



Abrechnungsbetrug: Organisierte Kriminalität rückt stärker ins Gesundheitswesen

Michael Fiedler

Mehr Hinweise, mehr Fälle – aber kein neuer Schadensrekord: Die DAK-Gesundheit beobachtet beim Abrechnungsbetrug zunehmend professionell organisierte Strukturen. Besonders auffällig sind gefälschte Rezepte und Betrugsmodelle in der Pflege. Nun fordert die Krankenkasse auch bessere Voraussetzungen, um KI kassenübergreifend gegen Betrug einsetzen zu können.

Mehr Hinweise – aber weniger Schaden als im vorherigen Bericht

Auch die Zahl der eingegangenen Hinweise ist deutlich gestiegen. Gegenüber 2022 und 2023 verzeichnet die DAK ein Plus von 29,94 Prozent. Die Krankenkasse führt dies unter anderem darauf zurück, dass sich Fälle häufen, die der organisierten Kriminalität zugerechnet werden. Bundesweit oder über mehrere Bundesländer hinweg agierende Strukturen können zahlreiche einzelne Hinweise erzeugen, die anschließend einem gemeinsamen Fall zugeordnet werden müssen. Bei der Schadensentwicklung ergibt sich dagegen ein anderes Bild. Für 2024 und 2025 beziffert die DAK den entstandenen Schaden auf 15,6 Millionen Euro. Im vorherigen Berichtszeitraum waren es 17,6 Millionen Euro und damit knapp zwölf Prozent mehr. Einige Großfälle mit Millionenschäden beeinflussen die Gesamtsumme erheblich. Die aktuelle Entwicklung lässt sich deshalb nicht einfach als kontinuierlich steigende Schadenskurve beschreiben.

Vielmehr nehmen Fall- und Hinweiszahlen zu, während die festgestellte Schadenssumme auf hohem Niveau schwankt. Damit setzt sich eine Entwicklung fort, die experten.de seit mehreren Jahren begleitet.

- 2021: Abrechnungsbetrug führt zu steigenden Schäden im Gesundheitswesen
- 2023: Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen: Schäden im dreistelligen Millionenbereich
- 2025: Betrug im Gesundheitswesen auf Rekordniveau: Kassen fordern Reformen

Der aktuelle DAK-Bericht erweitert diese Entwicklung um einen wichtigen Aspekt: Nicht allein die Schadenshöhe, sondern zunehmend Organisation und Professionalität der Betrugsmodelle werden zum Problem. „Während in der Vergangenheit Einzeltäter oder kleinere Netzwerke im Fokus standen, agieren heute zunehmend professionell organisierte Strukturen, die gezielt Schwachstellen im System ausnutzen“, erklärt Jürgen Schneider, Leiter der Stabsstelle Revision

und Fehlverhaltensbekämpfung bei der DAK-Gesundheit. Dadurch würden Ermittlungen aufwendiger, Schäden größer und die Aufklärung langwieriger.

Gefälschte Rezepte verursachen Millionenschäden

Den höchsten Schaden registrierte die DAK bei Arznei- und Verbandmitteln. Hier entstanden 2024 und 2025 Schäden von insgesamt 5,5 Millionen Euro. Als wesentliche Ursache nennt die Krankenkasse Rezeptfälschungen. Betroffen waren unter anderem hochpreisige Krebsmedikamente und Antiadiposita, sogenannte Abnehmspritzen. Allein zwischen April 2024 und November 2025 registrierte die DAK rund 1.000 Rezeptfälschungen mit einem Schaden von etwa 1,1 Millionen Euro. „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. Die konsequente Umsetzung des E-Rezepts könne nach seiner Einschätzung helfen, diese Betrugsform einzudämmen.

