

# Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

nach § 197a SGB V bzw. § 47a SGB XI

Tätigkeitsbericht 2024/2025 des Vorstandes an den Verwaltungsrat  
der AOK Rheinland/Hamburg

**Berichtszeitraum 01.01.2024–31.12.2025**

**AOK Rheinland/Hamburg**  
Die Gesundheitskasse.



**AOK Rheinland/Hamburg**  
Die Gesundheitskasse  
Wanheimer Str. 72  
40468 Düsseldorf

Stelle nach § 197a SGB V:  
**Simone Lötzer**  
Bereich Recht – Datenschutz

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>	7.4.4 Fehlverhalten durch sonstige Leistungserbringer	21	
<b>2</b>	<b>Gesetzlicher Auftrag</b>	<b>5</b>	7.4.5 Fehlverhalten durch Krank- beförderungsunternehmen	21	
2.1	Rechtsgrundlagen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	5	7.4.6 Fehlverhalten durch Arbeitgeber	22	
2.1.1	§ 197a SGB V – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	5	7.4.7 Fehlverhalten durch Heilmittelerbringer	23	
2.1.2	§ 47a SGB XI – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Pflegeversicherung)	6	7.4.8 Fehlverhalten Dritter	24	
<b>3</b>	<b>Organisation der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten</b>	<b>8</b>	7.4.9 Ausgang bereits vorgestellter Fälle	25	
3.1	Organisatorische Einbindung	8	<b>8</b>	<b>Zusammenarbeit mit anderen Organisationen</b>	<b>26</b>
3.2	Personelle Ausstattung	8	8.1	Zusammenarbeit im AOK-System	26
3.3	Erreichbarkeit	8	8.2	Zusammenarbeit auf regionaler Ebene	26
<b>4</b>	<b>Rechtliche Rahmenbedingungen im Berichtszeitraum</b>	<b>9</b>	8.3	Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband	27
4.1	Allgemeines	9	8.4	Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften	27
4.2	Gesetzesänderungen	9	8.5	Zusammenarbeit mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen	28
4.3	Neue Rechtsprechung	10	8.6	Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst	28
<b>5</b>	<b>Schäden infolge Fehlverhaltens</b>	<b>12</b>	8.7	Amtshilfe für die Deutsche Rentenversicherung	28
<b>6</b>	<b>Zuständigkeit der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>Gesetzlicher und vertraglicher Handlungsbedarf</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>Tätigkeit der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten</b>	<b>15</b>	9.1	Pflegebetrug	29
7.1	Bearbeitung eingehender Hinweise	15	9.2	Apothekenbetrug	30
7.2	Erfassung bzw. Darstellung der Kennzahlen	16	9.3	Schaffung von erweiterten Erlaubnistatbeständen zur Datenverarbeitung	30
7.3	Im Berichtszeitraum bearbeitete Hinweise/Fälle	17	9.4	Flächendeckende Schaffung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften oder Zentralstellen	31
7.4	Einzelfälle, Fallkonstellationen	19	<b>10</b>	<b>Resümee</b>	<b>32</b>
7.4.1	Fehlverhalten durch Versicherte	19			
7.4.2	Fehlverhalten durch ärztliche Leistungserbringer bzw. Mitarbeitende aus der Arztpraxis	20			
7.4.3	Fehlverhalten durch Leistungserbringer Apotheker mit Dritten	20			



# Einleitung

Die Kranken- und Pflegekassen und ihre Verbände sowie der GKV-Spitzenverband haben Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorzuhalten, an die sich jede Person wenden kann, wenn sie Hinweise auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Kranken- oder Pflegekassen oder des jeweiligen Verbandes geben möchte. Diese Aufgabe ist in den §§ 197a SGB V, 47a SGB IX festgelegt.

Die AOK Rheinland/Hamburg hat diese Stelle im Bereich Recht – Datenschutz in Form der organisatorischen Einheit „Stabsstelle Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ (§ 197a-Stelle) angesiedelt und ihr die entsprechenden Aufgaben übertragen.

Der Vorstand ist nach § 197a Abs. 5 Satz 1 SGB V bzw. § 47a SGB XI verpflichtet, dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und die Ergebnisse der organisatorischen Einheit nach § 197a Abs. 1 SGB V zu berichten.

