

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

**Bericht des Vorstandes
über die Arbeit der
Stelle zur Bekämpfung
von Fehlverhalten im
Gesundheitswesen nach
§ 197a SGB V, § 47a SGB XI**

Berichtszeitraum: 01.01.2024 – 31.12.2025

KKH

Kaufmännische Krankenkasse



**Herzlich
willkommen**

**Wir sind
für Sie da!**

Inhalt

1	Einleitung	4			
1.1	Wesentliche gesetzliche Änderungen	4	4.6	Datenbasierte Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten	27
1.1.1	Gesetz zur Anpassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (SGB VI-Anpassungsgesetz – SGB VI-AnpG)	4	4.6.1	Erkennung von Fehlverhalten im Leistungsbereich Heilmittel basierend auf KI-Modellierungen	27
1.1.2	Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege	6	4.6.2	Kooperation mit dem Fraunhofer Institut ITWM zur Arzneimittel-detektion mittels KI-Methoden	27
1.1.3	Fehlverhaltensbekämpfung de lege ferenda: § 197a Abs. 3c SGB V	7	4.6.3	Weitere Projekte im Bereich Arzneimittel	28
1.2	Organisatorische/personelle Veränderungen	7	4.6.4	Projekte mit dem GKV-SV	28
1.3	Kenntnisnahme durch die Aufsichtsbehörde/den GKV-SV	8	4.6.5	Lösungsansätze zur optimierten Fallbearbeitung	28
1.4	Veröffentlichung des Berichtes	8	5	Zusammenarbeit mit anderen Institutionen	29
2	Das BKMS®-System	9	5.1	PKV	29
3	Fachtagung „Betrug im Gesundheitswesen“	10	5.2	Deutsche Rentenversicherung (DRV)	30
			5.3	Finanzämter	31
			5.4	Strafverfolgungsbehörden	31
4	Tätigkeiten der Stelle im Berichtszeitraum	11	6	Referententätigkeit und Publikationen	33
4.1	Kennzahlen für den GKV-SV	11	6.1	Extern	33
4.2	Darstellung der bearbeiteten Fälle	11	6.2	Intern	34
4.2.1	Fallzahlen/-status	11	7	Medien-Aktivitäten	34
4.2.2	Anfangsverdachte	13	8	Rechtsprechung	37
4.2.3	Verteilung nach Bundesländern	14			
4.2.4	Leistungsbereiche	15			
4.2.5	Hinweisgeber	16			
4.2.6	Forderungen	18			
4.2.7	Zahlungseingänge	18			
4.2.8	Unterrichtung der Staats-anwaltschaften	19			
4.3	Betrugsmuster	20			
4.4	Konkrete Fallbeispiele	21			
4.4.1	Luftleistungen bei Pflegekursen	21			
4.4.2	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	23			
4.4.3	Luftleistungen bei Verhinderungspflege	25			
4.4.4	Betrug bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen	25			
4.5	Weiteres Fehlverhalten: Wechsel aus der PKV in die GKV	25			

1 Einleitung

Auch über 20 Jahre nach Einführung der gesetzlichen Verpflichtung zur Errichtung von Stellen zur Bekämpfung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Kranken- und Pflegekassen bleibt dieser Bereich sehr dynamisch. Die zentrale Vorschrift des § 197a SGB V hat sich seitdem zahlreichen Anpassungen und Ergänzungen unterzogen, was nicht zuletzt an den sukzessiv hinzugekommenen Absätzen 3a und 3b zu erkennen ist (mit einem Absatz 3c könnte als Nächstes zu rechnen sein). Doch auch andere für die Fehlverhaltensbekämpfung relevante Vorschriften im SGB V, SGB XI und weiteren Sozialgesetzbüchern wurden geändert oder sind neu aufgenommen worden. So auch im Berichtszeitraum 2024/2025. Zudem sind neue für die Praxis bedeutsame Entscheidungen in der Rechtsprechung ergangen und die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Institutionen wurde intensiviert – insbesondere mit den Strafverfolgungsbehörden.

Im Wandel sind auch die Betrugsmuster bzw. die Phänomenologie des Fehlverhaltens. Fehlverhaltenssachverhalte und -fälle werden zunehmend komplexer und umfangreicher – in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht. Hinzu kommen neue oder bislang unbekannte Betrugsmuster. Umso wichtiger ist es – mit Blick auf die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen – Strategien zu entwickeln, um Fehlverhalten bestenfalls zu verhindern und bereits eingetretenes effektiver und effizienter zu bekämpfen. Bei voranschreitender Digitalisierung und Automatisierung ist technische Unterstützung für eine angemessene Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben nach § 197a SGB V unumgänglich. Bei steigenden Leistungsausgaben im Gesundheitswesen kann daher eine signifikant höhere Effektivität und Effizienz in der Fehlverhaltensbekämpfung ein nicht unwesentlicher Faktor für einen effizienteren Einsatz der Finanzmittel der Kassen sein und zugleich einer sachgerechten Versorgung zugekommen – ganz im Sinne des im Sozialrecht geltenden Wirtschaftlichkeitsgebots und der

gesetzgeberischen Begründung zu den §§ 197a SGB V und 47a SGB XI vor über 20 Jahren.

1.1 Wesentliche gesetzliche Änderungen

1.1.1 Gesetz zur Anpassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (SGB VI-Anpassungsgesetz – SGB VI-AnpG)

Bereits Eingang gefunden hat in das SGB X das Entwickeln von KI-Modellen und -Systemen bezogen auf die eigenen Kassendaten durch Änderungen des § 67c Abs. 3 SGB X gemäß dem SGB VI-Anpassungsgesetz – SGB VI-AnpG. Hierdurch bedingt sind die Regelungen des § 67c Abs. 3 SGB X a. F. im § 67c Abs. 4 SGB X n. F. wiederzufinden.

§ 67c Abs. 3 SGB X n. F.

Die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen dürfen die von ihnen für einen anderen Zweck erhobenen Sozialdaten auch zum Entwickeln, insbesondere zum Trainieren, Validieren und Testen, von KI-Modellen und KI-Systemen speichern, verändern oder nutzen, soweit die Daten dafür erforderlich sind, die Verwendung von anonymisierten Daten zu einer Verfälschung der Verarbeitungsergebnisse führen würde und die KI-Modelle und KI-Systeme der Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Gesetzbuch durch dieselbe Stelle dienen. Die Sozialdaten sind zu pseudonymisieren. Unter den in Satz 1 genannten Voraussetzungen dürfen die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen auch pseudonymisierte Sozialdaten von anderen in § 35 des Ersten Buches genannten

Stellen erheben, speichern, verändern oder nutzen, soweit diese übermittelten Daten in einem sachlichen Zusammenhang zum Aufgabenbereich der erhebenden Stelle stehen. Die nach den Sätzen 1 bis 3 erhobenen, gespeicherten, veränderten oder genutzten Daten dürfen nur für die in Satz 1 genannten Zwecke verwendet werden; die Stellen nach den Sätzen 1 und 3 haben die hierfür angemessenen technischen und organisatorischen Vorkehrungen, wie technische Zugriffsbeschränkungen auf eine begrenzte Anzahl von Mitarbeitern, deren besondere Qualifizierung und eine technische Trennung von Datenbeständen nach ihren unterschiedlichen Verarbeitungszwecken, zu treffen sowie eine angemessene Löschfrist festzulegen. Soweit Daten nach Artikel 9 der Verordnung (EU) 2016/679 verarbeitet werden, gilt § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes entsprechend.

Vor dem Hintergrund des Sinns und Zwecks des SGB VI-Anpassungsgesetz – SGB VI-AnpG ist die Stärkung der Leistungsfähigkeit des Sozialstaats, mitunter durch eine effektivere sowie effizientere Sozialverwaltung bei zugleich zielgerichteterem Einsatz von Ressourcen, die gesetzgeberische Intention hinter der Regelung des § 67c Abs. 3 SGB X, moderne technische Mittel wie KI-Modelle und -Systeme zur Unterstützung der Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben zu entwickeln.

Beispielhaft werden unter dem Begriff „Entwickeln“ das Trainieren, Validieren und Testen von KI-Modellen und -Systemen genannt. Durch den Begriff „insbesondere“ sind die vorgenannten Varianten nicht als abschließend seitens des Gesetzgebers zu verstehen. Der Gesetzgeber macht dabei Gebrauch von der Öffnungsklausel des Art. 6 Abs. 4 der Verordnung (EU) 2016/679 und berücksichtigt

den Erwägungsgrund 50 der Verordnung (EU) 2016/679, da in der Verarbeitung der Daten zur Entwicklung von KI-Modellen und -Systemen ein anderer Zweck verfolgt wird als der ursprünglich vorgesehene.

Nach der Gesetzesbegründung sind unter KI-Modellen u. a. Algorithmen zu verstehen, die etwa mit Hilfe von Verfahren des maschinellen Lernens aus bislang unbekannten Daten bestimmte Muster erkennen lassen (daneben werden noch weitere Anwendungsfälle genannt).

Zum Verständnis von KI-Systemen wird ausdrücklich auf die Verordnung (EU) 2024/1689 – auch als „KI-Verordnung“ oder „AI-Act“ bekannt – Bezug genommen. Unter Berücksichtigung des Erwägungsgrunds 97 der Verordnung (EU) 2024/1689 sind KI-Modelle lediglich Bestandteile eines KI-Systems und können für sich genommen kein eigenes KI-System bilden. Neben einem KI-Modell müssen weitere Komponenten wie etwa eine Nutzerschnittstelle hinzukommen, um in der Gesamtheit von einem KI-System ausgehen zu können.

Der Gesetzgeber hat zudem erkannt, dass je nach Konstellation bzw. KI-Vorhaben unterschiedliche datenschutzrechtliche Maßstäbe heranzuziehen sind. Es gilt zwar gemäß dem Datenminimierungsgrundsatzes der Vorrang, die Daten zu anonymisieren. Wenn dies aber für ein effektives KI-Modell oder -System erforderlich ist, ist die Pseudonymisierung der Sozialdaten zulässig. Dies wird den tatsächlichen Gegebenheiten und Herausforderungen eines praxistauglichen KI-Modells oder -Systems gerecht.

Indem der Gesetzgeber im Rahmen des § 67c Abs. 3 SGB X ein klares Verständnis hinsichtlich der (datenschutz)rechtlichen Rahmenbedingungen zur Entwicklung von KI-Modellen und -Systemen darlegt, gilt es dieses bei weiteren Gesetzesänderungen in den Sozialgesetzbüchern im Zusammenhang mit der Entwicklung und dem Einsatz von KI-Modellen und -Systemen zu beachten, um zueinander im Widerspruch stehende Vorschriften zu vermeiden. Infolgedessen erscheint es angezeigt, den im Entwurf

des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG-E) angedachten § 197a Abs. 3c SGB V in Bezug auf dessen Begründung und Formulierung zu überarbeiten. Insbesondere § 197a Abs. 3c S. 2 SGB V gemäß GVSG-E könnte zu Rechtsunsicherheiten führen und der Entwicklung effektiver, praxistauglicher datenbasierter Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hinderlich sein. Hiernach heißt es, dass der Versichertenbezug vor einer Datenübermittlung zu entfernen bzw. zu löschen ist. Unabhängig vom Umstand, dass entsprechende Datenanalysen auf Grundlage kassenübergreifender zusammengeführter Daten regelmäßig lediglich einen Mehrwert in Bezug auf Fehlverhalten von Leistungserbringern, nicht jedoch von Versicherten (Fehlverhalten bei diesen dürfte bereits aufgrund der kasseneigenen Daten erkennbar sein) haben dürften, ist in verschiedenen Fehlverhaltenskonstellationen die Berücksichtigung von Versichertendaten vorausgesetzt, und -fälle bei Leistungserbringern feststellen zu können. Etwa dann, wenn zur Erkennung von relevantem Fehlverhalten bei Leistungserbringern Versichertendaten wie Alter und Geschlecht entscheidend sind, um die Anomalie, mithin die unplausible Versorgung bzw. Leistungserbringung, zu identifizieren.

Bedingt durch die inhaltliche Verschiebung der Regelung des § 67c Abs. 3 SGB X a. F. nach § 67c Abs. 4 X n. F. war eine redaktionelle Anpassung des § 197a Abs. 1 S. 2 SGB V notwendig.

1.1.2 Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Von Relevanz sind bei den zahlreichen Gesetzesänderungen im Rahmen des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege die Regelungen der Vorschriften nach § 6 Abs. 3a und 3b SGB V. Die vorgenommenen Anpassungen dienen insbesondere dem Zweck, dass inländische gesetzlich Krankenversicherte gegenüber privat Krankenversicherten, die im Ausland eine Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung des jeweiligen EU-Mitgliedstaates erhalten haben,

nicht aufgrund rechtsharmonisierender zwischenstaatlicher und supranationaler Normen benachteiligt werden. Zudem sollen Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und erst nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben versicherungspflichtig werden, nicht in die gesetzliche Krankenversicherung eintreten können unter Aushöhlung der vom Gesetzgeber gewollten Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die vorgenannten Gesetzesänderungen schließen somit gesetzliche Regelungslücken, die zum Teil bewusst und systematisch von Personen ausgenutzt wurden, die den Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) suchten und von Vermittlerpersonen, die dies als lukratives Geschäftsmodell für sich erkannt hatten, dabei gezielt unterstützt wurden.

Sozusagen im Gleichklang zu den vorgenannten Gesetzesänderungen wäre es zu begrüßen, auch die Vorschrift des § 9 SGB V anzupassen. Dies vor dem Hintergrund, den § 9 Abs. 1 SGB V um einen weiteren Ausschlussstatbestand zu ergänzen, um einem rechtsmissbräuchlichen Beitritt aus der privaten Krankenversicherung (PKV) in die GKV präventiv entgegenzuwirken. Denn aufgrund von einschlägig bekannten Fehlverhaltensfällen ist zu befürchten, dass Personen über 55 Jahren, die gemäß § 6 Abs. 3a SGB V in der Regel nicht mehr in eine Versicherungspflicht eintreten können, versuchen, unter den in § 9 SGB V beschriebenen Voraussetzungen eine freiwillige Versicherung in der GKV zu begründen. Dies erfolgt mitunter durch fingierte Beschäftigungsverhältnisse im Ausland – oftmals bei denselben (Schein)Firmen –, um auf diese Weise eine Absicherung in der GKV des betreffenden EU-Mitgliedstaates zu erhalten und sich über harmonisierende Normen nach EU-Recht Zugang zur GKV im Inland zu verschaffen. Auch hier spielen Vermittlerpersonen, die in dieser Vorgehensweise ein profitables Geschäft für sich sehen mögen, eine entscheidende Rolle.

1.1.3 Fehlverhaltensbekämpfung de lege ferenda: § 197a Abs. 3c SGB V

Wie im Bericht nach § 197a Abs. 5 SGB V vom 07.03.2024 erläutert (dort unter 4.6), wäre eine gesetzliche Klarstellung zur Zulässigkeit des Einsatzes von Datenanalyseverfahren und KI von hoher Bedeutung, um insbesondere für eine kassenübergreifende Datenbetrachtung in rechtlicher Hinsicht klare und sichere Rahmenbedingungen zu schaffen. Beabsichtigt war nach dem GVSG-E den § 197a SGB V um einen Absatz 3c zu ergänzen, der ebendiese gesetzliche Klarstellung bewirken sollte. Letztlich ist das GVSG in stark gekürzter Form verabschiedet worden – ohne die vorgenannte Gesetzesergänzung. Eine zeitnahe Berücksichtigung einer entsprechenden Gesetzesergänzung des § 197a SGB V bei dem nächstmöglichen Gesetzespaket wäre vor diesem Hintergrund besonders wichtig, um eine effektive und effiziente Bekämpfung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in adäquater Weise voranzutreiben.