Fast jeder zweite Betrugsfall betrifft die Pflege

Nach Fallzahlen liegt ein weiterer Schwerpunkt in der Pflege. Fast jeder zweite Betrugsfall ist diesem Bereich zuzuordnen. Insgesamt entstand dort ein Schaden von 3,6 Millionen Euro. Mehr als zwei Millionen Euro entfielen auf die häusliche Krankenpflege, rund eine Million Euro auf die außerklinische Intensivpflege und mehr als 600.000 Euro auf die Pflegeversicherung. Besonders ausführlich beschäftigt sich der Bericht mit der Verhinderungspflege. Die DAK beschreibt unter anderem rückwirkende Anträge über mehrere Jahre und jeweils bis zum maximal möglichen Leistungsbetrag, Abrechnungen während stationärer Klinik- oder Reha-Aufenthalte sowie Fälle, in denen dieselben Personen für zahlreiche Pflegebedürftige Leistungen abrechneten. Wie weit solche Strukturen reichen können, illustriert ein Fall aus dem Bericht. Ein Bevollmächtigter beantragte demnach für zahlreiche Pflegebedürftige Verhinderungs- und Entlastungsleistungen und ließ Auszahlungen auf sein eigenes Konto überweisen. Bei der DAK betreute er 15 Versicherte. Der Abgleich mit anderen Krankenkassen ergab laut Bericht insgesamt 40 Pflegebedürftige. Auffällig war zudem, dass der Mann selbst Pflegegrad vier hatte. Nachdem die DAK eine Zahlsperrung für seine Bankverbindung eingerichtet hatte, gingen nach Angaben der Krankenkasse weitere Anträge für dieselben Versicherten unter anderem Empfängernamen und mit einer anderen Bankverbindung

ein. Der vorläufige Schaden allein für die DAK beträgt rund 180.000 Euro. Die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen dauern an.

Pflegehilfsmittelboxen werden zum Betrugsmodell

Ein weiteres Problem sieht die Krankenkasse bei Pflegehilfsmittelboxen. Pflegebedürftige können zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel wie Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel oder Schutzschürzen erhalten. Leistungserbringer können dafür derzeit bis zu 42 Euro monatlich mit den Pflegekassen abrechnen. Nach Darstellung der DAK nutzen unseriöse Anbieter dieses System aus. Teilweise würden Pflegebedürftige oder Angehörige telefonisch kontaktiert und mit einer vermeintlich kostenlosen Versorgung angesprochen. Anschließend komme es zu regelmäßigen Lieferungen, obwohl ein Vertrag nicht bewusst abgeschlossen worden sei oder bereits eine anderweitige Versorgung bestehe. Daneben beschreibt der Bericht Online-Angebote, bei denen Unternehmen Unterstützung bei der Beantragung eines Pflegegrades oder anderer Pflegeleistungen anbieten. Dabei werden persönliche Gesundheitsdaten und elektronische Unterschriften abgefragt. Nach Darstellung der DAK können diese Angaben anschließend auch für Verträge über Pflegehilfsmittelboxen und deren Abrechnung gegenüber den Pflegekassen verwendet werden. Damit entsteht ein Spannungsfeld: Leistungen sollen für Pflegebedürftige möglichst unkompliziert zugänglich sein. Vereinfachte Verfahren können jedoch zugleich neue Möglichkeiten für professionellen Missbrauch eröffnen.

DAK will KI kassenübergreifend gegen Betrug einsetzen

Mit der zunehmenden Digitalisierung verändern sich allerdings nicht nur die Betrugsmöglichkeiten. Auch bei deren Erkennung sieht die DAK neue technische Möglichkeiten. Die Krankenkasse fordert eine sichere und verbindliche datenschutzrechtliche Grundlage für den kassenübergreifenden Einsatz von KI-Werkzeugen. Entsprechende Angebote zur Betrugsprävention und -aufklärung seien bereits verfügbar. „Künstliche Intelligenz kann sowohl zur Betrugsaufklärung als auch zur Vorbeugung von Betrugsfällen beitragen“, erklärt Zachert. Um dieses Potenzial kassenübergreifend nutzen zu können, brauche es nun die entsprechende rechtliche Grundlage. Derzeit arbeitet bei der DAK eine 18-köpfige Ermittlungsgruppe bundesweit an der Bekämpfung von Fehlverhalten. Dabei kooperiert

die Krankenkasse unter anderem mit anderen Kassen, Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaften.

Der aktuelle Bericht zeigt damit weniger eine neue Rekordmarke als eine Verschiebung des Problems: Abrechnungsbetrug wird nach Beobachtung der DAK häufiger arbeitsteilig, überregional und professionell organisiert. Die Herausforderung für Krankenkassen und Ermittlungsbehörden besteht deshalb zunehmend darin, ihre eigene Zusammenarbeit und Datenanalyse ebenfalls über einzelne Fälle und Institutionen hinweg zu organisieren.

Versicherungs- und Finanznachrichten

expertenReport



<https://www.experten.de/id/4952103/Abrechnungsbetrug-Organisierte-Kriminalitaet-rueckt-staerker-ins-Gesundheitswesen/>