Gegenstand dieses Berichts ist die Tätigkeit der § 197a-Stelle in der Zeit vom 01.01.2024 bis zum 31.12.2025. Nach der Unterrichtung des Verwaltungsrates ist dieser Bericht spätestens bis zum 30.06.2026 dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen als der zuständigen Aufsichtsbehörde und dem GKV-Spitzenverband zuzuleiten.

# Gesetzlicher Auftrag

## 2.1 Rechtsgrundlagen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

### 2.1.1 § 197a SGB V – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

- (1) <sup>1</sup>Die Krankenkassen, wenn angezeigt ihre Landesverbände, und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. <sup>2</sup>Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c SGB X wahr.
- (2) <sup>1</sup>Jede Person kann sich in Angelegenheiten des Abs. 1 an die Krankenkassen und die weiteren in Abs. 1 genannten Organisationen wenden. <sup>2</sup>Die Einrichtungen nach Abs. 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.
- (3) <sup>1</sup>Die Krankenkassen und die weiteren in Abs. 1 genannten Organisationen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Abs. 1 untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten. <sup>2</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen nach Abs. 1 Satz 1, an dem die Vertreter der Einrichtungen nach § 81a Abs. 1 Satz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form zu beteiligen sind. <sup>3</sup>Über die Ergebnisse des Erfahrungsaustausches sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.

(3a) <sup>1</sup>Die Einrichtungen nach Abs. 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Abs. 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. <sup>2</sup>Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

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

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

<sup>2</sup>Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. <sup>3</sup>Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Abs. 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Abs. 1 erforderlich ist.

„Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Abs. 1 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.

- (4) Die Krankenkassen und die weiteren in Abs. 1 genannten Organisationen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.
- (5) „Der Vorstand der Krankenkassen und der weiteren in Abs. 1 genannten Organisationen hat dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Abs. 1 zu berichten. „Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuzuleiten. „In dem Bericht sind zusammengefasst auch die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle, die Art und Schwere des Pflichtverstoßes und die dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sowie sonstige geeignete Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.
- (6) „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft bis zum 1. Januar 2017 nähere Bestimmungen über
1. die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Abs. 1 Satz 1 bei seinen Mitgliedern,
  2. die Ausübung der Kontrollen nach Abs. 1 Satz 2,
  3. die Prüfung der Hinweise nach Abs. 2,
  4. die Zusammenarbeit nach Abs. 3,
  5. die Unterrichtung nach Abs. 4 und
  6. die Berichte nach Abs. 5.

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

### 2.1.2 § 47a SGB XI – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Pflegeversicherung)

- (1) „§ 197a des Fünften Buches gilt entsprechend; § 197a Abs. 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, auch mit den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, zusammenzuarbeiten. „Die organisatorischen Einheiten nach § 197a Abs. 1 des Fünften Buches sind die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen.
- (2) „Die Einrichtungen nach Abs. 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Abs. 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. „An die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, dürfen die Einrichtungen nach Abs. 1 Satz 2 personenbezogene Daten nur übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Zusammenhang mit den Regelungen des Siebten Kapitels des Zwölften Buches erforderlich ist und im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen. „Der Empfänger darf diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. „Ebenso dürfen die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, an die in Abs. 1 Satz 2 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. „Die in Abs. 1 Satz 2 genannten Einrichtungen dürfen diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind. „Die Einrichtungen nach Abs. 1 Satz 2 sowie die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, haben sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.

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

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

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



# Organisation der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten

## 3.1 Organisatorische Einbindung

Im Jahre 2016 hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband verpflichtet, nähere Bestimmungen zur einheitlichen Organisation und zur Ausübung der Kontrollen nach § 197a Abs. 1 Satz 2 i. V. m. Abs. 6 SGB V zu treffen. Erstmals zum 01.01.2018 sind die näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbands über die Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a Abs. 6 SGB V, § 47a SGB XI für den Berichtszeitraum 2016/2017 in Kraft getreten.

Seitdem sind diese Bestimmungen unter Berücksichtigung der Neuregelungen in den §§ 197a Abs. 3b SGB V, 47a Abs. 3 SGB XI konsequent weiterentwickelt und angepasst worden. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes hatte zuletzt am 04.12.2023 Änderungen beschlossen, die für den jetzigen Berichtszeitraum galten (**Anlage 1**). Mit dem Rundschreiben 2024/699 erfolgte schließlich am 17.12.2024 noch eine nachträgliche redaktionelle Anpassung der Anlage 1.

