatlichen Belieferungen mit Pflegehilfsmittelboxen.

Eine weitere Methode, Lieferverträge zu generieren, greift den Bedarf an Aufklärung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen auf. Teilweise bieten unseriöse Unternehmen im Internet die Überprüfung und Beantragung von Pflegegraden und weiteren Pflegeleistungen als Dienstleistung bei den Pflegekassen an. Die Nutzerinnen und Nutzer werden dabei aufgefordert, in Online-Formularen persönliche Gesundheitsdaten anzugeben und online Unterschriften zu leisten. Mit dem Ausfüllen dieser Formulare erfolgt automatisiert die Datenprüfung und es kommt ein Vertrag zwischen dem oder der Pflegebedürftigen und dem Anbieter über die Belieferung von „kostenfreien“ Pflegehilfsmittelboxen zustande, auf dessen Grundlage der Anbieter nach Antragstellung die geleistete Online-Unterschrift weiternutzt und bei den jeweiligen Pflegekassen abrechnet.

Das müssen Sie tun, wenn Sie beliefert werden

Pflegebox-Falle! So kassieren Betrüger ab



(Quelle: BILD.de, 06.09.2025)

19

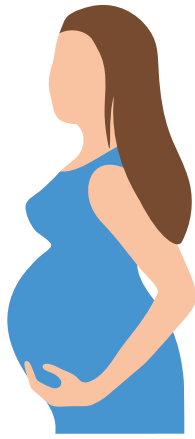
Immer wieder gaben auch Versicherte bei der DAK-Gesundheit an, erhaltene Pflegehilfsmittel weder in der Menge noch in der belieferten Zusammenstellung zu benötigen oder keine Unterschrift für einen solchen Auftrag geleistet zu haben. Solchen Hinweisen geht die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten der DAK-Gesundheit entsprechend nach. Jedoch sind die Ermittlungserfolge der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten aufgrund der Tatmuster und Abläufe auf Einzelfälle begrenzt. Insbesondere die Möglichkeit, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel schnell und unkompliziert online zu ordern, erhöht aufgrund der beschränkten Nachverfolgbarkeit das Potenzial für Missbrauch. Die Beendigung dieser vertraglichen „Abo-Fallen“ stellt viele Verbraucher und Verbraucherinnen vor zusätzliche Herausforderungen in ihrem Pflegealltag, während unseriöse Anbieter sich hiermit eine leicht zugängliche Einnahmequelle sichern.

Neben den von weiteren Medien wie F.A.Z., APOTHEKE ADHOC, Business Insider, Oberhessische Presse, Sächsische Zeitung sowie BILD publizierten Warnungen vor untergeschobenen Verträgen zur Belieferung mit zum Verbrauch bestimmten

Pflegehilfsmitteln klärt auch die DAK-Gesundheit zum Schutz ihrer Versicherten auf ihrer Website über unseriöse Verkaufsanrufe auf und verlinkt auf die Hinweise der Verbraucherzentrale zum Thema.

Mit vertraglicher Neuregelung über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln durch den GKV-SV zum Juni 2024 traten angepasste Regelungen in Kraft. Dort wurde auch ein Verbot von Werbemaßnahmen durch unaufgeforderte Kontaktaufnahme ohne vorherige Einwilligung aufgenommen. Neuere Tendenzen bei gemeldeten Missbrauchsfällen zeigen aber auf, dass die neu gestalteten vertraglichen Regelungen mittels angepasster Kontaktmethoden oftmals umgangen werden.

Um das Missbrauchsrisiko zu minimieren, besteht aus Sicht der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten weiterhin Regulierungsbedarf. Ein Ansatz wäre es, zu prüfen, ob und unter welchen Voraussetzungen Leistungserbringern Zugang zum GKV-Rahmenvertrag gewährt werden sollte – und damit die Möglichkeit, gegenüber den Pflegekassen abzurechnen.



MISSBRAUCH VON ARBEITGEBERAUFWENDUNGEN DURCH VORGETÄUSCHTE SCHWANGERSCHAFT

Es begann mit einem internen Hinweis des Fachzentrums für Entgeltersatzleistungen Stuttgart: Eine in Baden-Württemberg wohnende Versicherte habe gegenüber zwei Arbeitgebern und der DAK-Gesundheit Schwangerschaften und hierauf basierende Beschäftigungsverbote vorgetäuscht und damit die Erstattung von Arbeitgeberaufwendungen ausgelöst haben.

Nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz erstatten die Krankenkassen den Arbeitgebern neben dem Zuschuss zum Mutterschaftsgeld aufgrund gesetzlicher Schutzfristen vor und nach einer Entbindung auch den sogenannten Mutterschutzlohn. Dabei werden 100 Prozent der vom Arbeitgeber getätigten Lohnaufwendungen einschließlich darauf entfallender Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag von der Krankenkasse erstattet, wenn Beschäftigte ein individuelles Beschäftigungsverbot aufgrund eines ärztlichen Attests zum Schutz ihrer Gesundheit oder ihres Kindes erhalten.

Bei der Recherche zu einer noch fehlenden Verdienstbescheinigung kontaktierten Mitarbeitende des Fachzentrums für Entgeltersatzleistungen den aktuellen Arbeitgeber der Versicherten. Kurz darauf ging bei der DAK-Gesundheit die Meldung eines erneuten Beschäftigungsverbots der Versicherten ein – für einen anderen Arbeitgeber und einschließlich einer Bescheinigung über einen abweichenden Entbindungstermin. Aufgrund der zeitlichen Nähe beider vermeintlicher Schwangerschaften und weil Unterlagen zur Beendigung der vorausgegangenen Schwangerschaft fehlten, nahmen die Mitarbeitenden des Fachzentrums Kontakt zur Arztpraxis der Versicherten auf. Der Austausch ergab, dass die Praxis für keine der beiden Schwangerschaften entsprechende Entbindungstermine bestätigt hatte. Auch die durch die Versicherte vorgelegten ärztlichen Atteste für ein individuelles Beschäftigungsverbot waren dort nicht ausgestellt worden. Ein weiterer Abgleich ergab für eine dritte vermeintliche

Schwangerschaft zu den vorgelegten Bescheinigungen in einem weiteren Arbeitsverhältnis der Versicherten, dass diese ebenfalls nicht von der Arztpraxis ausgestellt worden waren.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der DAK-Gesundheit nahm daraufhin die Ermittlungen auf. Es bestand der Verdacht, dass die Versicherte mehrfach Schwangerschaften vorgetäuscht hatte, um sich ohne Erbringung von Arbeitsleistungen die Lohnfortzahlungen ihres Arbeitgebers sowie die Zahlung von Mutterschaftsgeld zu erschleichen, und dafür die notwendigen ärztlichen Bescheinigungen und Atteste gefälscht hatte.

Im Zuge der weiteren Prüfungen stellte die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der DAK-Gesundheit fest, dass die Versicherte insgesamt für vier vermeintliche Schwangerschaften gleichlaufende Bescheinigungen gegenüber ihren Arbeitgebern und der DAK-Gesundheit vorgelegt hatte. Für alle der vier aufeinanderfolgenden Beschäftigungsverhältnisse hatte die DAK-Gesundheit aufgrund der Anträge der Arbeitgeber und der vorliegenden Unterlagen Erstattungen an die Arbeitgeber nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz für Mutterschutzgelder sowie in zwei Fällen für Mutterschaftsgeld vorgenommen. Der so für die Jahre 2017 bis 2019 entstandene Schaden zulasten der DAK-Gesundheit beträgt insgesamt rund 64.000 Euro.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der DAK-Gesundheit erstattete Strafanzeige bei der zuständigen Staatsanwaltschaft. Nach Abschluss des staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahrens erhob die Staatsanwaltschaft Stuttgart Anklage wegen gewerbsmäßigen Betrugs und Urkundenfälschung vor dem Amtsgericht Böblingen.



(Quelle: GÄUBOTE vom 10.07.2025)

Im Sommer 2025 wurde die mittlerweile ehemalige Versicherte zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und acht Monaten auf Bewährung verurteilt. Die Einziehung von erlangten Vermögenswerten in Höhe von 50.000 Euro wurde angeordnet. Aufgrund der Vermögensverhältnisse der ehemaligen Versicherten konnte der entstandene Schaden bislang nicht bei der DAK-Gesundheit kompensiert werden.

AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN VERTRAUEN UND MISSBRAUCH

Auch im aktuellen Berichtszeitraum ging die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der DAK-Gesundheit Hinweisen zu Abrechnungsauffälligkeiten und Missbrauchsmeldungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege (AKI) nach. Außerklinische Intensivpflege richtet sich an schwerstkranke Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die täglich auf intensive medizinische und pflegerische Unterstützung angewiesen sind. Dieser komplexe Bedarf betroffener Versicherter erfordert von den Pflegediensten den Einsatz geeigneter Pflegefachkräfte, um eine permanente Interventionsbereitschaft auch zur Abwendung lebensbedrohlicher Situationen vor Ort sicherzustellen. Pflegefachkräfte überwachen dabei beispielsweise die Atem- und Herz-Kreislauf-Funktionen, bedienen Beatmungsgeräte und setzen Inhalations- und Absauggeräte ein.

Dem Auftrag zur Bekämpfung von Fehlverhalten kommt für diesen hochvulnerablen Personenkreis eine besondere Bedeutung zu, weil Menschen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege oft vollständig abhängig von anderen sind. Die betroffenen Versicherten sind in aller Regel nicht in der Lage, ihre Interessen selbst zu vertreten. Dabei stellen sich Sachverhalte in diesem Versorgungsbereich oftmals sowohl rechtlich als auch menschlich als herausfordernd dar.

Abgerechnet werden darf aufgrund gesetzlicher und rahmenvertraglicher Regelungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nur, was tatsächlich und unter Einhaltung der Qualifikation des Pflegepersonals erbracht wurde.

Typische Formen von Abrechnungsbetrug in der AKI sind:

- Der vereinbarte Versorgungsschlüssel wird unterschritten. Das heißt, die versicherte Person hat Anspruch auf eine Eins-zu-eins-Betreuung, die auch gegenüber der Krankenkasse abgerechnet wird. Tatsächlich werden aber mehrere Patientinnen und Patienten parallel von einer Pflegefachkraft versorgt oder diese ist zeitweise nicht vor Ort.
- Es werden Leistungen für außerklinische Intensivpflege gegenüber der Krankenkasse abgerechnet, obwohl das eingesetzte Personal nicht über die erforderliche Qualifikation verfügt.
- Die Pflegedokumentationen werden manipuliert, indem pauschale Voreintragen erfolgen, Nachweise nachträglich ergänzt oder Unterschriften routinemäßig eingeholt werden, obwohl die dann zur Abrechnung gelangenden Leistungen so nicht stattgefunden haben.



Für die Betroffenen kann dies eine Gefährdung von Gesundheit und Leben bedeuten. Bei beatmeten Menschen können wenige Minuten ohne ausreichende Aufsicht lebensbedrohlich sein. Gleiches gilt für unzureichende Fachkompetenz in Notfallsituationen. Indem vereinbarte Versorgungsstandards missachtet werden, wird die Würde Schwerkranker verletzt. Vertrauen gegenüber Pflegekräften geht verloren und die Belastung für Angehörige nimmt zu.

Risikofaktoren, die als Anreiz für Fehlverhalten in der außerklinischen Intensivpflege wirken, sind hohe Vergütungssätze pro Versorgungsstunde, komplexe Leistungsinhalte, eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen sowie die emotionale und organisatorische Belastung der Angehörigen.

Abrechnungsbetrug in der außerklinischen Intensivpflege, einem der sensibelsten Versorgungsfelder des Gesundheitswesens, bedeutet daher mehr als eine wirtschaftliche Schädigung der Solidargemeinschaft. Er betrifft hochgradig schutzbedürftige Menschen, deren Leben, Gesundheit und Würde unmittelbar von einer verlässlichen Versorgung abhängen.

Die Fehlverhaltensstellen tragen nach § 197a SGB V mit der Aufdeckung von Missbrauch und der Weiterverfolgung von Schäden in diesem Bereich auch präventiv dazu bei, Vertrauen, Gesundheit und Leben von Betroffenen zu schützen.





FEHLERHAFT ABRECHNUNG VON LEISTUNGEN DER SPEZIALISIERTEN AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG

22

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, die sich an Schwerstkranke mit fortschreitender Erkrankung bei zugleich begrenzter Lebenserwartung richtet. Sie zielt auf Personen ab, deren besonders aufwendige Versorgung zu Hause oder im familiären Umfeld oder in Pflegeeinrichtungen erfolgt und denen bis zum Lebensende ein menschenwürdiges Leben etwa durch Schmerzlinderung ermöglicht werden soll. Ihre Verordnung ermöglicht, in Krisensituationen sofort intervenieren und bei Bedarf ganztägig multiprofessionell versorgt werden zu können. Koordinierend werden dabei Leistungserbringer in SAPV-Teams tätig, bestehend aus palliativmedizinisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften mit Palliativ-Care-Weiterbildung und sonstigen, bedarfsgerecht hinzuzuziehenden Therapeutinnen und Therapeuten.