Indessen könnten einige Formulierungen und Ausführungen zur Gesetzesbegründung zu Rechtsunsicherheiten sowie einer geringeren Effektivität entwickelter Datenanalyseverfahren führen. Die kassenübergreifende Zusammenführung von Daten zur Entwicklung von Verfahren zwecks Betrugserkennung hat nämlich grundsätzlich nur einen Mehrwert im Sinne einer erhöhten Effektivität und Effizienz der Fehlverhaltensbekämpfung – mithin im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots – bei solchem Fehlverhalten, das nicht oder nur mit einem verhältnismäßig hohen und damit unwirtschaftlichen Aufwand bei ausschließlicher Anwendung und Prüfung der kasseneigenen Daten aufgedeckt oder verhindert werden kann. Von diesem Gedanken ausgehend ist es folgerichtig, dass es auf Grundlage kassenübergreifender Daten entwickelter Analyseverfahren immanent ist, diese auf eine kassenübergreifende Datenmenge anzuwenden, damit sie praktikabel sind. Entwickelt man etwa ein Verfahren unter Berücksichtigung einer kassenübergreifenden Datenlage, welches ein unplausibles Leistungs- und Abrechnungsverhalten

bezogen auf bestimmte Leistungstage infolge der Diskrepanz zwischen der Anzahl der – z. B. bei einer Physiotherapiepraxis – beschäftigten Mitarbeitenden und dem insgesamt erzielten Abrechnungsvolumen an den betreffenden Leistungstagen aufzeigt, kann der so entwickelte Algorithmus bezogen auf den eigenen, möglicherweise weitaus geringeren Kassendatenbestand nicht die vorgenannten Anomalien im Abrechnungsverhalten zu den betreffenden Leistungstagen darstellen. Denn bei Anwendung des Algorithmus auf den Datenbestand einer einzelnen – insbesondere kleineren – Kasse würde keine wie oben beschriebene Diskrepanz abgebildet werden können, das Abrechnungsvolumen wäre mithin in Relation zur Anzahl der beschäftigten Mitarbeitenden plausibel und damit unauffällig. Ein solches Datenanalyseverfahren ist mindestens auf dieselbe Datenmenge, die als Grundlage zur Entwicklung des Verfahrens diene, anzuwenden, um die gewünschte Effektivität und Effizienz zu erzielen. Nach der Analyse dieser kassenübergreifenden Datenmengen könnten sodann die Ergebnisse – ausschließlich – kassenindividuell zur Verfügung gestellt werden.

1.2 Organisatorische/personelle Veränderungen

Die langjährige Beauftragte der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle – Frau Dina Michels – ist zum 31.05.2024 ausgeschieden. Als versierte Juristin auf diesem Gebiet und „Chefermittlerin“ hat Frau Michels die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle von Beginn an begleitet und aufgebaut sowie über die vielen Jahre ihrer Tätigkeit einen maßgeblichen Beitrag in diesem Bereich geleistet. Für ihre engagierte Arbeit, Fehlverhalten zu bekämpfen – auch proaktiv – und mit präventiven Maßnahmen entgegenzuwirken sowie zu diesem gesellschaftspolitisch relevanten Thema regelmäßig medial und durch wissenschaftliche Beiträge zu sensibilisieren, bedanken wir uns ganz herzlich.

Zugleich wurde zum 01.06.2024 der Jurist Emil Penkov als ihr Nachfolger und neuer Beauftragter der Stelle benannt, der zuvor mehrere Jahre bei der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle und zuletzt als stellvertretender Beauftragter

tätig war. Herrn Penkov wurden im Rahmen einer intensiven 18-monatigen Einarbeitung in angemessenem Umfang wesentlichen Aufgaben und Tätigkeiten sowie die erforderliche fachliche Expertise vertiefend vermittelt. Bereits in dieser Zeit war Herr Penkov u. a. in entsprechender Gremienarbeit eingebunden und als Referent sowie medial tätig.

1.3 Kenntnisnahme durch die Aufsichtsbehörde/den GKV-SV

Der Bericht wird nach Maßgabe von § 197a Abs. 5 Satz 2 SGB V im ersten Halbjahr 2026 sowohl dem Bundesamt für soziale Sicherung als auch dem GKV-SV zugeleitet.

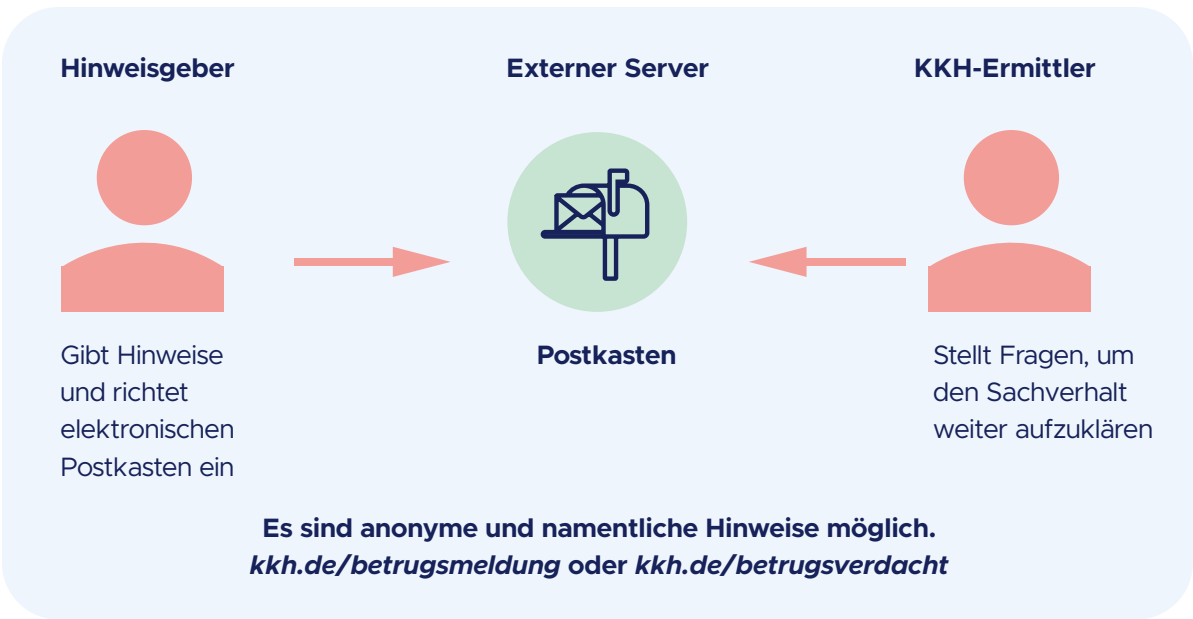
1.4 Veröffentlichung des Berichtes

Der Bericht wird im Internet auf der Homepage der KKH veröffentlicht.

2 Das BKMS®-System

Durch das elektronische Hinweisgebersystem (BKMS®-System) erhielt die KKH 2024/2025 insgesamt 77 Hinweismeldungen. In über der Hälfte (42) dieser Meldungen haben die Hinweisgebenden einen elektronischen Postkasten

eingerichtet. Dieser elektronische Postkasten ermöglicht der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle – auch bei anonymen Hinweisen – die Kommunikation mit den Hinweisgebenden.



Eine Übersicht der eingegangenen Hinweise, die eine Fallerfassung begründeten, ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle:

Fehlverhalten im Gesundheitswesen	2024	2025
Gemeldete BKMS-Hinweise insgesamt	51	26
Aufgenommene Fälle	15	9
Arznei- und Verbandmittel	1	0
ärztliche Leistung	1	0
Außerklinische Intensivpflege (§ 37c SGB V)	0	1
Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	0	4
Heilmittel	6	0
Hilfsmittel	2	1
Krankenhausbehandlung	1	0
Pflegeversicherung (SGB XI)	2	1
Versichertenbezogene Leistungen	2	2

3 Fachtagung „Betrug im Gesundheitswesen“

Die letzte Fachtagung der KKH „Betrug im Gesundheitswesen“ stand gleich aufgrund mehrerer Umstände unter besonderen Vorzeichen. Es konnten zwei Jubiläen gefeiert werden – 20 Jahre Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen seit Inkrafttreten der §§ 197a SGB V und 47a SGB XI im Jahr 2004 sowie die zehnte Fachtagung „Betrug im Gesundheitswesen“. Ferner wurde die Veranstaltung erstmalig extern ausgerichtet. Hierfür stellte uns dankenswerterweise die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) Räumlichkeiten zur Verfügung. Zudem wurde die Beauftragte

der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle – Dina Michels – verabschiedet. Zugleich wurde der Jurist Emil Penkov als ihr Nachfolger und neuer Beauftragter der Stelle vorgestellt.

Bereits in diesem Jahr soll planmäßig die nächste Fachtagung „Betrug im Gesundheitswesen“ stattfinden.

Nachfolgend ein Auszug des Programms zur 10. Fachtagung „Betrug im Gesundheitswesen“:

10. Fachtagung Betrug im Gesundheitswesen

15./16.05.2024
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
Hörsaal A, Gebäude J2
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Tagungsleitung:

Prof. Dr. Andreas Mosbacher
Richter am Bundesgerichtshof für Strafsachen
Dina Michels
Diplom-Juristin, MBA (Risk & Fraud Management)
Beauftragte zur Fehlverhaltensbekämpfung der KKH

Programm Mittwoch, 15.05.2024

13:00 Uhr Check-In (Registrierung, Kaffee, Tee, Gebäck)

14:00 Uhr Eröffnung/Begrüßung durch die Tagungsleitung

14:30 Uhr Impulsreferat
Anhörungsfrist vor Unterrichtung der Staatsanwaltschaft?
Emil Penkov
Diplom-Jurist, Stellv. Beauftragter zur Fehlverhaltensbekämpfung der KKH

14:45 Uhr Die Pflicht zur Unterrichtung der Staatsanwaltschaft gem. § 197a Abs. 4 SGB V und ihr Spannungsverhältnis zu sozialrechtlichen Verfahren
Grit Stottok
Oberstaatsanwältin

Bianca Dittmer
Staatsanwältin als Gruppenleiterin

Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg

15:45 Uhr Pause (Getränke, Obst, Kuchen)

16:15 Uhr Schicksal des Vergütungsanspruchs des Leistungserbringers: Abgrenzung von schädlichen zu unschädlichen Normverstößen
Dr. Roland Flasbarth
Rechtsanwalt, Essen
Schmidt, von der Osten & Huber
Rechtsanwälte Steuerberater Partnerschaft mbB

17:15 Uhr 20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Ein Zwischenfazit aus der Perspektive des GKV-Spitzenverbandes
Dr. Stephan Meseke, LL.M.
Leiter des Stabsbereichs zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
GKV-Spitzenverband, Berlin

17:45 Uhr Ende des ersten Tages

18:30 Uhr Get-together in der Hauptverwaltung der KKH
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover
(Ende: 22:00 Uhr)

Donnerstag, 16.05.2024

09:15 Uhr Begrüßung durch die Tagungsleitung

09:30 Uhr Abrechnungsbetrug durch Vertragsärzte: Rechtsprobleme und Beweisführung anhand von Praxisbeispielen
Silke Kühlborn
Oberstaatsanwältin
Staatsanwaltschaft Leipzig

Antje Schindler
Kriminalhauptkommissarin
Kriminalpolizeiinspektion Leipzig

10:30 Uhr Pause (Getränke, Obst, Gebäck)

11:00 Uhr „Maßangefertigte flachgestrickte Kompressions-Strümpfe“ – Darstellung eines ungewöhnlichen Ermittlungsverfahrens
Thomas Bartsch
Oberstaatsanwalt
Staatsanwaltschaft Mainz

12:00 Uhr Ungeklärte Rechtsfragen im Zusammenhang mit Straftaten im Gesundheitswesen
Prof. Dr. Andreas Mosbacher
Richter am Bundesgerichtshof, 5. Strafsenat, Leipzig

13:00 Uhr Rede | Mahl | Zeit
Mittagessen, Getränke und Zeit zum Reden

14:30 Uhr Fehlverhalten insbesondere nichtärztlicher Leistungserbringer in der aktuellen sozialrechtlichen Rechtsprechung
Dr. Britta Wiegand
Präsidentin des Sozialgerichts Speyer

15:30 Uhr Abrechnungsanforderungen im nichtärztlichen Bereich – Update BSG
Prof. Dr. Bernd Schütze
Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, Kassel

16:30 Uhr Verabschiedung
Dr. Wolfgang Matz
Vorsitzender des Vorstandes der KKH

Ende der Veranstaltung

4 Tätigkeiten der Stelle im Berichtszeitraum

4.1 Kennzahlen für den GKV-SV

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen wurde der GKV-SV nach § 197a Abs. 6 SGB V verpflichtet, das Nähere über die Berichte nach § 197a Abs. 5 SGB V verbindlich zu regeln. Der Gesetzgeber hat diese Ausrichtung gewählt, um eine Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach vergleichbaren Maßstäben zu gewährleisten.

Nach § 197a Abs. 5 SGB V, § 47a SGB XI berichtet der Vorstand der Kranken- und Pflegekasse dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und die Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde und dem GKV-SV zuzuleiten.

Um eine bessere Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit der Berichtsinhalte zu gewährleisten, wurde vom GKV-SV eine Standardisierung und Vereinheitlichung des den Berichten zugrunde liegenden Datenmaterials beschlossen.

4.2 Darstellung der bearbeiteten Fälle

Die nach den Vorgaben des GKV-SV zusammengeführten Ergebnisse werden wie folgt erläutert und ergänzt.

4.2.1 Fallzahlen/-status

Die Prüfgruppe Abrechnungsmanipulation hat seit ihrem Bestehen bis zum Ende des Berichtszeitraums insgesamt 16.110 Fälle aufgegriffen und 14.275 Fälle abgeschlossen.

Zum 31.12.2025 befanden sich danach 1.835 Fälle in Bearbeitung.

Jahr	Aufgegriffene Fälle und Hinweise seit Beginn	Abgeschlossene Fälle und Hinweise seit Beginn (bis 31.12.)	am 31.12. offene Fälle seit Beginn
2024	15.505	13.660	1.845
2025	16.110	14.275	1.835

Abgeschlossene Fälle werden je nach Erledigungsart mit einem entsprechenden Vermerk beendet. Der genaue Fallstatus aller bis zum

Ende des Berichtszeitraumes abgeschlossenen Fälle ergibt sich aus dem folgenden Diagramm.