Den näheren Bestimmungen lässt sich entnehmen, dass die Organisation der Stelle nach § 197a SGB V so zu gestalten ist, dass die Unabhängigkeit dieser gewährleistet ist und ein direkter Zugang zum Vorstand besteht. Die Frage der (persönlichen oder fachlichen) Weisungsfreiheit wird durch ein Schreiben des BMG vom 05.07.2017 konkretisiert, wonach die § 197a-Stellen „fachlich weisungsfrei agieren“ können sollen. Es spricht aber nichts dagegen, dass sie dem Vorstand arbeits- und dienstrechtlich unterstellt bleiben. Nach wie vor ist jedoch der Vorstand und nicht etwa die § 197a-Stelle gegenüber dem Verwaltungsrat berichtspflichtig<sup>1</sup>.

Die geforderte fachliche Weisungsfreiheit ist bei der AOK Rheinland/Hamburg mit der organisatorischen Anbindung der § 197a-Stelle im Bereich Recht – Datenschutz, der direkt dem Vorsitzenden des Vorstandes unterstellt ist, sichergestellt.

## 3.2 Personelle Ausstattung

Zur sachgerechten Umsetzung der gesetzlichen Organisationsverpflichtung sollen alle Kranken- und Pflegekassen einen ihrer Größe und Finanzkraft entsprechenden Anteil an der Fehlverhaltensbekämpfung tragen und in dem erforderlichen Umfang persönliche und sachliche Verwaltungsmittel für diese Aufgabe einsetzen (BT-Drs. 18/6446).

Die Mitarbeitenden der § 197a-Stelle der AOK Rheinland/Hamburg haben durch ihre jeweiligen Ausbildungen (AOK-Betriebswirt, Sozialversicherungsfachangestellte, Studium der Pharmazie, Studium der Rechtswissenschaften) ein sehr breit gefächertes Fachwissen, das sie, ebenso wie ihre bisherigen beruflichen Erfahrungen, in die tägliche Arbeit einbringen.

Die Leiterin dieser Stabsstelle und Fehlverhaltensbeauftragte ist im Berichtszeitraum Frau Simone Lötzer gewesen. Ab 01.04.2026 wird diese Aufgabe von Frau Maxine Lau übernommen.

## 3.3 Erreichbarkeit

Die § 197a-Stelle der AOK Rheinland/Hamburg ist

- telefonisch unter der Rufnummer 0211 8791-28302
- per Telefax unter der Rufnummer 0211 8791-1324
- per E-Mail unter der Adresse fehlverhalten@rh.aok.de

erreichbar.

Alternativ besteht die Möglichkeit, Verdachtsfälle – auch anonym – über ein Meldeformular mitzuteilen, das auf der Internetseite der AOK Rheinland/Hamburg abrufbar ist.<sup>2</sup>

Für Mitarbeitende der AOK Rheinland/Hamburg besteht zusätzlich zu den vorgenannten Kontaktkanälen die Möglichkeit, mithilfe eines standardisierten Dokumentationsbogens Hinweise an die § 197a-Stelle zu melden.

# Rechtliche Rahmenbedingungen im Berichtszeitraum

## 4.1 Allgemeines

Wie bereits dargestellt, trifft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 197a Abs. 6 SGB V nähere Bestimmungen über die einheitliche Organisation, die Ausübung der Kontrollen, die Prüfung der Hinweise, die Zusammenarbeit, die Unterrichtung und die Berichte der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Der GKV-Spitzenverband hat diese näheren Bestimmungen mit Wirkung für den hier dargelegten Berichtszeitraum angepasst und weiterentwickelt.

Im Wesentlichen basiert die Weiterentwicklung auf folgenden Aspekten: den Schlussfolgerungen einer neuen kriminologischen Studie zur Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten<sup>3</sup>, den aktuellen Veröffentlichungen der Aufsichtsbehörden zum Einsatz von Systemen der künstlichen Intelligenz und des maschinellen Lernens zur Aufdeckung und Verhinderung von Fehlverhalten sowie auf den Regelungen des zum 02.07.2023 in Kraft getretenen Hinweisgeberschutzgesetzes.

Ausweislich der vorbezeichneten Studie ist mittlerweile empirisch belegt, dass stärker aufgestellte Fehlverhaltensbekämpfungsstellen eine deutlich höhere Aufklärungs-, Strafverfolgungs- und Vermögensrückführungsquote erzielen. Die Effektivitätssteigerung ist darauf zurückzuführen, dass stärker aufgestellte Fehlverhaltensbekämpfungsstellen effizienter im Team arbeiten.