Auf die Beschwerde der Angehörigen eines Versicherten, dass eine verordnete Palliativversorgung nicht im notwendigen Umfang erfolgt wäre, gab das Fachzentrum Pflege den Hinweis zur Prüfung an die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der DAK-Gesundheit ab.

Das Ergebnis der vertieften Abrechnungsprüfung: Für einen Teil der im Versorgungszeitraum abgerechneten Leistungen konnte mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht davon ausgegangen werden, dass diese in der Kürze der Zeit vor Ort erbracht worden waren. Dies stützte den Vortrag der Hinweisgeberin. Die Fehlverhaltensstelle der DAK-Gesundheit erstattete bei der zuständigen Staatsanwaltschaft Verdachtsanzeige wegen Abrechnungsbetrug.

Im Fortgang der Angelegenheit beauftragten die gesetzlichen Krankenkassen die Fehlverhaltensstelle der DAK-Gesundheit mit der Fallfederführung. Die Fehlverhaltensstelle nahm eine Stichprobenprüfung verschiedener Abrechnungspositionen vor, indem sie Daten mehrerer Krankenkassen im fraglichen

Zeitraum übereinanderlegte. Das Ergebnis zeigte in weiteren Fällen vermeintlich zeitgleich erbrachte Leistungen bei verschiedenen Versicherten auf. Die Verdachtsanzeige wurde um das ermittelte Ergebnis ergänzt.

Nach Prüfung und Bewertung des Tatvorwurfs beantragte die Staatsanwaltschaft den Erlass eines Durchsuchungsbeschlusses für die Räumlichkeiten der Leistungserbringerin. Im Zuge der folgenden Maßnahmen beschlagnahmten die Ermittlungsbehörden Unterlagen, Abrechnungsdaten sowie Dienst- und Urlaubspläne und werteten Telefondaten aus. Auf der Grundlage dieser Daten wurde durch die Kriminalpolizei ein vorläufiger Schaden – aus verschiedenen Tatkomplexen zusammengesetzt – in Höhe von circa 800.000 Euro für einen Zeitraum von zwei Jahren zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ermittelt. Die aufgeführten Schadenspositionen umfassten beispielsweise Vorwürfe in Bezug auf nicht durchgeführte, aber abgerechnete Erstassessments in Abwesenheit des Palliativarztes, die Abrechnung von Leistungen für Angestellte, die aufgrund von Abwesenheit keine Versorgung von Patientinnen und Patienten hätten vornehmen können, sowie die Abrechnung von Leistungen, welche ohne die erforderliche Qualifikation erbracht worden waren.

Während dieser Ereignisse kam die Leistungserbringerin vertreten durch ihren Rechtsbeistand auf die Fehlverhaltensstelle zu und bot an, den Sachverhalt und die im Raum stehenden Tatvorwürfe soweit möglich in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gemeinsam aufzuklären sowie mögliche Schäden zu regulieren. Die Staatsanwaltschaft wurde über die geplanten Regulierungsgespräche informiert. Es erfolgte die Beiziehung der Ermittlungsakten und verfügbarer Datenauswertungen der Kriminalpolizei nach Freigabe durch die Staatsanwaltschaft. In einem Zeitraum von mehreren Monaten prüften, bewerteten und verhandelten die Fehlverhaltensstelle der DAK-Gesundheit und die durch ihren Rechtsbeistand vertretene Leistungserbringerin in kooperativer Zusammenarbeit die vorliegenden Ermittlungsergebnisse. Die gesetzlichen Krankenkassen und die Leistungserbringerin konnten sich auf eine Regulierung möglicher Schäden in Höhe von circa 540.000 Euro verständigen. Folgende Kriterien flossen kassenseitig in die Bewertung des Sachverhalts ein: rechtliche Bewertung der rahmenvertraglichen Regelungen, Anwendbarkeit der Corona-Sonderregelungen, beweisrechtliche Fragestellungen der Ermittlungsergebnisse, sonstige Prozessrisiken sowie die wirtschaftliche Durchsetzbarkeit der Forderung gegenüber der Leistungserbringerin.