Top 5 der bis zum 31.12.2025 abgeschlossenen Fälle und Hinweise (14.275)

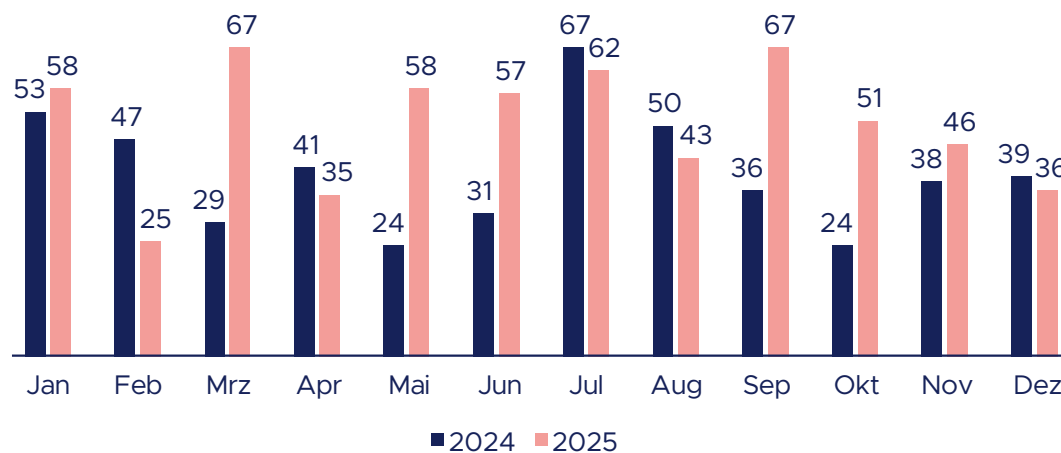


Die beiden folgenden Diagramme stellen die Verteilung der erfassten Hinweise und

abgeschlossenen Fälle im Jahresverlauf des Berichtszeitraums dar:

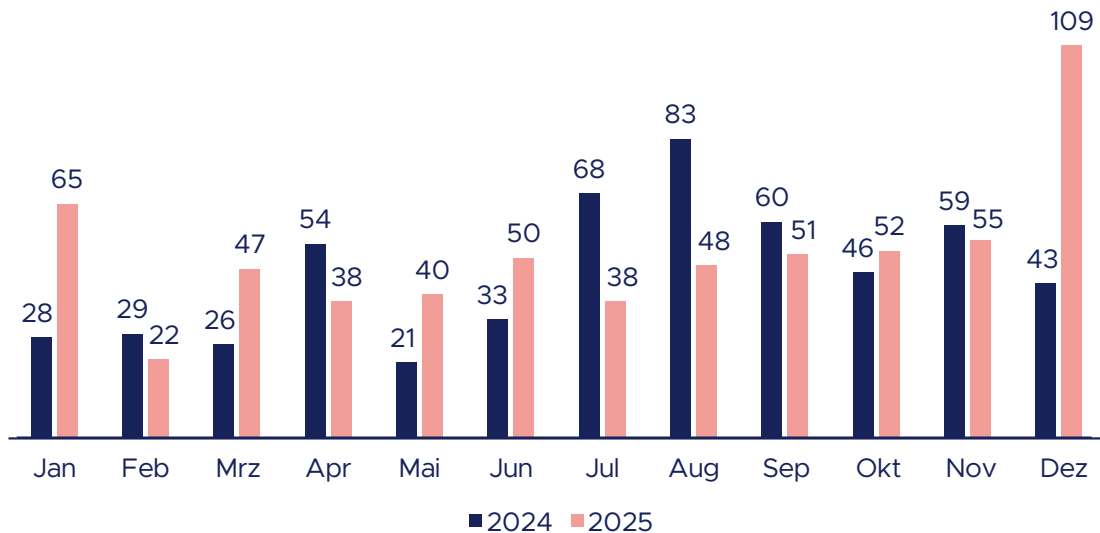
Hinweiserfassung (1.084):

Hinweise und Fälle 2024 + 2025



Auf das Jahr **2024** entfallen hiervon **479 Hinweise und Fälle** und auf das Jahr **2025** insgesamt **605 Hinweise und Fälle**.

Abgeschlossene Fälle und Hinweise 2024 + 2025 (1.165):



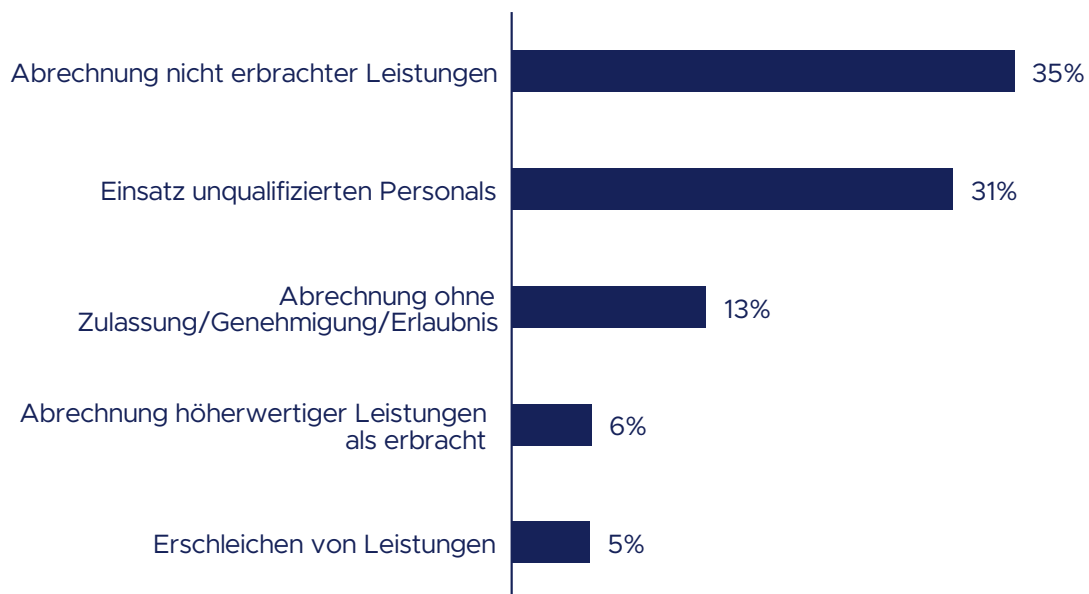
Die Zahl der abgeschlossenen **Fälle und Hinweise** lag im Jahr **2024** bei **505**, im Jahr **2025** waren es **615 Fälle und Hinweise**.

4.2.2 Anfangsverdachte

Den meisten eingegangenen Hinweisen liegt ein glaubhafter Anfangsverdacht zugrunde.

Nachfolgend werden die häufigsten Anfangsverdachte aufgezeigt:

Top 5 Anfangsverdachte

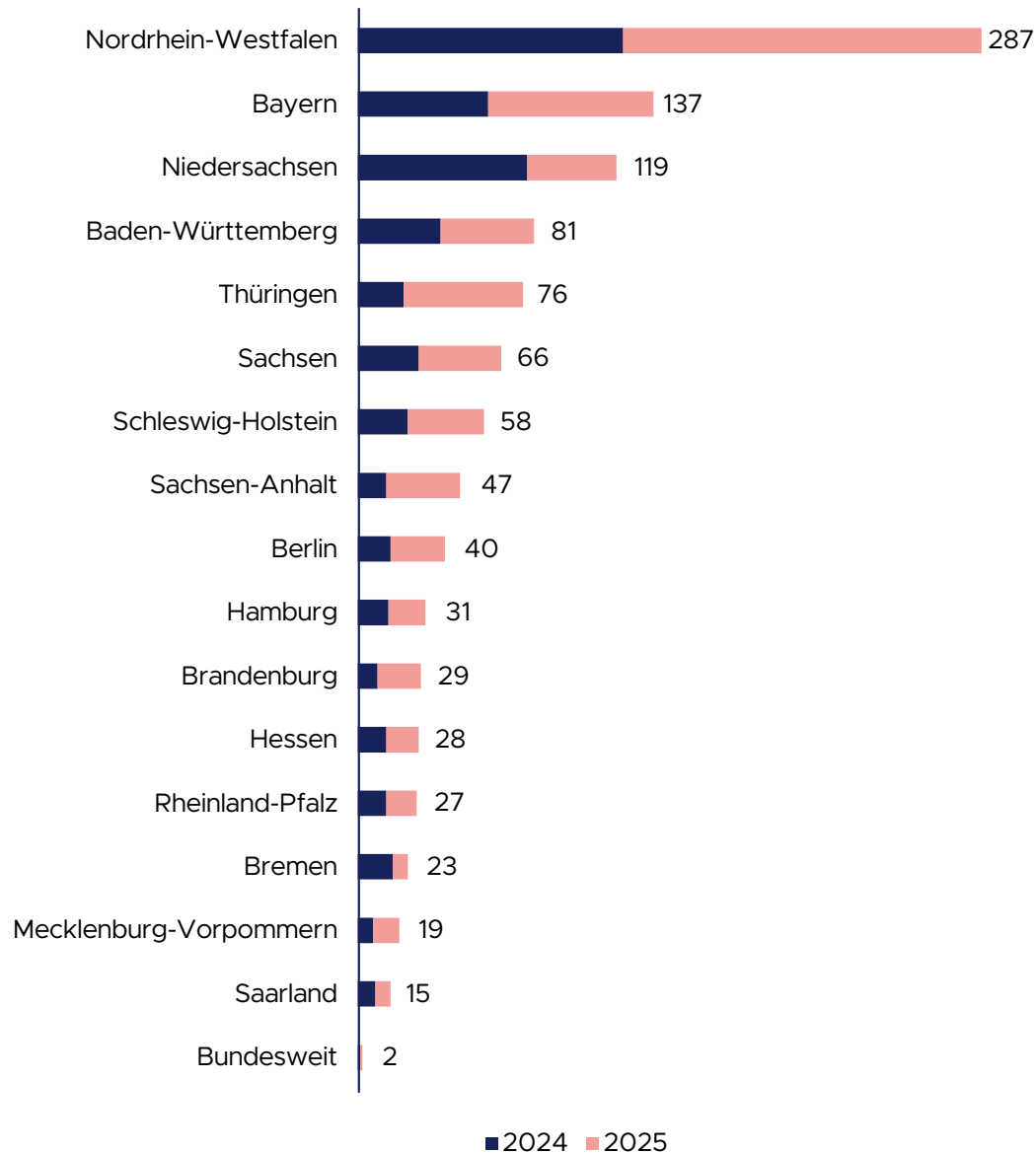


4.2.3 Verteilung nach Bundesländern

Der Eingang und die Bearbeitung der Hinweise erfolgen bundeslandbezogen. Die Aufteilung

der Hinweise und Fälle je Bundesland kann dem folgenden Diagramm entnommen werden:

Fälle/Hinweise (1.084) nach Bundesländern



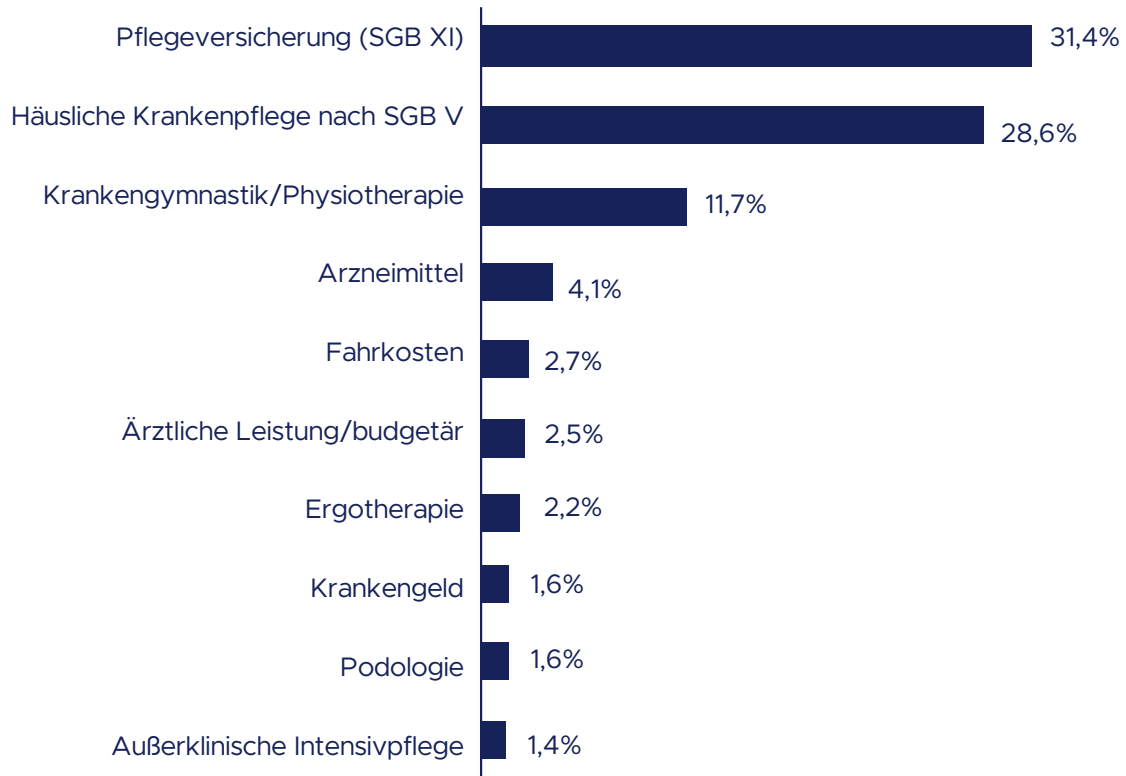
Die meisten Hinweise und Fälle entfielen während des Berichtszeitraumes auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen (287),

gefolgt von den Bundesländern Bayern (136) und Niedersachsen (119).

4.2.4 Leistungsbereiche

Die Neufälle verteilten sich im Berichtszeitraum wie folgt auf die betroffenen Leistungsbereiche:

Top 10 Leistungsbereiche



Wie bereits in den Vorjahren, gab es im Berichtszeitraum 2024/2025 mit großem Abstand die meisten Hinweise zu den Leistungsbereichen der Pflegeversicherung (SGB XI) und der häuslichen Krankenpflege (SGB V). Die Kategorie „Pflege“, die sich aus Pflegeversicherung, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege zusammensetzt, weist einen Anteil von rund 61,4 % auf.

Diese hohe Anzahl von Hinweisen resultiert zu einem beachtlichen Anteil aus Auffälligkeiten, die sich im Rahmen der jährlichen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 114 SGB XI ergaben.