Ferner hat der GKV-Spitzenverband auf Basis der genannten Veröffentlichungen der Aufsichtsbehörden die Feststellung in die näheren Bestimmungen aufgenommen, dass zur Aufdeckung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen grundsätzlich auch der Einsatz von Systemen der künstlichen Intelligenz und des maschinellen Lernens zulässig ist. Auf Grundlage dieser Feststellung hat der GKV-Spitzenverband das Projekt „Heureka“ ins Leben gerufen, mit welchem die Nutzung solcher KI-Systeme geprüft und umgesetzt werden soll. Aktuell wurden in der zuständigen Projektgruppe geeignete Fallgruppen für die Testung eines KI-Systems bestimmt.

Der GKV-Spitzenverband stellt im Rahmen der Erweiterung der näheren Bestimmungen ferner klar, dass durch das Inkrafttreten des Hinweisgeberschutzgesetzes die Regelungen der §§ 197a SGB V, 47a SGB XI nicht berührt werden. Die Fehlverhaltensstellen sind weder interne noch externe Meldestelle nach dem Hinweisgeberschutzgesetz. Hinweisgeber können dementsprechend wählen, ob sie ihre Meldung nach § 197a Abs. 2 SGB V oder nach den Vorschriften des Hinweisgeberschutzgesetzes vornehmen wollen.

Schließlich sind die näheren Bestimmungen auch dahingehend erweitert worden, dass die Aufgaben der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen noch einmal konkretisiert wurden. Damit sind die vorbezeichneten Stellen insbesondere zuständig für die Verhinderung von Fehlverhalten (Fehlverhaltensprävention), das frühzeitige Aufdecken von Fehlverhalten und die (strafrechtliche) Verfolgung von Fehlverhalten. Hierfür stehen ihnen nach der Erweiterung der näheren Bestimmungen sämtliche Beweismittel der Prozessordnung zur Verfügung (Sachverständige, Augenschein, Parteivernehmung, Urkunden, Zeugen).

## 4.2 Gesetzesänderungen

Im Berichtszeitraum wurden ferner folgende für den Bereich der Fehlverhaltensbekämpfung relevanten Gesetzesänderungen geplant bzw. verabschiedet und/oder „Aufträge“ aus vorherigen Gesetzesänderungen umgesetzt:

- Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) – Inkrafttreten: 26.03.2024

Die elektronische Patientenakte (ePA) wurde Anfang des Jahres 2025 für alle gesetzlich Versicherten angelegt. Mit der ePA erhalten die Versicherten insbesondere eine vollständige, weitestgehend automatisch erstellte, digitale Medikationsübersicht.

- Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) – Inkrafttreten: 01.03.2025

<sup>1</sup> Vgl. § 197a Abs. 5 Satz 1 SGB V; Schneider-Danwitz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 197a SGB V.  
<sup>2</sup> <https://www.aok.de/pk/dokumente-vollmachten-patientenrechte/fehlverhalten-im-gesundheitswesen-bekaempfen/>

<sup>3</sup> Vgl. Reinelt-Broll, Kriminalpräventive Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Eine empirische Analyse ihrer Effektivität am Beispiel der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Gesetzlichen Krankenkassen nach § 197a SGB V, 2021.

Die im letzten Bericht beschriebenen angedachten Änderungen des § 197a SGB V sind nicht erfolgt. Eine Erweiterung der Datenübermittlungsbefugnisse hat dementsprechend nicht stattgefunden.

- Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG) – zuletzt: Kabinettsentwurf vom 17.12.2025

Apotheken wird in diesem Entwurf die Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ohne Vorliegen einer ärztlichen oder zahnärztlichen Verschreibung ermöglicht. Dies gilt zum einen unter bestimmten Bedingungen bei der Anschlussversorgung bei chronischen Erkrankungen, zum anderen bei bestimmten akuten, unkomplizierten Erkrankungen. Hierzu sollen die Ausnahmen eng begrenzt sein. Das BMG wird ermächtigt, in einer Rechtsverordnung die entsprechenden Erkrankungen, Arzneimittel und Vorgaben für die Abgabe festzulegen. Die Abgabemöglichkeit erstreckt sich nicht auf Arzneimittel mit hohem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Nullretaxationen aus formalen Gründen sollen ausgeschlossen werden.

- Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege – Inkrafttreten: 01.01.2026

Pflegefachpersonen erhalten gemäß ihren Qualifikationen mehr Befugnisse. Sie sollen eigenständig Aufgaben erbringen können, die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren. Die konkreten Leistungen, die sie künftig eigenständig erbringen können, sollen durch die Selbstverwaltung – mit Beteiligung der Pflegeberufsverbände – in Verträgen festgelegt werden.

Künftig sollen gezielt neue Wohnformen gestärkt werden, die eine Alternative sowohl zum betreuten Wohnen als auch zu den klassischen Pflegeheimen darstellen.

Im Rahmen des Leistungskomplexes der Verhinderungspflege ist zum einen eine Klarstellung dahingehend erfolgt, dass eine Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege nicht erforderlich ist. Zum anderen setzt die Übernahme der Ersatzpflegekosten zukünftig voraus, dass ein Antrag auf Erstattung unter Nachweis der Kosten bis zum Ablauf des Kalenderjahres gestellt wird, das auf die jeweilige Durchführung der Ersatzpflege folgt.

## 4.3 Neue Rechtsprechung

Neben den dargestellten neuen gesetzlichen Regelungen hat auch die Rechtsprechung für die Krankenkassen wegweisende Urteile im Berichtszeitraum hervorgebracht, auf die im Folgenden kurz eingegangen werden soll:

Mit Urteil vom 27.08.2025 (**B 6 KA 9/24 R**) hat das Bundessozialgericht festgestellt, dass die fehlende persönliche Unterzeichnung von Sprechstundenbedarfsverordnungen durch einen Arzt die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung verletzt und zu einem begründeten Regress nach § 48 Abs. 1 BMV-Ä i. V. m. der landesrechtlichen Prüfvereinbarung führt. Der klagende Arzt hatte hier anstelle der persönlichen Unterschrift Unterschriftenstempel verwendet.

Der BGH hat mit Urteil vom 27.05.2025 (**6 StR 294/24**) festgestellt, dass die konkludente Geltendmachung eines Zahlungsanspruchs über das Vorliegen der anspruchsbegründenden Tatsachen täuscht, wenn Pflegeleistungen unter Missachtung vertraglicher und gesetzlicher Anforderungen erbracht werden. Hier hatte der angeklagte Inhaber eines ambulanten Pflegedienstes über das Vorhandensein einer Pflegedienstleitung getäuscht und gegenüber den Kranken- und Pflegekassen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und häuslichen Krankenpflege abgerechnet. Die Patienten waren durch das Fehlen der qualifizierten Pflegedienstleitung erheblich körperlich zu Schaden gekommen.

Bei der Bemessung des Schadensumfangs hat der BGH die Übertragbarkeit, der von Seiten des BSG konsequent für den Bereich des Sozialversicherungsrechts angewandten streng formalen Betrachtungsweise auf das Strafrecht erneut bestätigt und ist davon ausgegangen, dass der den Pflege- und Krankenkassen entstandene Schaden dem Gesamtbetrag der an den Pflegedienst geleisteten Zahlungen entspricht. Der BGH stellt ferner fest, dass der Vergütungsanspruch des Pflegedienstes entfällt, wenn Pflegeleistungen nach dem SGB XI und SGB V geltend gemacht werden, die entgegen §§ 71, 72 SGB XI (Pflegekassen) und § 132a SGB V (Krankenkassen) i. V. m. den jeweiligen Rahmenverträgen und den in Bezug genommenen Richtlinien sowie den getroffenen vertraglichen Vereinbarungen ohne eine verantwortliche Pflegefachkraft erbracht wurden.

Die 15. Strafkammer des Landgerichts Leipzig (**15 KLS 601 Js 72578/17**) hat am 24.06.2025 einen Arzt und einen Apotheker wegen Untreue und Betrug jeweils zu einer Bewährungsstrafe verurteilt.

Grundlage dessen waren zum einen die durch den Arzt ausgestellten Verordnungen, die dieser dem Apotheker zur Abrechnung mit den jeweiligen Krankenkassen übergab. Die darin enthaltenen Medikamente

waren medizinisch nicht indiziert und wurden auch nicht an die in der Verordnung benannten Patienten ausgehändigt (sog. „Luftrezepte“). Zum anderen lieferte der Apotheker auf Grundlage einer Absprache mit dem Arzt Arzneimittel von der Apotheke direkt an die Praxis, die jeweils die Arzneimittel direkt an die Patienten aushändigte. Der Arzt stellte dem Apotheker im Anschluss die entsprechenden Verordnungen zu Abrechnungszwecken zur Verfügung.