Das eingeleitete Ermittlungsverfahren wurde 2025 vorläufig gemäß § 153a StPO gegen die Zahlung von Geldauflagen durch die Staatsanwaltschaft eingestellt.



REZEPTFÄLSCHUNGEN – BETRUG MIT ANGEBLICHEN VERORDNUNGEN IM GROSSEN STIL

Die DAK-Gesundheit sah sich wie sämtliche gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren immer wieder Wellen von Rezeptfälschungen ausgesetzt. Dies betraf im Wesentlichen Schmerzmittel wie Fentanyl, Tilidin und das sogenannte Wachstumshormon Somatropin, das insbesondere zur missbräuchlichen Verwendung als Dopingmittel gehandelt wird. Im aktuellen Berichtszeitraum standen zusätzlich hochpreisige Krebsmedikamente (wie zum Beispiel Lonsurf), aber vor allem die sogenannten Antiadiposita/Antidiabetika – Medikamente wie Ozempic, Mounjaro, Trulicity – im Fokus und Blick der Öffentlichkeit, die auf gefälschten Verordnungsblättern mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet wurden. Es handelt sich hierbei um Medikamente, die überwiegend für die Behandlung von Diabetes zugelassen sind, die aber – teilweise im Off-Label-Use – auch zur Gewichtsreduktion eingesetzt werden. Dadurch besteht eine hohe Nachfrage, was sie für „Kriminelle“ und den Schwarzmarkt attraktiv macht.

Die festgestellten Fälschungen betreffen das gesamte Bundesgebiet. So handelt es sich vielfach um Fälschungsserien, bei denen die Rezepte einer Serie immer dieselben Fälschungsmerkmale aufweisen. Beispielsweise wird bei Rezepten immer ein Arztstempel mit Namen und Adresse einer Praxis aus Schleswig-Holstein aufgedruckt. Die auf dem Rezept eingedruckte lebens-

lange Arztnummer (LANR) oder Betriebsstättennummer (BSNR) gehört jedoch zu einem Arzt aus Nordrhein-Westfalen. Die Verordnungen aus dieser Serie werden dann bei verschiedenen Apotheken im gesamten Bundesgebiet eingelöst.

Nach Erkenntnissen der Polizei handelt es sich um Tätergruppen, die in wechselnden Zusammenstellungen nach einem ausgeklügelten System vorgehen. Mehrere Täterinnen oder Täter suchen an bestimmten Tagen gezielt in einem Gebiet oder Stadtteil verschiedene Apotheken auf. Aus taktischen Gründen erfolgt die Einlösung in den Apotheken nach telefonischer Vorbestellung oftmals mittwochs oder an einem Freitagnachmittag, damit keine Möglichkeit mehr besteht, beim Erkennen von Ungereimtheiten in der Arztpraxis nachzufragen, weil deren Sprechzeit bereits beendet ist. Die Tätergruppierungen wechseln zwischen den Bundesländern, was die Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden erschwert. Um den Gewinn zu optimieren, werden Kassenrezepte auf fiktive Personalien eingelöst und in den Apotheken lediglich die Zuzahlungen geleistet. Auch hinsichtlich der Verwendung verschiedener Arztnamen, Betriebsstätten- und Arztnummern konnten Zusammenhänge im gesamten Bundesgebiet festgestellt werden. Die Täter und Täterinnen agieren in wechselnder Konstellation in geschäftsähnlichen Strukturen. Planmäßig und in großem Umfang begehen sie über einen längeren Zeitraum hinweg Straftaten. Die erlangten Arzneimittel werden über „Hintermänner“ an Abnehmerinnen und Abnehmer in Deutschland und im Ausland illegal weiterverkauft. Die Polizei geht von organisierter Kriminalität aus.



(Quelle: BILD.de, 03.12.2025)



Derartige Rezeptfälschungen wirken sich nicht nur negativ auf die Finanzen der Versichertengemeinschaft aus, sie führen auch dazu, dass die (ggf. von Lieferengpässen betroffenen) Arzneimittel den eigentlich berechtigten Patientinnen und Patienten nicht zur Verfügung stehen.

Die DAK-Gesundheit ist ebenfalls in erheblichem Umfang von den Fälschungen betroffen. So registrierte sie im Zeitraum von April 2024 bis November 2025 etwa 1.000 Rezeptfälschungen mit einem Schadensvolumen von rund 1,1 Millionen Euro.