4.2.5 Hinweisgeber

Die Hinweise sind je nach Herkunft, verschiedenen Hinweisgeber-Gruppen zugeordnet, die

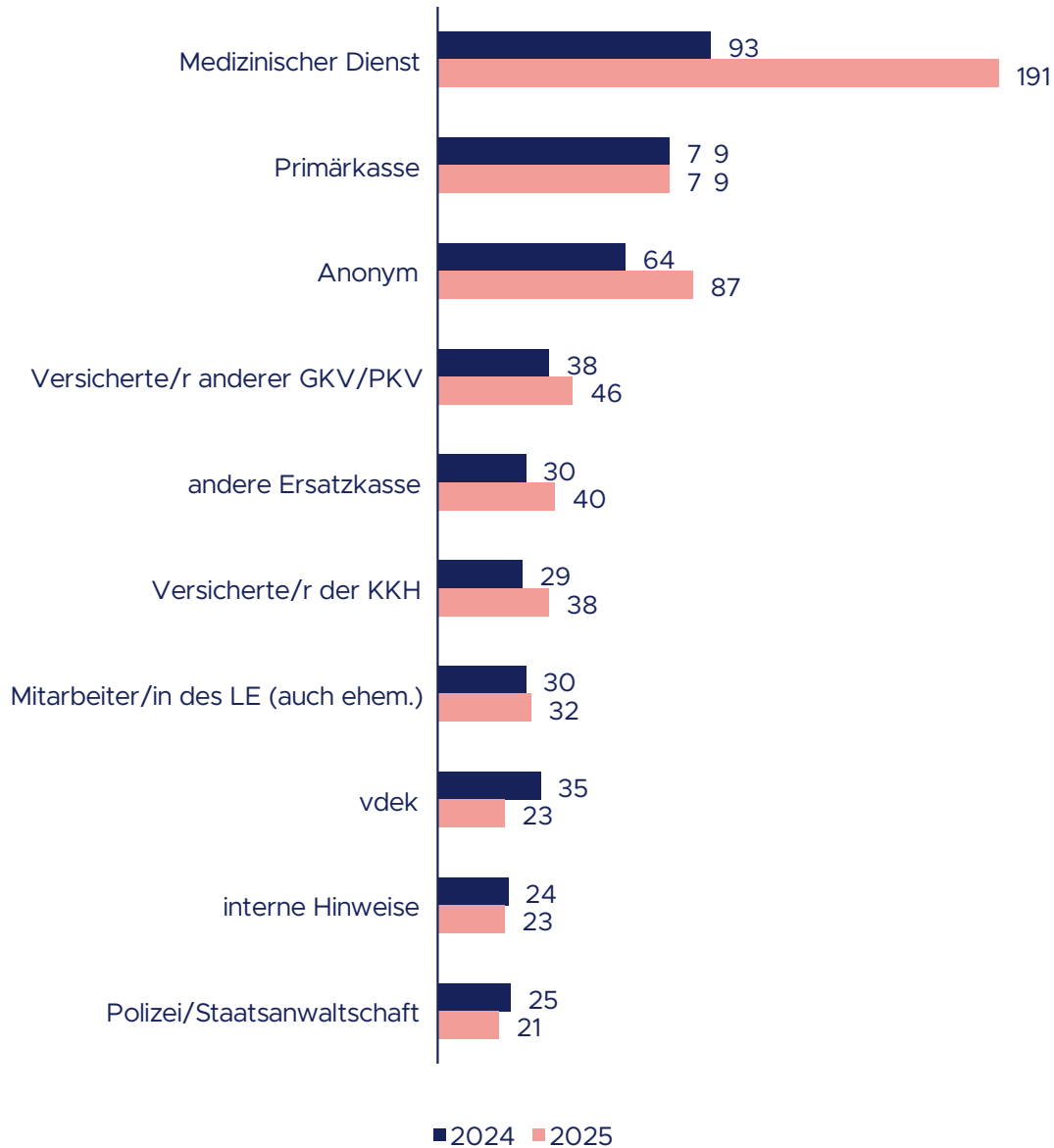
wiederum in interne und externe Quellen unterschieden werden können:

Interne Hinweisgeber	Externe Hinweisgeber
• Arzneimittelbereich • Arztbereich • Beitragsbereich • Beschwerdemanagement • Datenbankanalyse • Dienstleister der KKH • Heilmittelbereich • Hilfsmittelbereich • Justizariat • Krankengeldbereich • Krankenhaus-/Reha-Bereich • Pflegekasse • Regionalzentren/Servicestellen (inkl. Vertrieb) • Regressbereich • Revision • Vertragsbereich (kollektiv/selektiv) • Vorstandsbereich • Zahnarztbereich	• andere Ersatzkasse • Primärkasse • Anonym • Arzt/Ärztin • BAS/Prüfdienste der Krankenkassen • Hauptzollamt • Kammer/Innung/Berufsverband • KV • KZV • Leistungserbringer (ohne Ärzte/ZÄ) • Medizinischer Dienst (MD) • Mitarbeitende des LE (auch ehem.) • Polizei/Staatsanwaltschaft • Presse • Selbstanzeige • Tatbeteiligte • Vdek • Versicherte anderer GKV/PKV • Versicherte der KKH • Zahnärzte

Im Berichtszeitraum sind **1.084 Hinweise** eingegangen, davon 47 interne und 1.037 externe Hinweise.

Dem folgenden Diagramm ist die Verteilung der eingegangenen Hinweise auf die Hinweisgebergruppen zu entnehmen:

Top 10 der Hinweisgebergruppen



Die meisten Hinweise erhielt die KKH vom Medizinischen Dienst (MD) mit 284, gefolgt von den Primärkassen mit 158 und anonymen Hinweisgebern mit 151 Hinweisen.

Wesentliche Faktoren für die hohen Zahlen dieser drei Hinweisgebertypen sind die Prüfberichte des MD nach § 114 SGB XI und der enge Austausch der Krankenkassen in den Arbeitsausschüssen.

4.2.6 Forderungen

Als Forderung wird bei der KKH in jedem Einzelfall der durch das Fehlverhalten verursachte Schaden oder – in Fällen mit schwer zugänglichen Beweisen – der Betrag aus einem Vergleich dokumentiert. Hierbei ist zu beachten, dass nicht immer der vollständige, oft auf mehrere Jahre zurückgehende Gesamtschaden ermittelt werden kann.

Im Jahr **2024** wurden Forderungen in Höhe von **5.424.892,96 Euro** geltend gemacht sowie **2.645.540,73 Euro** im Jahr **2025**, insgesamt **8.070.433,69 Euro**.

Zu den im Berichtszeitraum dokumentierten Forderungen ist anzumerken, dass sich diese zum Teil auf Fälle beziehen, die sich bereits zu Beginn der Berichtsperiode im Bestand befanden, da die Ermittlung von Forderungen höchst zeitintensiv ist. Gelegentlich ist sie auch nur durch die Staatsanwaltschaft und damit erst am Ende eines langwierigen Ermittlungsverfahrens möglich.

Ein wesentlicher Teil der entstandenen Schäden im Bereich Pflege ist auf einen Einzelfall aus Sachsen-Anhalt zurückzuführen – mit einem Forderungsbetrag im Jahr 2024 von über **3,6 Millionen Euro**. Ein ambulanter Pflegedienst hat Kosten für Pflegekurse für eine unrealistisch hohe Teilnehmerzahl in Rechnung gestellt. An den Pflegekursen sollen Personen teilgenommen haben, die selbst pflegebedürftig waren. Daneben aber auch Angehörige und Mitarbeitende der Geschäftsführung des Pflegedienstes. Zudem sollen individuelle Präsenzkurse in Örtlichkeiten stattgefunden haben, in denen der Pflegedienst keine Betriebsstätten oder Ähnliches unterhalten hat. Auch sollen mehrere Teilnehmende von derselben Person zeitgleich geschult worden sein, was im Falle individueller Pflegekurse widersprüchlich ist. Der Fall hat in den Medien eine größere regionale und überregionale Reichweite erfahren und die dahinterstehende Problematik eines für die Bürgerinnen und Bürger möglichst unbürokratischen Leistungsangebots einerseits bei gleichzeitig – gesetzlich bedingten – gänzlich fehlenden Prüf- und Kontrollmechanismen der

Kassen gegen Sozialleistungsmissbrauch andererseits aufgezeigt.

Abschließend erwähnenswert ist der neu hinzugekommene Leistungsbereich der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V. Hierauf entfallen Schäden in Höhe von **570.629,38 Euro**.

Mit insgesamt **über 8 Millionen Euro** festgestellter Forderungen übersteigen die aufgedeckten Schäden für die Jahre 2024 und 2025 zum Teil deutlich die der vorangegangenen Berichtszeiträume.

4.2.7 Zahlungseingänge

In Abgrenzung zu den „gesicherten Forderungen“ werden hier die Zahlungseingänge aller abgeschlossenen und offenen Fälle abgebildet. Dies waren im Jahr **2024** ein Betrag in Höhe von **580.354,19 Euro** und im Jahr **2025** ein Betrag in Höhe von **734.711,94 Euro**, insgesamt **1.315.066,13 Euro**.

Die Forderungen und Zahlungseingänge eines Jahres stehen nur zu einem kleinen Teil in einer unmittelbaren Beziehung zueinander, weil ein Großteil der eingehenden Gelder auf Fälle der vorangegangenen Jahre entfällt.

Hohe Zahlungseingänge waren insbesondere im Arzneimittelbereich zu verzeichnen. Im Rahmen eines langjährigen Verfahrens gegen eine aus mehreren Ärztinnen und Ärzten bestehende Berufsausübungsgemeinschaft wurde bei einem Versichertenmitglied der KKH eine medizinisch nicht indizierte, mithin nicht bedarfsgerechte Versorgung mit Medikamenten im Zusammenhang mit einer im Raum stehenden Hämophilie (Blutgerinnungsstörung) festgestellt. Infolgedessen wurde erfolgreich ein Betrag in Höhe von **191.084,00 Euro** im Jahr 2024 regressiert.

Darüber hinaus hat die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle bei einem größeren Leistungserbringer für Wundversorgung verschiedene Auffälligkeiten festgestellt, insbesondere Abrechnungen von tatsächlich nicht erbrachten Leistungen (sog. „Luftleistungen“), die aus der Tätigkeit der alten Geschäftsführung resultier-

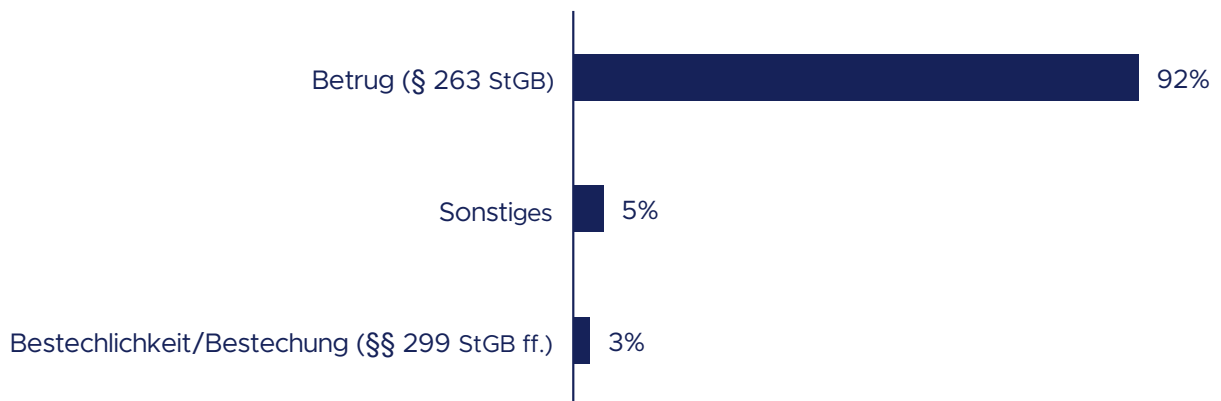
ten. Im Rahmen einer kassenartübergreifenden Zusammenarbeit und außergerichtlichen Schadensregulierung erfolgten somit Rückzahlungen an die Krankenkassen insgesamt in Millionenhöhe. Erste Teilzahlungen zugunsten der KKH in sechstelliger Höhe sind bereits 2023 erfolgt. Auf das Jahr 2025 entfielen mithin weitere **174.052,61 Euro**.

Ferner konnte die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle im Zusammenhang mit der Bearbeitung von Fällen aus einer großflächigen Razzia bei ambulanten Pflegediensten (s. Bericht nach § 197a Abs. 5 SGB V für den Zeitraum der Jahre 2022 und 2023 vom 07.03.2024) weitere Schadensregulierungen fortsetzen und bei einem Leistungserbringer häuslicher Krankenpflege erfolgreich festgestellte Forderungen im Jahr 2025 in Höhe von **173.680,28 Euro** betreiben. Das Fehlverhalten betraf insbesondere Abrechnungen von „Luftleistungen“ und solchen Leistungen, die durch unqualifiziertes Personal erbracht wurden.

4.2.8 Unterrichtung der Staatsanwaltschaften

Weist ein Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung hin, die nicht nur von geringfügiger Bedeutung für die Gesetzliche Krankenversicherung ist, so wird grundsätzlich die Staatsanwaltschaft von der KKH über das Vorgehen unterrichtet. Im Berichtszeitraum wurden insgesamt **33 Strafanzeigen** erstattet. Hierbei ist zu beachten, dass bei Fällen, die federführend von einer Krankenkasse für andere Krankenkassen bearbeitet werden, nur die federführende Krankenkasse die Staatsanwaltschaft unterrichtet. Die Zuordnung der Strafanzeigen zu einem bestimmten Straftatbestand ergibt sich aus dem folgenden Diagramm, das sich nur auf die Strafanzeigen der KKH bezieht.

Gründe für KKH-Strafanzeigen



Die meisten Strafanzeigen erfolgten nach wie vor wegen Betruges nach § 263 StGB.

Anfangsverdachte, die eine Unterrichtung der Staatsanwaltschaft begründeten, ergaben sich

vor allem aus der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (39%), dem Erschleichen von Leistungen (21%), dem unbefugten Handel mit Arzneimitteln (9%) und der Abrechnung ohne Zulassung/Genehmigung/Erlaubnis (9%).

4.3 Betrugsmuster

Ständiger Begleiter bei den Betrugsmustern in fast allen Leistungsbereichen ist die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (siehe 4.2.2, Tabelle Anfangsverdachte) und der Einsatz unqualifizierten oder nicht ausreichend qualifizierten Personals. Im Folgenden werden ergänzend einige exemplarische Betrugsmuster aus verschiedenen Leistungsbereichen geschildert:

Pflege

- Einsatz nicht oder nicht ausreichend qualifizierten Personals
- Versorgung in Wohneinheit wird nicht gemeldet und damit die Versorgung in der Häuslichkeit weiterhin abgerechnet
- Vermietung von Räumlichkeiten in einer Wohneinheit durch den Pflegedienst selbst oder über eingeschaltete Dritte (Strohleute)
- Verstoß gegen vereinbarte Betreuungsschlüssel

Verhinderungspflege

- Ersatzpflegeperson erbringt keine Leistungen, wird aber vergütet
- Leistungserschleichung durch Versicherte

Weitere versichertenbezogene Pflegeleistungen

- Abrechnung nicht erbrachter Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI
- Abrechnung nicht durchgeführter wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI

Pflegekurse nach § 45 SGB XI

- Abrechnung nicht erbrachter Schulungen in großem Umfang

Heilmittel

- Einsatz nicht ausreichend qualifizierten Personals, bspw. Ausführung von Zertifikatsleistungen ohne die erforderliche Zusatzausbildung (manuelle Lymphdrainage, manuelle Therapie, Krankengymnastik am Gerät, Propriozeptive Neuromuskuläre Facilitation (PNF), Krankengymnastik nach Bobath oder Vojta, KG-ZNS [Erwachsene] und KG-ZNS-Kinder)

- Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten oder ihnen nahestehenden Personen am Leistungserbringerunternehmen
- Abrechnung von Hausbesuchen in der Wohnung des Patienten, obwohl diese in sozialen Einrichtungen erbracht wurden
- Hinzufügen von Heilmitteln auf der ärztlichen Verordnung, nachdem der Patient die erbrachten Leistungen erhalten hat und bevor das Rezept mit der Krankenkasse abgerechnet wurde.

Hilfsmittel

- Betreiben von Filialbetrieben zur Hilfsmittelabgabe ohne Präqualifizierung
- Abgabe von handwerklich hergestellten Hilfsmitteln (Meisterpräsenz erforderlich) in Filialbetrieben ohne entsprechende Berechtigung und Abrechnung über den Meisterbetrieb (i. d. R. die Hauptstelle)
- Abgabe von Hilfsmitteln in der Arztpraxis durch Personen, die der Ärztin/dem Arzt nahestehen (bspw. Ehefrau/-mann oder Kinder) und die nur zu diesem Zweck ein Sanitätshaus gründen. So bleibt der mit der Abgabe und Abrechnung der Hilfsmittel auf der Grundlage der Verordnungen erzielte Gewinn „in der Familie“

Arzneimittel

- Abrechnung von (auch durch Dritte) gefälschten Rezepten
- Abrechnung anderer Arzneimittel, als tatsächlich abgegeben wurden
- Hinzufügen von Arzneimitteln, nachdem die verordneten Arzneimittel an den Patienten abgegeben worden sind, aber bevor die Verordnungen mit den Krankenkassen abgerechnet wurden

AAG-Leistungen (U1 + U2)

- Schein-Unternehmen/-Arbeitgeber
- Ausbeutung von Schein-Arbeitnehmern
- Unberechtigte Anträge auf Leistungen in großem Umfang

Ärzte

- Doppelabrechnung an der Schnittstelle Arzt/Krankenhaus
- Mehrfachabrechnung von Gebührenordnungsziffern, die nur einmal im Quartal/Jahr abgerechnet werden dürfen

MVZ

- Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen
- Abrechnung von Leistungen, die ohne die erforderliche Facharztausbildung erbracht werden
- Einsatz von Strohleuten als ärztliche Leitung; die tatsächliche Leitung nimmt ein Nicht-Arzt wahr

4.4 Konkrete Fallbeispiele

4.4.1 Luftleistungen bei Pflegekursen

Im Rahmen einer Betriebsprüfung eines ambulanten Pflegedienstes in Sachsen-Anhalt durch das zuständige Finanzamt konnten mehrere Auffälligkeiten festgestellt werden, die schließlich in einer Beanzeigung gegenüber der Polizei mündeten. Dabei hat das Finanzamt ein Leistungserbringungsverhalten festgestellt, das unplausibel, mithin auffällig abweichend von einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung erschien (s. dazu bereits Punkt 4.2.6).

Gut zu wissen: Pflegekurse

Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen sollen die Möglichkeit haben, unentgeltlich an Schulungs- bzw. Pflegekursen teilzunehmen. Dies verbunden mit dem Ziel, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Hierzu sind die Pflegekassen verpflichtet. Ebenso, Pflegekurse in digitaler Form anzubieten. Die Kurse können die Pflegekassen selbst, über andere Pflegekassen oder gänzlich über geeignete Dritte anbieten.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle der KKH hat regelmäßig in großem Umfang den Strafverfolgungsbehörden Zuarbeit geleistet, um das Ausmaß des im Raum stehenden Abrechnungsbetrugs ermitteln zu können. Im Rahmen von Durchsuchungen wurde über eine halbe Million Euro sichergestellt. Staatsanwaltschaft und Polizei haben schließlich im Jahr 2024 eine für die KKH schadensrelevante Zwischensumme in Höhe von über 3,6 Mio. Euro ausermittelt. Dabei handelt es sich lediglich um den festgestellten Mindestschaden. Die Ermittlungen dauern noch an.

Der Beispielsfall im Bereich der Pflegekurse verdeutlicht die Notwendigkeit einer Intensivierung der Zusammenarbeit nicht nur der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen untereinander, sondern interinstitutionell mit anderen Behörden, die regelmäßig über Informationen verfügen, welche den Verdacht auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen begründen können. Zwar finden sich allgemeine Datenübermittlungsbefugnisse in § 31a Abs. 1 S. 1 Nr. 2, 3 AO wieder, die überdies nach § 31a Abs. 2 S. 1 AO grundsätzlich verpflichtend sind. Jedoch sieht der § 31a Abs. 2 S. 3 AO einen Ausnahmestand von der Übermittlungspflicht vor bei einem unverhältnismäßigen Aufwand zur Erfüllung dieser Pflicht seitens des übermittelnden Finanzamts. Eine spezialgesetzliche Regelung die Fehlverhaltensbekämpfung betreffend, die eine Zusammenarbeit und einen entsprechenden Datenaustausch mit Finanzbehörden erleichtert und effektiviert, wäre daher zu begrüßen – etwa im § 197a Abs. 3b SGB V verortet.

Die Problematik zeigt sich in den niedrigen Voraussetzungen einer Teilnahmeberechtigung an solchen Pflegekursen. Denn nach § 45 SGB XI darf jede Person entsprechende Kursangebote wahrnehmen, wenn sie an der Pflege interessiert und lediglich ehrenamtlich tätig ist. Die an der Pflege interessierte Person muss dabei die Pflege nicht unmittelbar nach dem Kurs erbringen, vielmehr genügt ein grundsätzliches Pflegeinteresse. Demnach stehen Pflegekurse nicht nur kasseneigenen Mitgliedern, sondern auch Versicherten anderer Kassen zur Verfü-

gung. Aufgrund des weit gefassten Wortlauts der Vorschrift sind auch Privatversicherte teilnahmeberechtigt. Da also ein konkreter Kas- senbezug der pflegeinteressierten Person nicht notwendig ist, ist eine umfangreiche Abfrage personenbezogener Daten datenschutzrecht- lich kritisch zu betrachten, mithin dürfte sie regelhaft unzulässig sein.

Aus Sicht des BAS entscheidend ist in diesem Zusammenhang der aus § 45 SGB XI resultie- rende Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen, dem in der Vorschrift genannten Personenkreis die Teilnahme an Pflegekursen anzubieten, wobei das Gesetz nicht auf das Versiche- renverhältnis, mithin nicht auf eine Beziehung zwischen Teilnehmenden und der anbietenden Pflegekasse als Voraussetzung zur Teilnahme an einem Pflegekurs abstellt. Die versiche- renbezogenen Daten seien daher keine für die Aufgabenwahrnehmung benötigten Daten nach §§ 93, 94 SGB XI.

Es ist zwar richtig, dass jede Person, die zum Personenkreis des § 45 SGB XI zählt, an einem Pflegekurs einer Pflegekasse teilnehmen darf – umgekehrt, dass die Pflegekasse jeder Person nach § 45 SGB XI die Möglichkeit zur Teilnah- me an einem Pflegekurs anbieten muss.

Um jedoch überprüfen zu können, dass die Personen auf den Teilnahmelisten tatsächlich existent sind, mithin zum Personenkreis des § 45 SGB XI zählen, ist eine eindeutige Identifi- kation der am Pflegekurs Teilnehmenden Vor- aussetzung. Erst dann wird die aus § 45 SGB XI resultierende Aufgabe seitens der Pflegekasse vollumfänglich wahrgenommen. Eine Identifi- kation der Teilnehmenden dürfte im Übrigen nicht dem gesetzgeberischen Willen widersprechen, dass die Pflegekassen jeder Person aus dem Personenkreis des § 45 SGB XI die Teilnahme an einem Pflegekurs ermöglichen. Mit der Identifikation der Teilnehmenden soll gerade nicht der Zugang einer Teilnahme am Pflege- kurs aufgrund der Versichertenzugehörigkeit verwehrt oder erschwert werden, sondern viel- mehr wie vorgenannt dargestellt die Existenz der Teilnehmenden sowie deren Zugehörigkeit zum Personenkreis des § 45 SGB XI festgestellt werden.

Aus der Notwendigkeit der Feststellung der teilnehmenden Personen als Aufgabe i. S. d. § 45 SGB XI ergibt sich zudem eine weitere, darüberhinausgehende Aufgabe der Pflege- kasse. Selbst wenn man die Identifikationsfest- stellung nicht als Aufgabe im engeren Sinne des § 45 SGB XI versteht, ist sie notwendig zur angemessenen Aufgabenwahrnehmung der Bekämpfung von Sozialleistungsmissbrauch, da zum Aufgabenkatalog der Sozialleistungsträger i. S. d. §§ 93 SGB XI und 35 Abs. 1 SGB I auch die Sicherstellung der sachgerechten Verwen- dung der Mittel gehört. Diese Aufgabe, die bereits aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot und einer bedarfsgerechten Leistungserbringung i. S. d. § 29 SGB XI resultiert, hat der Gesetz- geber über die §§ 197a SGB V, 47a SGB XI besonders hervorgehoben und den Kranken- und Pflegekassen verpflichtend auferlegt.

Um einen Weg zu finden, der den datenschutz- rechtlichen Anforderungen einerseits und einer Reduktion des Potenzials von Sozialleistungs- missbrauch andererseits gerecht wird, haben die Ersatzkassen das oben beschriebene Problem gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dargestellt. Das BMG wiederum ist in den Dialog mit dem BAS getreten. Das BAS hat den Bedarf konkreter Angaben zur teilnehmenden Person erkannt und empfohlen, auf den Teilnahmelisten den Vor- und Nachnamen der Teilnehmenden sowie deren Kontaktdaten abzufragen

Indessen könnte solcher Sozialleistungsmiss- brauch in Form der Abrechnung von nicht erbrachten Pflegekursen möglicherweise besser unterbunden oder zumindest signifi- kant erschwert werden, wenn wenigstens die Versichertennummer in die Teilnahmelisten aufgenommen wird. Diese Nummer bietet für sich genommen für Dritte zunächst keinen Auf- schluss in Bezug auf die sich dahinter verber- gende Person. Im Ergebnis ist für einen Dritten das betreffende Versichertenmitglied anony- misiert, da dieser mit der Versichertennummer allein keine personenbezogenen Daten des Versichertenmitglieds ermitteln kann. Im Sinne der Datensparsamkeit bzw. des Datenmini- mierungsgrundsatzes nach Art. 5 DSGVO ist daher die Angabe der Versichertennummer ein

gegenüber den Angaben zum Personennamen und der Adresse sowie Kontaktmöglichkeiten der am Pflegekurs teilnehmenden Person geringeres und mindestens ebenso effektives Mittel – genau genommen sogar effektiver –, um den Zweck einer effektiveren Bekämpfung von Sozialleistungsmissbrauch zu erreichen. Demnach sind die Angaben zum Vor- und Nachnamen sowie Anschrift und Kontaktdaten keine für den Verwendungszweck der Bekämpfung von Sozialleistungsmissbrauch erforderliche Daten i. S. d. Art. 5 DSGVO – im Gegensatz zur Versichertennummer.

Im Ergebnis ist aber anhand dieses dargestellten Beispielfalls wichtig besonders hervorzuheben, dass nur ein offener Austausch mit dem BMG und/oder den Aufsichtsbehörden der Kassen Handlungsbedarfe aufzeigen konnte und dass im Rahmen eines gezielten Dialogs zeitnah Lösungen gefunden werden können. Dabei muss es sich nicht einmal um die beste aller in Betracht kommenden Lösungen handeln. Von Bedeutung ist dabei, dass Probleme erkannt und kurzfristig Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Ein hohes Maß an Transparenz zu besonderen Herausforderungen und Problemen die Fehlverhaltensbekämpfung betreffend ist daher ein entscheidender Faktor, um effektiver und effizienter Sozialleistungsmissbrauch einzudämmen.

4.4.2 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

In den letzten zwei Jahren konnte ein deutlicher Anstieg an Fehlverhalten im Zusammenhang mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln i. S. d. § 40 Abs. 2 SGB XI festgestellt werden. Besonders auffällig ist eine gewisse Systematik, die bei vielen Anbietern solcher Pflegehilfsmittel zu beobachten ist – insbesondere bei Unternehmen mit einem Kerngeschäft außerhalb des Gesundheitssektors. Solche Pflegehilfsmittel können z. B. Einmalhandschuhe, medizinische Gesichtsmasken oder Desinfektionsmittel sein. Inzwischen liegt der für pflegebedürftige Personen (ab Pflegegrad 1) monatlich zur Verfügung stehende Höchstbetrag bei 42,00 Euro. Viele der vorgenannten Anbieter vertreiben solche Pflegehilfsmittel – oftmals allgemein als „Pflegeboxen“

bezeichnet – ähnlich wie viele Anbieter für Online-Pflegekurse in Form der Kaltakquise. Inzwischen vertraglich klargestellt, ist die Kaltakquise gemäß § 7 Abs. 1 des Rahmenvertrags über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln nach § 78 Abs. 1 SGB XI (Rahmenvertrag) in seiner aktuell gültigen Fassung unzulässig. Hiernach darf die Kontaktaufnahme ausschließlich von den Versicherten in Richtung der Anbieter ausgehen, nicht umgekehrt. Trotzdem werden zahlreiche Versicherte proaktiv von Anbietern angerufen zwecks Bewerbung von solchen „Pflegeboxen“ – zum Teil unter Hinweis auf die unzutreffende Behauptung, die anrufenden Anbieter seien von den Pflegekassen beauftragt worden oder selber Mitarbeitende einer Pflegekasse. Zugleich sind entsprechende Anträge auf zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel von den Anbietern vorausgefüllt, einschließlich der (vermeintlichen) Unterschrift des betreffenden Versichertenmitglieds. Viele der Versicherten sind nach solchen Anrufen verunsichert und wenden sich an ihre Pflegekassen. Sie können sich nicht daran erinnern, jemals zuvor mit diesen Anbietern in den Kontakt getreten zu sein und erst recht nicht, diesen gegenüber eine Unterschrift zur Beantragung von Pflegehilfsmitteln geleistet zu haben – auch nicht auf elektronischem Wege. Wie die Anbieter an die Versichertendaten gelangen, ist bislang ungeklärt. Zudem teilen viele Versicherte gegenüber den Pflegekassen mit, sie hätten entweder grundsätzlich keinen Bedarf, mit Pflegehilfsmitteln versorgt zu werden, oder dass sie bereits anderweitig versorgt werden – z. B. über Apotheken. Auch gegenüber den betreffenden Anbietern wird dies häufig erklärt. Nicht selten werde den Versicherten geantwortet, dass sie die Pflegehilfsmittel entweder verschenken oder wegwerfen könnten, wenn kein Bedarf bestehe. Den Versicherten wird damit suggeriert, dass sie in jedem Fall Pflegehilfsmittel erhalten dürften – auch wenn kein Bedarf hierfür besteht. Der monatliche Höchstbetrag wird dabei stets ausgeschöpft und in voller Höhe gegenüber den Pflegekassen beantragt. Dies verstößt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 29 Abs. 1 SGB XI. Da zudem keine fachliche Beratung erfolgt, welche Pflegehilfsmittel konkret für das betreffende Versichertenmitglied geeignet und

bedarfsgerecht sind, liegt auch ein Verstoß gegen § 3 Abs. 1 Rahmenvertrag vor. Auch Verbraucherzentralen sind auf solche Anbieter aufmerksam geworden und warnen vor entsprechenden Anrufen und geben Tipps, wie man sich in solchen Situationen verhalten kann:

[verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/vorsicht-bei-untergeschobenen-vertraegen-von-pflegehilfsmittelboxen-96519](https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/vorsicht-bei-untergeschobenen-vertraegen-von-pflegehilfsmittelboxen-96519)

(zuletzt aufgerufen am 14.03.2026).

[verbraucherzentrale-berlin.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/vorsicht-bei-untergeschobenen-vertraegen-von-pflegehilfsmittelboxen-96519](https://www.verbraucherzentrale-berlin.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/vorsicht-bei-untergeschobenen-vertraegen-von-pflegehilfsmittelboxen-96519)

(zuletzt aufgerufen am 14.03.2026).

[verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-zu-hause/pflegehilfsmittel-zum-verbrauch-diese-regeln-sollten-sie-kennen-95810](https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-zu-hause/pflegehilfsmittel-zum-verbrauch-diese-regeln-sollten-sie-kennen-95810) (zuletzt aufgerufen am 14.03.2026).

Nicht nur die zahlreichen Versichertenbeschwerden und Warnhinweise der Verbraucherzentralen zeigen, dass es sich nicht lediglich um einige Einzelfälle handelt. Betrachtet man das Abrechnungsvolumen eines solchen Anbieters, stellt man fest, dass nicht selten monatliche Beträge insgesamt im fünf- bis sechsstelligen Bereich vergütet wurden. Bei einem monatlichen Höchstbetrag von 42,00 Euro für ein anspruchsberechtigtes Versichertenmitglied würde dies einer monatlichen Belieferung von bis zu knapp 2.400 Versicherten entsprechen – durch einen einzigen Anbieter allein für Versicherte der KKH. Unter Berücksichtigung der oben skizzierten Problemlage liegt es auf der Hand, dass in vielen Fällen ganz oder teilweise eine nicht bedarfsgerechte Versorgung stattfindet. Die betreffenden Anbieter erhalten auf diese Weise unzulässig Vergütungen in nicht unerheblicher Höhe. Betrachtet man den Vertrieb eines einzigen Anbieters mit Pflegehilfsmitteln GKV-weit und berücksichtigt man die vielen weiteren Anbieter, die ein identisches oder ähnliches unzulässiges Geschäftsmodell aufweisen, stellt sich hier ein regelhaftes, bundesweites Betrugsmuster mit nicht unbeträchtlichen wirtschaftlichen Folgen für die Pflegekassen und die Versicherten-

gemeinschaft dar. Darüber hinaus ist zu befürchten, dass diese Anbieter Sozialdaten der betroffenen Versicherten in größerem Ausmaß unzulässig erhalten und nutzen. Zwar bestehen vertragliche Sanktionsmaßnahmen und gesetzliche Ansprüche gegen diese Anbieter. Aufgrund der hohen Anzahl von Einzelfällen, die es jeweils für sich betrachtet zu prüfen und bewerten gilt, und auffälligen Anbietern stößt jedoch ein entsprechendes Vorgehen vom Verwaltungsaufwand her an seine Grenzen – personell wie finanziell. Das Fehlverhalten allein auf diese Weise einzudämmen wäre mithin weder effektiv noch effizient. Man würde lediglich die „Symptome“ oberflächlich lindern, ohne die eigentliche Ursache bzw. das Problem als solches anzugehen. Für eine entsprechende ganzheitliche Problemlösung dürften indessen die derzeitigen Möglichkeiten der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen und Pflegekassen nicht ausreichen. Zu denken wäre daher an einen politischen und gesetzgeberischen Ansatz.