Diese Schadenssumme bei den verfolgten Tätergruppen zu realisieren, dürfte kaum möglich sein. Im Rahmen ihrer gesetzlichen und vertraglichen Möglichkeiten stoßen der Fachbereich Arzneimittel sowie die Fehlverhaltensbekämpfung Rechnungskorrekturen bei „offensichtlich gefälschten Verordnungen“ gegenüber den Apotheken an. Eine Vielzahl der abgerechneten Fälschungen wäre erkennbar gewesen, die Medikamente hätten somit nicht zulasten der DAK-Gesundheit abgegeben werden dürfen. Für das Erkennen von gefälschten Verordnungen spielen nicht nur deren Erscheinungsbild, sondern auch die Gesamtumstände zum Zeitpunkt der Rezeptvorlage in der Apotheke eine Rolle. Gegenüber ihrer Versichertengemeinschaft ist die DAK-Gesundheit verpflichtet, den Schaden zu begrenzen. Es ist allerdings nicht ihr Ansinnen, den Schaden auf andere Betroffene zu verlagern. Gerade die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche

und betroffenen Institutionen innerhalb und außerhalb der DAK-Gesundheit führt dazu, dass immer mehr Fälschungen erkannt und die Fälle zur Anzeige gebracht werden können.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der DAK-Gesundheit ging externen Hinweisen von Ärztinnen, Apothekern, anderen Krankenkassen, Presseinformationen sowie Strafverfolgungsbehörden nach, die nicht selten auch von aufmerksamen Apothekerinnen und Apothekern eingeschaltet wurden, und stellte konsequent Strafanzeigen (zumeist gegen unbekannt). Sie arbeitet mit Polizei, Staatsanwaltschaft und den weiteren geschädigten Krankenkassen eng zusammen. Sie ist hier aber auch in besonders enger Abstimmung und ständigem Austausch mit dem Fachbereich Arzneimittel der DAK-Gesundheit. Von diesem erhielt sie ebenfalls viele Hinweise. Der Fachbereich initiierte zudem Veröffentlichungen zum Erkennen von Fälschungen auf der Internetseite der DAK-Gesundheit, sandte Aufklärungsschreiben an die Dachverbände der Apotheken, Ärztinnen und Ärzte als Kassengemeinschaft über den vdek und schulte die Fehlverhaltensbekämpfung zum Thema.

Die Sensibilisierung aller Betroffenen über einen umfangreichen Informationsaustausch und eine gute Aufklärungs- und Präventionsarbeit sowie eine konsequente Umsetzung des E-Rezepts tragen dazu bei, weitere Betrugsversuche abzuwenden und dieser Form des Abrechnungsbetrugs entgegenzuwirken.



FAZIT UND AUSBLICK

ENTWICKLUNGEN IM BERICHTSZEITRAUM



Die Ergebnisse des Berichtszeitraums zeigen deutlich, dass Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen weiter zunehmen. Der Anstieg der Neufälle um 30 Prozent sowie das konstant hohe Niveau des entstandenen Schadens in erneut zweistelliger Millionenhöhe sind klare Indikatoren dieser Entwicklung.

Mit besonderer Sorge ist festzustellen, dass im aktuellen Berichtszeitraum die Fälle mit Bezügen zur organisierten Kriminalität deutlich zugenommen haben. Während in der Vergangenheit Einzeltäter oder kleinere Netzwerke im Fokus standen, agieren heute zunehmend professionell organisierte Strukturen, die gezielt Schwachstellen im System ausnutzen. Diese Gruppen gehen arbeitsteilig vor, nutzen Scheinfirmer, manipulierte Abrechnungen oder fingierte Leistungen und verschleiern ihre Aktivitäten durch komplexe Finanz- und Unternehmensgeflechte. Das Gesundheitswesen wird dabei bewusst als lukratives Betätigungsfeld wahrgenommen, da hohe Geldströme auf komplexe Kontrollmechanismen treffen. Dieser Trend verschärft die Problemlage erheblich. Ermittlungen werden aufwendiger, Schäden größer und die Aufklärung langwieriger.