Gut zu wissen: Versichertenbezogene Leistungen

Unter versichertenbezogenen Pflegeleistungen sind solche Leistungen zu verstehen, die seitens der Pflegekasse unmittelbar an das Versichertenmitglied ausgezahlt werden (z. B. bei Verhinderungspflege, Entlastungsleistungen, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder Pflegehilfsmittel). Bei entsprechender Mitteilung durch die antragstellende Person kann die Zahlung auch direkt an die leistungserbringende Person oder Institution gezahlt werden (siehe hierzu auch oben unter 4.4.1).

4.4.3 Luftleistungen bei Verhinderungspflege

Im Rahmen der Verhinderungspflege zeichnet sich ein aktuell regelhaftes Betrugsmuster ab. Es sind mehrere Unternehmen auffällig geworden, die vermeintlich Leistungen zur Verhinderungspflege anbieten und diese mit den Pflegekassen abrechnen. Da die Leistungen versichertenbezogen sind, werden durch eine Ersatzpflegekraft verursachte Kosten grundsätzlich dem Versichertenmitglied gegenüber erstattet. Das Versichertenmitglied kann jedoch alternativ die Kontodaten der Ersatzpflegekraft zwecks Überweisung der Verhinderungspflegekosten angeben und die Ersatzpflegekraft zum Zahlungsempfang und zur Beantragung der Verhinderungspflege bevollmächtigen. Tatsächlich werden entsprechende Leistungen nicht erbracht. Die ausgestellten Vollmachten und Anträge sind gefälscht, insbesondere die dazu notwendigen eigenhändigen Unterschriften der Versicherten. Die so entstandenen und verhinderten Schäden liegen allein bei der KKH monatlich jeweils mitunter im fünfstelligen Bereich. Die Täterstrukturen und -netzwerke reichen teilweise ins Ausland.

Unser Tipp:

Als Versichertenmitglied keine Vollmachten oder Abtretungserklärungen der eigenen Ansprüche zugunsten von Leistungserbringern ausstellen, insbesondere im Zusammenhang mit Direktüberweisungen von Kranken- und Pflegekassen zu Leistungserbringern. So behält man die Kontrolle und den Überblick über die Kassenleistungen, die einem zustehen und die man erhält. Auch rechtlich ist man auf der sicheren Seite.

4.4.4 Betrug bei wohnumfeld- verbessernden Maßnahmen

Es häufen sich Fälle im Zusammenhang mit wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI, die entweder ganz oder teilweise nicht erbracht, aber mit den Pflegekassen abgerechnet wurden. Solche Leistungen können z. B. Badumbauten oder Umzugshilfen für Pflegebedürftige beinhalten. Hierfür steht ein monatlicher Höchstbetrag von 4.000,00 Euro zur Verfügung, der in den meisten Fällen voll ausgeschöpft wurde. Dabei werden Vollmachten und Anträge der betreffenden Versicherten sowie deren Unterschriften gefälscht. Die Konstellationen reichen von Einzeltätern bis hin zu kriminellen Netzwerken, die bundesweit agieren.

Unser Tipp:

Nach Kostenvoranschlägen – z. B. von Umzugsunternehmen oder Handwerkern im Rahmen eines Badumbaus – sollten auch die abschließenden Rechnungen den Versicherten ausgehändigt werden. So können unerwartete und nicht nachvollziehbare Mehrkosten überprüft werden. Bei fachlichen Fragen helfen die Mitarbeitenden der Kranken- und Pflegekassen gerne weiter.

4.5 Weiteres Fehlverhalten: Wechsel aus der PKV in die GKV

Die unter 1.2 beschriebene Problematik des Wechsels aus der PKV in die GKV unter bewusster und gezielter Umgehung der gesetzgeberischen Intention auf teilweise rechtsmissbräuchliche Weise schadet sowohl der GKV als auch der PKV. Die Aktualität und Brisanz wurden auch vom GKV-SV erkannt und das Fehlverhaltensphänomen im Rahmen des letzten GKV-Erfahrungsaustauschs i. S. d. § 197a Abs. 3 S. 2 SGB V im November 2025 erörtert. Solche Fälle von Wechslern der

Krankenversicherungssysteme zu erkennen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen sowie Lösungsansätze zu entwickeln, um derartiges Fehlverhalten reaktiv und präventiv angemessen entgegenzuwirken, hat einer interdisziplinären und -institutionellen Zusammenarbeit bedurft. So haben etwa bei der KKH intern mehrere Fachbereiche gemeinsame Prozesse und Strategien abgestimmt, insbesondere zwischen dem Beitragsbereich, der Compliance und der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle. Eine transparente Kommunikation untereinander sowie direkte und kurze Entscheidungswege waren maßgeblich für das Erkennen und die Aufklärung des Fehlverhaltenssachverhalts, das Feststellen dessen Ausmaßes sowie für eine umgehende, zielgerichtete Reaktion hierauf. Zudem erfolgten zeitnah in unterschiedlichen kassenübergreifenden Gremien und Ausschüssen unter Einbindung verschiedener Kassenverbände und insbesondere des GKV-SV fachliche Prüfungen und Entscheidungen mit dem Ziel einer zu wesentlichen Aspekten gebündelten und einheitlichen Vorgehensweise. Besondere Herausforderungen sind insbesondere in dem grenzüberschreitenden Bezug zu den betreffenden EU-Mitgliedstaaten zu sehen. Infolgedessen sind EU-rechtliche Vorschriften und Vorgaben in die Prüfungen und Bewertungen einzubeziehen. Zugleich gestaltet sich sozusagen die „Rückabwicklung“ rechtsmissbräuchlich begründeter Mitgliedschaften in der GKV in zeitlicher Hinsicht und in der Umsetzung als schwierig. Mitunter entscheidend ist dabei nämlich, die im Ausland entstandene Absicherung in einer gesetzlichen Krankenversicherung als von Anfang an unzulässig zu erklären und das betreffende Versicherungsverhältnis zu beenden. Dies kann nur über die zuständigen Behörden im jeweiligen EU-Mitgliedstaat erfolgen. Die Kassen können lediglich den ausländischen Behörden die konkreten Fehlverhaltensfälle darstellen und entsprechende Maßnahmen anregen. Unterstützung bei dieser gesamten Thematik mit Auslandsbezug haben die Kassen seitens der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (DVKA) des GKV-SV erhalten. Bei einschlägigen Fällen von Fehlverhalten sind zudem GKV-weit die betreffenden Vermittlerpersonen, Versicherten und Antragstellenden

einer Mitgliedschaft sowie (Schein-)Firmen im Ausland bekannt, um künftiges Fehlverhalten zu verhindern. Ferner haben sich die Ersatzkassen bereits im Rahmen des Referentenentwurfs zum GVSG dahingehend positioniert, dass eine Gesetzesänderung des § 9 SGB V wie unter 1.2 beschrieben notwendig ist, um einen präventiv wirkungsvollen gesetzlichen Hebel zu haben. Anderenfalls ist zu besorgen, dass die aktuellen Gesetzesänderungen zum § 6 Abs. 3a und 3b SGB V unter 1.2 ihre Wirkung nicht unerheblich verfehlen könnten und das skizzierte Problem zu den o. g. Wechslern sowie dessen Ausmaß im Wesentlichen bestehen bleiben.

Das unter 4.5 beschriebene Fehlverhalten offenbart neben der Notwendigkeit einer interdisziplinären und -institutionellen Zusammenarbeit in der GKV den Bedarf einer transparenten und direkten Kommunikation – in beide Richtungen – zwischen PKV und Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der GKV, wenn dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist. Wenn PKV-Versicherte rechtsmissbräuchlich versuchen, einen Zugang zum GKV-System zu finden, wäre die Mitteilung der relevanten Informationen zum konkreten Fehlverhaltensfall gegenüber dem Privatversicherer für die PKV und die GKV von Interesse, um künftiges Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu verhindern.

Der Bedarf geht indessen über das oben benannte Fehlverhalten hinaus. So sind verschiedene Konstellationen denkbar – und in der Praxis vorgekommen –, die einen uneingeschränkten Kommunikationsfluss zu den fehlerverhaltensrelevanten Daten erforderlich machen. Gerade dann etwa, wenn ein Versichertenmitglied der GKV seine Versorgung in bestimmten Leistungsbereichen durch private Zusatzversicherungen abdecken lässt. Die privaten Versicherer können Auffälligkeiten feststellen, die auf ein Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten – und umgekehrt. Vom Fehlverhaltensfall können finanziell sowohl die GKV als auch die PKV betroffen sein. Das gesamte Gesundheitswesen kann bei bestimmten Fehlverhaltenssachverhalten und -fällen Schaden in finanzieller Hinsicht und in Bezug auf die Versorgungsqualität nehmen. Ob durch

das Fehlverhalten eines Versichertenmitglieds oder eines Leistungserbringers. Ein Ausklammern hinsichtlich der Leistungserbringung und Versorgung über private Versicherer dürfte einer effektiven und effizienten Fehlverhaltensbekämpfung nicht gerecht werden. Unplausibles, mithin unwirtschaftliches Leistungs- und Abrechnungsverhalten kann zulasten der PKV und der GKV gehen. Aufgrund der bisherigen Rechtslage allerdings, insbesondere in datenschutzrechtlicher Hinsicht, ist keine praktikable Zusammenarbeit zwischen PKV und GKV zum Zwecke der Bekämpfung und Verhinderung von Fehlverhalten möglich. Aufgrund der vorgenannten Zielrichtung bietet es sich daher an, eine Rechtsgrundlage zu einer entsprechenden Zusammenarbeit zwischen PKV und GKV im Rahmen des § 197a Abs. 3b SGB V ausdrücklich zu schaffen.

4.6 Datenbasierte Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten

4.6.1 Erkennung von Fehlverhalten im Leistungsbereich Heilmittel basierend auf KI-Modellierungen

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle testet seit dem vergangenen Berichtszeitraum der Jahre 2022 und 2023 verschiedene Datenanalyseverfahren in unterschiedlichen Leistungsbereichen (vgl. zum Ganzen Bericht nach § 197a Abs. 5 SGB V vom 07.03.2024, dort unter 4.6). Hierzu wurden mögliche Fraud-Szenarien insbesondere in den Leistungsbereichen der Heil- und Arzneimittel betrachtet. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle hat ihre Evaluationen abgeschlossen und strebt weitere Datenanalysen in diesen Bereichen an.

Auf Grundlage des Software-Produkts „bitDetect_Heilmittel“ der BITMARCK Holding GmbH (im Folgenden BITMARCK) wurden drei Fehlverhaltenssachverhalte dargestellt:

- Einsatz von unqualifiziertem Personal = 1. Szenario
- Unplausible Hausbesuche = 2. Szenario
- Sogenannte „Scheinabrechnungen“ bzw. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen = 3. Szenario.

Sämtliche Datenanalysen erwiesen sich als technisch umsetzbar und zeigten positive Resultate in der Erkennung von Anomalien im Abrechnungsverhalten von Leistungserbringern auf. Die ersten beiden Szenarien liefern treffsichere Ergebnisse. Bei der Prüfung von „Scheinabrechnungen“ bzw. „Luftleistungen“ wird teilweise deutlich, dass die Datengrundlage in quantitativer Hinsicht nicht ausreicht, um eindeutige Verdachtsmomente von Fehlverhalten festzustellen oder zu erhärten. Hierdurch wird deutlich, dass bei bestimmten Fehlverhaltenskonstellationen, wie z. B. den „Scheinabrechnungen“ bzw. „Luftleistungen“, eine umfangreiche Datenmenge notwendig ist, damit eine darauf gezielte Datenprüfung effektiv und effizient ist. Kassen mit einer großen Anzahl von Versicherten hätten am ehesten die Möglichkeit, Fehlverhalten der vorgenannten Art ausschließlich mit eigenen Kassendaten zu identifizieren. Am erfolversprechendsten ist indessen, wenn die relevanten Daten sämtlicher Kassen bei der Datenanalyse berücksichtigt werden. Insbesondere kleinere Kassen sind auf Daten anderer Kassen angewiesen. Je bessere Ergebnisse die Datenanalysen liefern, desto weniger manueller Aufwand im Rahmen der Prüfung und Bewertung dieser Ergebnisse durch die Mitarbeitenden der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen verlangt. Dieser Aspekt ist gerade für kleinere Kassen mit Blick auf ihre begrenzten personellen Kapazitäten umso wichtiger im Sinne einer effektiven und effizienten Fehlverhaltensbekämpfung.

4.6.2 Kooperation mit dem Fraunhofer Institut ITWM zur Arzneimittel-detektion mittels KI-Methoden

Im Arzneimittelbereich hat die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle zusammen mit dem Fraunhofer Institut ITWM (im Folgenden Fraunhofer) Arzneimitteldaten auf Anomalien hin untersucht. Auch hier stellt die technische Machbarkeit kein Problem dar. Der eingesetzte Algorithmus als solcher hat sich bewährt. Die aufgezeigten Auffälligkeiten konnten indessen im Rahmen mehrerer Stichproben plausibilisiert werden. Für künftige Datenanalysen in diesem Bereich kann daher der Rückschluss gezogen werden, dass eine umfangreichere Vor- und Nacharbeit geleistet werden muss – sowohl fachbereichsbezogen als auch seitens der IT –,

um nicht nur Anomalien, sondern unplausible Versorgungen und/oder Abrechnungen zu erkennen, die auf ein Fehlverhalten hindeuten. Die zu prüfenden Parameter müssen dahingehend überdacht und im richtigen Verhältnis, verbunden mit der richtigen Gewichtung, zueinander gesetzt sowie Versorgungs- und Abrechnungskonstellationen ausgeschlossen werden, die ein hohes Risiko unerwünschter Ergebnisse bergen.

4.6.3 Weitere Projekte im Bereich Arzneimittel

Zusammen mit der qyte GmbH, der BIT-MARCK und weiteren Kassen wird zurzeit ein Proof of Concept (PoC) im Rahmen des Projekts „bitDetect_Arzneimittel“ entwickelt, um Fraud im Arzneimittelbereich aufzudecken. Hierzu wird ein geeignetes Betrugsmuster bestimmt, welches durch gezielte Datenanalysen festgestellt werden soll. Sollten die Ergebnisse des Projekts einen vielversprechenden Mehrwert aufzeigen, könnten weitere Use Cases angegangen werden, mit dem möglichen Ziel, perspektivisch ein ausgereiftes und umfassendes Datenanalyseverfahren im Arzneimittelbereich nutzen zu können.

4.6.4 Projekte mit dem GKV-SV

Auch der GKV-Spitzenverband verfolgt größere Ambitionen im Bereich Datenanalysen und KI-Einsatz in der Fehlverhaltensbekämpfung. In diesem Zusammenhang zu erwähnen ist das Projekt GKV-Heureka. Dabei soll eine technische Infrastruktur und Governance zur gemeinsamen Datennutzung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kranken- und Pflegekassen für die Entwicklung von KI-Modellen im Sinne des GVSG-E geprüft werden. Das Modellieren entsprechender Datenanalyseverfahren ist mithin Bestandteil des GKV-FraudLab. Die Nutzbarkeit von Kassendaten, die aufgrund bestimmter gesetzlicher Übermittlungspflichten bereits dem GKV-SV vorliegen, zum Zwecke der Erkennung und Aufdeckung von Betrugsmustern- und -fällen hätte den beachtlichen Vorteil einer vollständigen, GKV-weiten Datengrundlage. Zudem wären keine Hindernisse in datenschutzrechtlicher und -technischer Hinsicht im Zusammenhang

mit einem Datentransfer zu überwinden, da die Daten kein zweites Mal übermittelt werden müssen. Im Falle einer einzigen, beim GKV-SV verorteten Dateninfrastruktur wäre ein kassenindividueller Zugriff auf die kasseneigenen Ergebnisse äußerst effizient. Dies sind nur einige Vorzüge eines wie soeben beschriebenen zentralen Lösungsansatzes, um Datenanalyseverfahren in der Fehlverhaltensbekämpfung effektiv und effizient einzusetzen.

4.6.5 Lösungsansätze zur optimierten Fallbearbeitung

Im Übrigen stellt sich die Frage, wie mit neuen Hinweisen, die die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle durch Datenanalyse- und KI-Verfahren erhält, umzugehen ist. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund begrenzter personeller Kapazitäten der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen in Bezug auf die hohe Anzahl und Komplexität von zu bearbeitenden Fehlverhaltensfällen.

Mit Blick auf das im Sozialrecht geltende Wirtschaftlichkeitsgebot wäre unter Umständen denkbar, eine Priorisierung der zu bearbeitenden Fälle vorzunehmen. Ist es einer Fehlverhaltensbekämpfungsstelle nicht möglich, allen Fällen gleichermaßen parallel nachzugehen, gebietet es das Wirtschaftlichkeitsgebot zunächst, die höchsten Schadensfälle zu regulieren.

Im Zusammenhang mit dem digitalen Wandel – auch im Gesundheitswesen – dürften zudem automatisierte Schritte auf der unteren Ebene der Sachbearbeitung (ohne Bewertungs-, Ermessens- und Entscheidungsspielräume) vielversprechend sein, um die Effektivität und v. a. die Effizienz der Fehlverhaltensbekämpfung zu steigern. Hierdurch würden freie Kapazitäten entstehen, sodass sich die Mitarbeitenden der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle auf höherwertige Aufgaben der Sachbearbeitung sowie auf rechtliche Bewertungen und Entscheidungen fokussieren können.

Darüber hinaus erscheint ein weiterer Ansatz überlegenswert. Dabei könnten die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen personelle Unterstützung durch kassenexterne Dritte erhalten. So

hat die Notrix AG ein entsprechendes Konzept im Berichtszeitraum 2024/2025 mehrfach im Rahmen verschiedener fachlicher Formate der Kassen vorgestellt – etwa bei den Gesundheitsforen Leipzig im Jahr 2024 sowie beim GKV-Erfahrungsaustausch nach § 197a Abs. 3 S. 2 SGB V im November 2025. Jüngst hat der Privatversicherer HanseMerkur in Kooperation mit der Notrix AG über positive Erfahrungen berichtet, zusätzlich extern eingebundenes

Personal bei der Fallbearbeitung einzusetzen. Unter dem Gesichtspunkt des im Sozialrecht geltenden Wirtschaftlichkeitsgebots könnte eine derartige Unterstützung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen ein gangbarer Weg sein. Als Nächstes wäre eine rechtskonforme Umsetzung des Lösungsansatzes in der GKV zu prüfen, bevor man in einer ersten Erprobung die Machbarkeit eines etwaigen Vorhabens in tatsächlicher Hinsicht eruieren kann.

5 Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

5.1 PKV

Das unter 4.5 beschriebene Fehlverhalten offenbart neben der Notwendigkeit einer interdisziplinären und -institutionellen Zusammenarbeit in der GKV den Bedarf einer transparenten und direkten Kommunikation – in beide Richtungen – zwischen PKV und Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der GKV, wenn dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist. Wenn PKV-Versicherte rechtsmissbräuchlich versuchen, einen Zugang zum GKV-System zu finden, wäre die Mitteilung der relevanten Informationen zum konkreten Fehlverhaltensfall gegenüber dem Privatversicherer für die PKV und die GKV von Interesse, um künftiges Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu verhindern.

Der Bedarf geht indessen über das oben benannte Fehlverhalten hinaus. So sind verschiedene Konstellationen denkbar – und in der Praxis vorgekommen –, die einen uneingeschränkten Kommunikationsfluss zu den fehlerverhaltensrelevanten Daten erforderlich machen. Gerade dann etwa, wenn ein Versichertenmitglied der GKV seine Versorgung in bestimmten Leistungsbereichen durch private Zusatzversicherungen abdecken lässt. Die privaten Versicherer können Auffälligkeiten feststellen, die auf ein Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten – und umgekehrt.

Vom Fehlverhaltensfall können finanziell sowohl die GKV als auch die PKV betroffen sein. Das gesamte Gesundheitswesen kann bei bestimmten Fehlverhaltenssachverhalten und -fällen Schaden in finanzieller Hinsicht und in Bezug auf die Versorgungsqualität nehmen. Dies gilt unabhängig davon, ob das Fehlverhalten von einem Versichertenmitglied oder einem Leistungserbringer ausgeht. Ein Ausklammern hinsichtlich der Leistungserbringung und Versorgung über private Versicherer dürfte einer effektiven und effizienten Fehlverhaltensbekämpfung nicht gerecht werden. Unplausibles, mithin unwirtschaftliches Leistungs- und Abrechnungsverhalten kann zulasten der PKV und der GKV gehen. Aufgrund der bisherigen Rechtslage allerdings, insbesondere in datenschutzrechtlicher Hinsicht, ist keine praktikable Zusammenarbeit zwischen PKV und GKV zum Zwecke der Bekämpfung und Verhinderung von Fehlverhalten möglich. Aufgrund der vorgenannten Zielrichtung bietet es sich daher an, eine Rechtsgrundlage zu einer entsprechenden Zusammenarbeit zwischen PKV und GKV im Rahmen des § 197a Abs. 3b SGB V ausdrücklich zu schaffen.

Die Zusammenarbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen untereinander – sowohl krankenkassenartübergreifend als auch mit den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen – wurde

weiter intensiviert und ausgebaut. Kooperationsvereinbarungen wurden um Regelungsinhalte ergänzt sowie auf die Bedürfnisse einer adäquaten und praxisnahen Zusammenarbeit zur Fehlverhaltensbekämpfung und -verhinderung angepasst und optimiert. Aufgrund länderübergreifender Fehlverhaltenssachverhalte haben die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen Strategien entwickelt und Lösungen gefunden, um einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der verschiedenen Kooperationsvereinbarungen gerecht zu werden. Die in diesem Zusammenhang positiven Resultate zeigen, dass man sich trotz unterschiedlicher Kooperationsvereinbarungen auf eine länderübergreifende gemeinsame Vorgehensweise verständigen kann, ohne dass dies den länderspezifischen Vereinbarungen oder gar einer erfolgreichen Zusammenarbeit zuwiderläuft. Zugleich werden die damit verbundenen Vorteile ersichtlich und es erscheint erstrebenswert, eine bundesweit einheitliche Kooperationsvereinbarung zu schaffen.

Gut zu wissen: Gesetzliche Zusammenarbeit und Übermittlungsbefugnisse

Von Gesetzes wegen sind die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 197a Abs. 3 Satz 1 SGB V zur Zusammenarbeit verpflichtet. Hierfür finden auf Länderebene regelmäßig mehrmals im Jahr Treffen von Arbeitsgruppen der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen statt, an denen teilweise auch Vertreter der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und Ermittlungsbehörden teilnehmen. Darüber hinaus organisiert der GKV-SV nach § 197a Abs. 3 Satz 2 SGB V einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen, an dem die Vertreter der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form beteiligt werden. Für eine zielgerich-

tete Förderung der Zusammenarbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen haben diese auf Länderebene Kooperationsvereinbarungen geschlossen.

Darüber hinaus darf ein informationeller Austausch, auch unter Einbindung personenbezogener Daten, der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen mit anderen kassenexternen Dritten zwecks Aufdeckung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen stattfinden. Mit welchen weiteren Beteiligten dies rechtlich zulässig ist, regelt der § 197a Abs. 3b SGB V.

5.2 Deutsche Rentenversicherung (DRV)

Im Rahmen verschiedener Formate zum fachlichen Austausch wurde die Notwendigkeit erkannt, eine gezielte Zusammenarbeit mit der DRV zwecks Aufdeckung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Von besonderer Relevanz ist mitunter der Umstand, dass selbst bei erfolgter Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) Versicherte, die z. B. einen Antrag auf volle Erwerbsminderungsrente stellen, durch den DRV medizinisch erneut begutachtet werden können. Nicht selten wird im Rahmen dieser Zweitbegutachtungen festgestellt, dass das begutachtete Versichertenmitglied ganz oder teilweise nicht in dem vom MD festgestellten Ausmaß gesundheitlich beeinträchtigt ist, mit der Folge, dass das Versichertenmitglied der Zweitbegutachtung vorausgegangene, bereits erfolgte Leistungen seitens der Kranken- und Pflegekasse – wie etwa Kranken- oder Pflegegeld – zu Unrecht erhalten haben könnte. Um insbesondere eine datenschutzrechtliche Rechtsgrundlage zu schaffen, könnte der § 197a Abs. 3b SGB V entsprechend angepasst werden.

5.3 Finanzämter

Die Kassen erhalten von verschiedenen Behörden regelhaft Amtshilfeersuchen – so auch seitens der Finanzämter. Aus manchen Amtshilfeersuchen ergeben sich Hinweise, die auf ein Fehlverhalten hindeuten und kassenintern entsprechend weitergeleitet werden. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle hat auf diesem Wege bereits Verdachtsfälle auf Fehlverhalten erhalten. So wurde etwa in einem Amtshilfeersuchen eine unplausible Diskrepanz zwischen der Anzahl der beschäftigten Personen eines ambulanten Pflegedienstes und dessen zu versteuernden Einkünften dargestellt. Dies lässt den Rückschluss zu, dass der Pflegedienst mehr abgerechnet haben könnte, als tatsächlich erbracht. Der Verdacht auf abgerechnete „Luftleistungen“ ist daher zwar naheliegend, ist aber noch nicht eindeutig nachweisbar und könnte durch den Erhalt weiterer fehlerverhaltensrelevanter Informationen seitens des betreffenden Finanzamts erhärtet werden. Eine dahingehende Offenbarungspflicht des Finanzamts gegenüber der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle dürfte zwar nach § 31a Abs. 2 AO bestehen. Diese erschöpft sich aber lediglich in Bezug auf solche Informationen, die für das Finanzamt aus seiner regulären Tätigkeit im Besteuerungsverfahren ohne Weiteres ersichtlich sind. Ein hiervon separates, ausschließlich das in Frage kommende Fehlverhalten betreffendes Prüfungsverfahren wird durch die vorgenannte Offenbarungspflicht gerade nicht ausgelöst. Bei einem unverhältnismäßigen Aufwand auf Seiten des Finanzamtes entfällt zudem die Offenbarungspflicht. Eine spezielle Rechtsgrundlage zum direkten Informationsaustausch zwischen Finanzämtern und Fehlverhaltensbekämpfungsstellen zwecks Aufdeckung und Verhinderung von Fehlverhalten wäre daher wünschenswert und könnte im § 197a Abs. 3b SGB V eingebettet werden.

5.4 Strafverfolgungsbehörden

Es ist weiterhin ein positiver Trend einer Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Strafverfolgungsbehörden und Kassen wahrzunehmen. Neben einem fachlichen Austausch im Rahmen von verschiedenen Ausschüssen und Formaten, wie etwa dem „Erfahrungs- und Meinungsaustausch im Rahmen der Bearbeitung von Vermögens- und Korruptionsstraf-taten im Gesundheitswesen“ bei der Generalstaatsanwaltschaft Rostock im September 2025, an den Vertreterinnen und Vertreter von Polizei, Staatsanwaltschaft und Kassen teilgenommen haben, sowie dem GKV-Erfahrungsaustausch nach § 197a Abs. 3 S. 2 SGB V im November 2025, sind die zentralen Ansprechstellen (SPoC) für Abrechnungsbe-trug und Korruption im Gesundheitswesen bei der Polizei in den einzelnen Bundesländern besonders positiv hervorzuheben. In diesem Zusammenhang erwähnenswert ist etwa der im Jahr 2025 neu eingerichtete „Institutionsüber-greifende Austausch GKV-StA-Polizei (InstA) zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesund-heitswesen“ in Baden-Württemberg, der be-reits dreimal stattgefunden hat. Hierbei werden übergeordnete Themen, welche alle Beteiligten des Austauschformats betreffen, besprochen, um die Bearbeitung von strafrechtlich relevan-ten Fehlverhaltensfällen auf allen Seiten zu vereinfachen und effizienter zu gestalten.

Gut zu wissen:

Gemäß § 197a Abs. 4 SGB V besteht für die Kassen grundsätzlich die Pflicht, die zuständige Staatsanwaltschaft über einen Fehlverhaltensfall zu unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht einer strafbaren Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte. Der Gesetzgeber räumt den Kassen zwar ein Ermessen bei ihrer Entscheidung, die Staatsanwaltschaft zu unterrichten, ein. Von dieser Mitteilungspflicht kann jedoch nur in atypischen Fällen abgewichen werden.

Mit der Unterrichtung gegenüber der Staatsanwaltschaft endet aber die Tätigkeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle regelmäßig nicht. Oftmals ist die Beibringung weiterer Unterlagen – wie z. B. einschlägige Verträge und Genehmigungen, aber auch Rezeptimages sowie Leistungs- und Abrechnungsnachweise – erforderlich. Zudem werden häufig verschiedene Daten und Angaben zur Leistungserbringung und -abrechnung benötigt – wie etwa der konkrete Leistungstag. Dies alles insbesondere vor dem Hintergrund der Ermittlung von Schadenshöhe und -zeitraum. Daher ist es für ein zügiges und erfolgreiches Betreiben des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens förderlich, wenn die Kassen von Beginn der Ermittlungen an den Informationsbedarf von Staatsanwaltschaft und Polizei in geeigneter Form gerecht werden. Für die Erörterung solcher Themen bieten sich Austauschformate wie etwa in Bezug auf Baden-Württemberg zuvor beschrieben besonders gut an.

Weiterhin dringend erforderlich erachtet die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle spezialisierte Strafverfolgungsbehörden seitens der Staatsanwaltschaften und Polizei in allen Bundesländern, etwa nach dem Vorbild der „Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen“ (ZKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg. Die neuesten Zahlen zeigen ein äußerst positives Bild und einen hohen Mehrwert entsprechend aufgestellter Strafverfolgungsbehörden:

bayern.de/schwarze-schafe-im-viesier-fuenf-jahre-bayerische-zentralstelle-zur-bekaempfung-von-betrug-und-korruption-im-gesundheitswesen-zkg-etwa-2-000-verfahren-seit-der-gruendung-neuer-leiter-in-nue
(aufgerufen am 14.03.2026)

Die jüngsten Betrugs- und Korruptionsfälle weisen vermehrt komplexere Sachverhalte auf – in tatsächlicher wie auch in rechtlicher Hinsicht. Zudem nehmen Bandenstrukturen, teilweise weit verzweigt, mit Vorder- und Hinterleuten, und bundeslandüberschreitende Sachverhalte zu. Damit einhergehend werden auch die zu prüfenden Asservate und Datenmengen umfangreicher. Spezialisiertes Fachwissen sowie eine angemessene personelle und technische Ausstattung der Strafverfolgungsbehörden sind daher unerlässlich für eine erfolgreiche Ermittlungsarbeit bei Delikten im Gesundheitswesen.