Nach wie vor verzeichnen wir mit Blick auf die Fallzahlen die höchste Betroffenheit im Bereich der Pflege. Etwa die Hälfte aller verfolgten Fälle sind diesem Bereich zuzuordnen. Insbesondere in der Außerklinischen Intensivpflege geht es häufig nicht nur um finanzielle Schäden, da durch nicht qualifiziertes Personal in vielen Fällen das Fehlverhalten negative gesundheitliche Auswirkungen bei den Patientinnen und Patienten verursachen. Die Entwicklung im Arzneimittelbereich hinsichtlich der zunehmenden Fälle von Rezeptfälschungen, wie im Praxisbeispiel ab Seite 24 beschrieben, stellt die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ebenfalls vor neue Herausforderungen.

Positiv zu erwähnen ist die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Krankenkassen und den Strafverfolgungsbehörden. In allen Bundesländern gibt es entsprechende Arbeitsgemeinschaften, die sich in regelmäßigen Abständen zu Sitzungen treffen, sich dabei konkret zu Fällen beraten und gemeinsame Vorgehensweisen abstimmen. Dies ist vor dem Hintergrund der Entwicklungen im Kampf gegen die organisierte Kriminalität wichtiger als je zuvor.

IMPULSE

ZUR WEITERENTWICKLUNG

DATENSCHUTZREGELUNG FÜR DEN EINSATZ KASSENÜBERGREIFENDER KI-TOOLS

Gerade vor dem Hintergrund der voranschreitenden Digitalisierung ist eine Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung von entscheidender Bedeutung. Durch den technischen Fortschritt und damit verbundene Änderungen ergeben sich laufend neue Betrugsmuster, die zunehmend auch durch die organisierte Kriminalität ausgenutzt werden. Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen dürfen in diesem Themenfeld nicht den Anschluss verlieren. Künstliche Intelligenz (KI) bietet hier sowohl bei der Betrugaufklärung als auch in der Betrugsprävention neue Möglichkeiten. Entsprechende Angebote sind bereits auf dem Markt. Um das darin liegende Potenzial voll und effizient ausschöpfen zu können, ist eine krankenkassenübergreifende Anwendung unumgänglich.

28

Für eine gemeinsame Nutzung, insbesondere bei der Betrugsprävention, ist datenschutzrechtliche Sicherheit zwingend erforderlich. Zur Klarstellung sieht die DAK-Gesundheit weiterhin die Notwendigkeit, den § 197a SGB V um einen Absatz 3c) zu erweitern, der den Einsatz von KI auch unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten eindeutig definiert. Entsprechende Anträge wurden hierzu bereits in den Deutschen Bundestag eingebracht. Durch das Ende der Ampel-Koalition im Dezember 2024 sind die Gesetzesvorhaben und somit auch die geplante Änderung des § 197a SGB V nicht mehr umgesetzt worden. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen setzen sich weiterhin dafür ein, dass diese Gesetzesinitiative durch die aktuelle Regierung schnellstmöglich umgesetzt wird.

SPEZIALISIERUNG DER STRAFVERFOLGUNGSBEHÖRDEN

Ein entscheidender Faktor bleibt weiterhin die Spezialisierung der Strafverfolgungsbehörden. Es gibt aus Sicht der DAK-Gesundheit immer noch zu wenige Spezialeinheiten bei der Polizei und den Staatsanwaltschaften, um mit Nachdruck und zeitnah gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen vorgehen zu können. Die Komplexität der Fälle erfordert besonderes Fachwissen und eine Fokussierung auf die bestehenden und sich entwickelnden Betrugsmuster. Durch die zunehmenden Fälle mit Bezug zur organisierten Kriminalität verschärft sich diese Situation zusätzlich.

Aus Erfahrung wissen wir, dass es nicht ausreicht, wenn Fälle im Rahmen der allgemeinen Wirtschaftskriminalität bearbeitet werden. Beispiele wie die Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) in Nürnberg zeigen, dass sich der Einsatz von qualifiziertem Personal in den Verfahren bemerkbar macht. Die ZKG nutzt durch die Besetzung neuer Stellentypen unter anderem das Abrechnungswissen von ehemaligen Beschäftigten aus Pflegediensten und beschäftigt zudem Fachkräfte aus der IT-Forensik. Die DAK-Gesundheit spricht sich dafür aus, die Rahmenbedingungen in allen Bundesländern durch strukturelle Änderungen in Form von Spezialisierungen weiter zu verbessern und auszubauen. Dazu ist es erforderlich, dass die Politik in den Bundesländern die Notwendigkeiten erkennt und entsprechende Änderungen auf den Weg bringt.

DUNKELFELDSTUDIE FÜR GEZIELTERE FEHLVERHALTENSBEKÄMPFUNG

Der unerforschte Anteil eines Problemfeldes wird als Dunkelfeld bezeichnet. Eine derartige Forschung ist für das Fehlverhalten im Gesundheitswesen bisher ausgeblieben. In anderen Feldern der Kriminalität, etwa im Bereich der Geldwäsche oder der häuslichen Gewalt, konnten Dunkelfeldstudien einen entscheidenden Beitrag zur Identifikation von erforderlichen Handlungsfeldern und Strategien in der Bekämpfung des jeweiligen Kriminalitätsfeldes leisten.

Bis heute gibt es lediglich Schätzungen, wie hoch die jährlichen Schäden im deutschen Gesundheitswesen ausfallen. Es wird von einem zweistelligen Milliardenbetrag ausgegangen. Mit einer Dunkelfeldstudie könnte neben der genaueren Bezifferung des Gesamtschadens zudem wissenschaftlich fundiert erforscht werden, welche Schwerpunkte sich ergeben und wie wirkungsvollere Maßnahmen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aussehen könnten. Nur wer sein genaues Ziel und dessen Umfang kennt, kann auch zielgerichtete Maßnahmen auf den Weg bringen. Aus diesen Gründen begrüßt die DAK-Gesundheit die Initiative des GKV-SV, der aktuell ein Ausschreibungsverfahren für eine Dunkelfeldstudie zum Fehlverhalten im Gesundheitswesen auf den Weg bringt. Wir sind davon überzeugt, dass uns die Studie wertvolle Erkenntnisse zu unserer Arbeit liefert und damit zu einem gezielteren Einsatz unserer Ressourcen beitragen kann.

ANLAGEN



GESETZESTEXTE §§ 197A SGB V UND 47A SGB XI

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) Die Krankenkassen, wenn angezeigt ihre Landesverbände, und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen wenden. Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1, an dem die Vertreter der Einrichtungen nach § 81a Absatz 1 Satz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form zu beteiligen sind. Über die Ergebnisse des Erfahrungsaustausches sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
4. den Medizinischen Dienst und
5. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.

(4) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

(5) Der Vorstand der Krankenkassen und der weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen hat dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuzuleiten. In dem Bericht sind zusammengefasst auch die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle, die Art und Schwere des Pflichtverstoßes und die dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sowie sonstige geeignete Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft bis zum 1. Januar 2017 nähere Bestimmungen über

1. die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 bei seinen Mitgliedern,
2. die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2,
3. die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2,
4. die Zusammenarbeit nach Absatz 3,
5. die Unterrichtung nach Absatz 4 und
6. die Berichte nach Absatz 5.

Die Bestimmungen nach Satz 1 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt die Berichte nach Absatz 5, die ihm von seinen Mitgliedern zuzuleiten sind, zusammen, gleicht die Ergebnisse mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab und veröffentlicht seinen eigenen Bericht im Internet.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) § 197a des Fünften Buches gilt entsprechend; § 197a Absatz 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, auch mit den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, zusammenzuarbeiten. Die organisatorischen Einheiten nach § 197a Abs. 1 des Fünften Buches sind die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

(2) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. An die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, dürfen die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 personenbezogene Daten nur übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Zusammenhang mit den Regelungen des Siebten Kapitels des Zwölften Buches erforderlich ist und im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen. Der Empfänger darf diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Ebenso dürfen die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen dürfen diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 sowie die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, haben sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.

(3) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
4. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,
5. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und
6. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.



NOCH FRAGEN?

WIR SIND RUND
UM DIE UHR ERREICHBAR.

DAK Service-Hotline 040 325 325 555

Für alles zu Leistungen, Beiträgen und Mitgliedschaft.

Meine DAK

Ihr Online-Servicezentrum. Für alles, was Papierkram ist. Und für so viel mehr. Immer und überall, im Web oder per DAK App: „Meine DAK“ für die Hosentasche und Ihr Schlüssel für mehr Sicherheit bei jedem Web-Login.

Mehr erfahren: dak.de/online

Online-Beratung: dak.de/chat

DAK-Gesundheit

Gesetzliche Krankenversicherung
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg
www.dak.de



D418-0003 / Stand 06/26.

Nachträglich kann es z. B. durch Gesetzesänderungen zu abweichenden Regelungen kommen.

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.