6 Referententätigkeit und Publikationen

6.1 Extern

Die KKH konnte sich in den letzten Jahren immer stärker in der – auch von ihr geforderten – intensiveren Fortbildung der Ermittlungsbehörden auf dem Gebiet der Verfolgung von Vermögensstraftaten im Gesundheitswesen engagieren. Auf diese Weise können die zu

beachtenden, vielfältigen (sozial-)rechtlichen Besonderheiten vermittelt werden.

Daneben wurden Vorträge bei Veranstaltungen im Zusammenhang mit der Fehlverhaltensbekämpfung gehalten:

Institution/Anlass	Art	Jahr	Ort
Fortbildung der Deutschen Richterakademie	Präsenz	2024	Wustrau
Erfahrungs- und Meinungsaustausch im Rahmen der Bearbeitung von Vermögens- und Korruptionsstraftaten im Gesundheitswesen der Generalstaatsanwaltschaft Rostock	Präsenz	2025	Rostock
Bundeskriminalamt	Digital	2024/2025	–
Polizeiakademie Niedersachsen	Digital	2024/2025	–
Wirtschaftsstrafrechtliche Vereinigung e.V.	Präsenz	2025	Kiel
Gesundheitsforen Leipzig	Präsenz	2024/2025	Leipzig
16. Düsseldorfer Medizinstrafrechtstag	Präsenz	2025	Düsseldorf
Erfahrungsaustausch zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-SV	Präsenz	2025	Berlin
Landesamt für Ausbildung, Fortbildung und Personalangelegenheiten der Polizei Nordrhein-Westfalen	Präsenz	2024/2025	Neuss
Hospitation für das Bundesministerium für Gesundheit – Referat 421 – Grundsatzfragen der Pflege und Pflegeversicherung	Präsenz	2025	Hannover
Netzwerktreffen BdKom Nord bei der KKH	Präsenz	2025	Hannover
vdek-Treffen der Pressestellen bei der KKH	Präsenz	2025	Hannover

Zudem sind folgende wissenschaftliche Beiträge erschienen:

- Penkov, Emil: Versorgung Schwerstkranker mit hochpreisigen Arzneimitteln: Den Letzten beißen die Hunde?, Ein Kommentar zum Aufsatz von Dr. jur. Sabine Wesser (MedR 2023, 29, 210), medstra 2024, S. 291.
- Penkov, Emil: Datenbasierte Analyseverfahren und KI bei der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen, in: Burchert/Schirmer/Zinßer-Sandmann, Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen, Bielefeld und München 2025, S. 337 – 347.

6.2 Intern

Zur Fortbildung, Beratung und Unterstützung sowie für den fachlichen Austausch innerhalb der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle wurde bei der KKH intern das Format „CFDO-Meeting“ (CFDO ist die Kurzbezeichnung für Chief Fraud Detection Officer) fest implementiert. Das Format dient vor allem der Information über neue, für die Fehlverhaltensbekämpfung maßgebliche Rechtsprechung und der sich daraus ergebenden Handlungsfelder.

Gesetzliche Änderungen mit Auswirkungen auf die Fehlverhaltensbekämpfung werden vermittelt und die Mitarbeitenden für deren rechtliche Konsequenzen sensibilisiert bzw. konkrete Maßgaben zur Umsetzung kommuniziert.

Es werden Praxisprobleme aufgegriffen und – im Rahmen der Richtlinienkompetenz der mit der Fehlverhaltensbekämpfung beauftragten Person – Entscheidungen präsentiert, wie diese zu lösen und in der Praxis umzusetzen sind. Einzelfälle können hier vorgestellt und diskutiert sowie unterstützende Beratung zum weiteren Vorgehen gegeben werden. Das Format bietet hierneben ausreichend Zeit für den fachlichen Austausch. Im Berichtszeitraum konnten 14 solcher Meetings stattfinden.

Im Rahmen mehrerer Hospitationen und Vorträge bei der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle wurden im Berichtszeitraum 2024/2025 neuen Führungskräften sowie Mitarbeitenden mit besonderer fachlicher Verantwortung innerhalb der Hauptverwaltung der KKH grundlegendes Fachwissen, die Aufgaben und Tätigkeiten der Stelle sowie fachbereichsübergreifende relevante Prozesse der Fehlverhaltensbekämpfung betreffend erläutert. Hierdurch sollen insbesondere die jeweiligen Fachbereiche sensibilisiert werden, Auffälligkeiten zeitnah zu erkennen, die einen Verdacht auf Fehlverhalten begründen oder einen bereits vorliegenden Fall kennzeichnen. Zudem sollen gemeinsam präventive Strategien und Ansätze zur Verhinderung von Fehlverhalten entwickelt und entsprechende Lösungen umgesetzt werden. Eine weitere Hospitation zu den vorgenannten Grundlagen wurde für einen Mitarbeitenden des Kompetenzzentrums in Karlsruhe aus dem Bereich außerklinische Intensivpflege durchgeführt. Der Fokus lag hierbei zusätzlich in der Vertiefung von bereits vorhandenem Wissen zur Fehlverhaltensbekämpfung. Perspektivisch sollen weitere Mitarbeitende in den jeweiligen Zentren geschult werden, um im gesamten Unternehmen in allen Leistungsbereichen eine höhere Sensibilisierung für das Thema zu erreichen.

7 Medien-Aktivitäten

Seit die KKH im März 2001 einen Arbeitsbereich zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet hat, bilden Presse- und Medienarbeit hierzu einen festen Bestandteil der Unternehmenskommunikation. Sie unterstützt dabei, der Öffentlichkeit unter Nutzung guter Medienkontakte Einblick in das Thema zu geben, sie dafür zu sensibilisieren und dient damit vor allem der Generalprävention.

Dies gilt auch für die alljährlich veröffentlichte Pressemitteilung der KKH zum Thema Abrechnungsbetrug mit jeweils aktuellen bundesweiten Zahlen sowie Beispielfällen aus den Bundesländern. Die Meldungen erzeugen stets ein hohes Interesse in den Redaktionen und führen damit zu zahlreichen Medienartikeln. Im Berichtszeitraum 2024/2025 kam es insgesamt zu knapp 1.500 Veröffentlichungen mit einer Nennung der KKH. Beispielhaft hierfür nachfolgend ein Artikel und ein Interview des NDR, erschienen am 14.04.2025:



Milliarden-Schaden: Ermittler auf der Spur der Krankenkassen-Betrüger

Stand: 14.04.2025 19:13 Uhr

Durch Abrechnungsbetrug geht den Krankenkassen in Deutschland jedes Jahr ein Milliarden-Betrag verloren. So schätzen es Experten, denn das Dunkelfeld ist groß. Alle Krankenkassen haben Ermittler, die Betrügereien aufdecken sollen. Wie arbeiten sie? Ein Beispiel aus dem Norden.

von Anina Pommerenke und Marc-Oliver Rehrmann

"Oft ist es wirklich Puzzlearbeit"



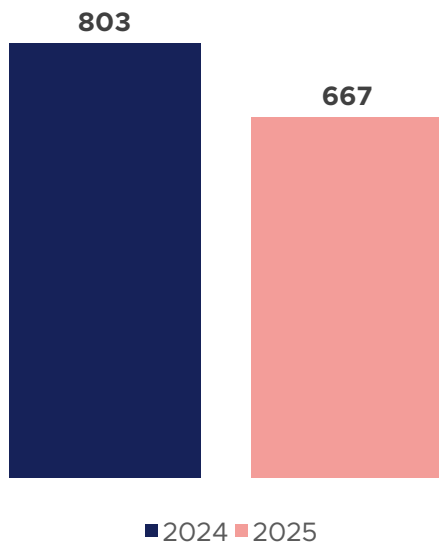
Chef-Ermittler Emil Penkov erlebt immer wieder neue Betrugsmaschinen im Gesundheitswesen.

Für Penkov ist es eine sehr herausfordernde, aber abwechslungsreiche Arbeit. "Die Kriminellen lassen sich immer wieder etwas Neues einfallen. Oft ist es wirklich Puzzlearbeit, wenn man versucht, das große Ganze in einem Fall zu sehen." Und manchmal sei es ein sehr langer Weg vom ersten Verdachtsmoment bis zum geklärten Fall.

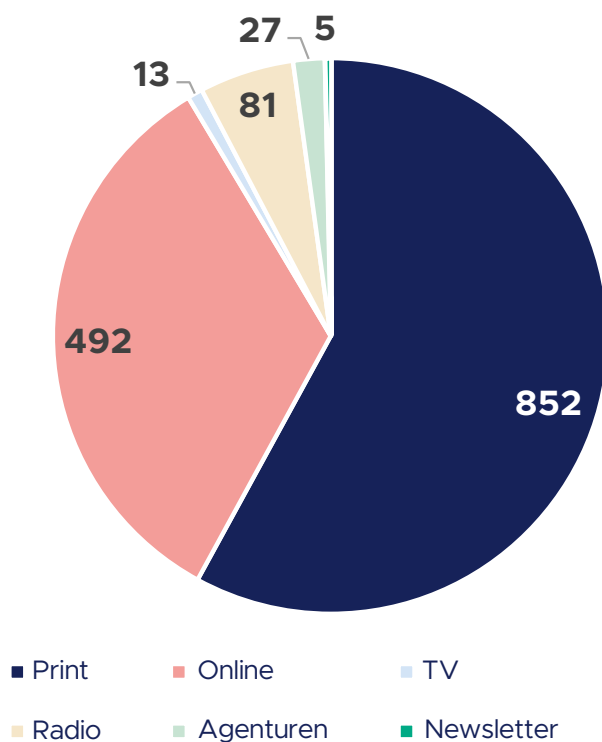
Darüber hinaus stand die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle für Hintergrundgespräche und Interviews u. a. für SAT.1, RTL, rbb, den Tagesspiegel und fachlichen Medien wie die Apotheken Umschau oder die Neue Juristische Wochenschrift (NJW) zur Verfügung.

Nachfolgend ein Überblick zu den Medienaktivitäten der Fehlverhaltensbekämpfungsstelle für den Berichtszeitraum 2024/2025:

Medienveröffentlichungen mit KKH-Nennung



Veröffentlichungen nach Medienarten 2024 und 2025



8 Rechtsprechung

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle hat in den Jahren 2024 und 2025 mehrere Sozialgerichtsstreitigkeiten in erster und zweiter Instanz geführt. Besonders erwähnenswert ist eine Entscheidung im Bereich der unzulässigen Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, da zu diesem Fehlverhalten bislang kaum sozialrechtliche Rechtsprechung ergangen ist. So bestätigt das Sozialgericht Freiburg in seinem

Urteil vom 12.06.2024 – S KR 123 5/20 den Verstoß gegen das Beteiligungsverbot i. S. d. § 128 Abs. 2 S. 3 SGB V und verurteilte eine Praxis für Physiotherapie sowie ihre ehemalige Geschäftsführung gesamtschuldnerisch zur Zahlung eines sechsstelligen Betrags an die KKH. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstelle hatte neben eigenen Forderungen der KKH auch die weiterer Ersatzkassen geltend gemacht und erstritten.

Gut zu wissen:

Der Gesetzgeber hat zu verschiedenen Konstellationen der Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern Verbote formuliert und entsprechende Ausgestaltungen der Zusammenarbeit für unzulässig erklärt. Im Umkehrschluss geht der Gesetzgeber aber auch von zulässigen Kooperationsmodellen aus.

Neben dem sog. „Depotverbot“ nach § 128 Abs. 1 SGB V, welches ärztlichen Leistungserbringern grundsätzlich untersagt, in ihren Praxen Hilfsmittel vorrätig vorzuhalten und direkt an die Versicherten abzugeben, enthält der § 128a Abs. 2 SGB V verschiedene Verbote von Zuwendungen. Zu den Zuwendungsverboten zählt auch das Beteiligungsverbot i. S. d. § 128 Abs. 2 S. 3 SGB V. Dieses besagt, dass Zuwendungen im Sinne des Gesetzes auch Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern sind, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.

Die Beteiligung kann unmittelbar zusammenhängen – etwa in Form von Provisionen oder „Kick-back-Zahlungen“ durch den nichtärztlichen Leistungserbringer an den ärztlichen Leistungserbringer je Verordnung oder Zuweisung – oder mittelbar infolge der gesellschaftsrechtlichen (Gewinn-)Beteiligung des ärztlichen Leistungserbringers an den

nichtärztlichen Leistungserbringer. Es kommt dabei nicht darauf an, ob die Leistung aus fachlichen Gesichtspunkten einwandfrei erbracht wurde. Die gesetzgeberische Intention liegt darin, dass der ärztliche Leistungserbringer frei und unbeeinflusst von wirtschaftlichen Interessen seine medizinische Entscheidung bildet und trifft.

Beispiel: Ein Facharzt für Orthopädie ist alleiniger Gesellschafter eines im selben Hauskomplex wie die Arztpraxis befindlichen Sanitätshauses, welches als GmbH firmiert. Das Sanitätshaus generiert seinen Gewinn aus über 90 % der ausgestellten Verordnungen des betreffenden Facharztes. Mithin ist der Facharzt als 100%iger Gesellschafter des Sanitätshauses uneingeschränkt am Gewinn beteiligt. Das Leistungs- und Abrechnungsverhalten verstößt gegen das Beteiligungsverbot nach § 128 Abs. 2 S. 3 SGB V. Mithin bestand für sämtliche Leistungen auf Grundlage der vom Facharzt ausgestellten Verordnungen kein Vergütungsanspruch des Sanitätshauses.

Quasi spiegelbildlich sind rechtliche Konsequenzen des ärztlichen Leistungserbringers insbesondere nach § 73 Abs. 7 SGB V geregelt, der mitunter ausdrücklich auf den § 128 Abs. 2 S. 3 SGB V verweist. Wichtige berufsrechtliche Regelungen für die ärztlichen Leistungserbringer finden sich zudem in den §§ 30 – 33 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte wieder.

Die zitierte Entscheidung bestätigt im Wesentlichen die zentralen Rechtsgedanken des Urteils des SG Altenburg vom 9.12.2019 – S 5 KR 3268/16. Es zeichnet sich mithin eine Tendenz dahingehend ab – unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung in Strafsachen (BGH, Beschl. v. 25.7.2017 – 5 StR 46/17) –, dass ein Verstoß gegen das Beteiligungsverbot des § 128 Abs. 2 S. 3 SGB V zum Wegfall des Vergütungsanspruchs führt und der § 128 Abs. 3 SGB V keine vorrangig

zu beachtende Rechtsfolge eines solchen Verstoßes regelt, sondern neben gesetzlichen Ansprüchen der Kassen hinzutritt. Dies ist mit Blick auf die vorgenannte BGH-Rechtsprechung folgerichtig und konsequent. Die Fortführung der Rechtsprechung zu dieser speziellen sozialrechtlichen Konstellation, die auch von strafrechtlicher Relevanz ist, sorgt weiter für Rechtsklarheit und -sicherheit.

Hannover, den 17.03.2026



Dr. Wolfgang Matz
Vorsitzender des Vorstandes



Stephanie Engelmann
Mitglied des Vorstandes

KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61

30625 Hannover

kkh.de