Das Landgericht stellt in seinen Entscheidungsgründen fest, dass dem Arzt gegenüber der jeweiligen Krankenkasse eine Vermögensbetreuungspflicht oblag, die ihm zumindest geboten hat, Heilmittel nicht ohne jegliche medizinische Indikation in der Kenntnis zu verordnen, dass die verordneten Leistungen nicht erbracht, aber gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden. Ferner stellt das Gericht klar, dass der Apotheker durch die Abrechnung über die gutgläubige Verrechnungsstelle zumindest konkludent erklärt hat, dass er bestehende sozialrechtliche Erstattungsansprüche unter Einhaltung der abrechnungsrechtlichen Maßgaben geltend mache. Die Vereinbarung zwischen dem Arzt und dem Apotheker und die daraus folgende unmittelbare Zuweisung von Rezepten erfüllte den Verbotstatbestand des § 11 Abs. 1 Satz 1 ApoG. Klarstellend führt das Gericht des Weiteren aus, dass nach § 11 Abs. Satz 1 ApoG jedwede Absprachen untersagt sind, die auf einen Leistungsaustausch des anderen mit dem Patienten bzw. dem Kunden gerichtet sind, so u. a. auch die Zuweisung von Patienten an die Apotheke, insbesondere durch Zuweisung von Verschreibungen.

Mit Urteil vom 11.03.2024 (**L 4 KR 260/22**) hat das LSG Niedersachsen-Bremen den Vergütungsanspruch eines Apothekers wegen Verstoßes gegen die arzneimittelrechtlichen Abgabebestimmungen sowie wegen Verstoßes gegen § 11 Abs. 1 ApoG verneint und den Apotheker zur Rückzahlung verurteilt. Der Apotheker hatte Vertragsärzte direkt mit hochpreisigen Arzneimitteln beliefert, die diese an die Versicherten der klagenden Krankenkasse abgegeben hatten. Die Versicherten hatten sich im Vorhinein in einem Formular damit einverstanden erklärt, dass das jeweilige Medikament durch die Ärzte in einer Apotheke besorgt würde.

Das LSG stellte in seiner Urteilsbegründung klar, dass es das Recht des Versicherten als Vertreter der Krankenkasse sei, die Apotheke auszuwählen und verwies dabei auf die Regelung des § 31 Abs. 1 Satz 5 SGB V. Als Kehrseite zu diesem Wahlrecht bestehe ein Beeinflussungsverbot. Die Krankenkasse dürfe die Auswahl der Apotheke ausdrücklich nicht dem Arzt überlassen. Ferner habe der Apotheker die Medikamente unter Verstoß gegen § 11 Abs. 1 ApoG an die Ärzte abgegeben. Das Verbot einer Zuführung von Patienten und der Zuweisung von Verschreibungen durch den Arzt an den Apotheker basiere auf dem

Grundsatz einer strengen Trennung zwischen dem Beruf des Arztes und dem des Apothekers. Diese Trennung sei sachlich begründet. Mit ihr solle einerseits gewährleistet werden, dass der Arzt sich bei der Auswahl der Arzneimittel ausschließlich von fachlich-medizinischen Gesichtspunkten und seinem ärztlichen Gewissen leiten lasse; andererseits solle sie dazu beitragen, dass der Apotheker die ihm zugewiesene Kontrollfunktion bei der Belieferung von Verschreibungen sachlich und eigenverantwortlich wahrnehme.

Der BGH hat mit Urteil vom 21.03.2024 (**3 StR 163/23**) auf die Revision einer Ärztin gegen das Urteil des Landgerichts Koblenz, dieses im Schuldspruch insoweit aufrechterhalten, als dass die Ärztin wegen gewerbs- und bandenmäßigen Betruges sowie Bestechlichkeit im Gesundheitswesen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren und sechs Monaten verurteilt wurde.

Die Ärztin betrieb eine chirurgisch-phlebologische Einzelpraxis. Mitangeklagt waren die verantwortlichen Geschäftsführer eines Sanitätshauses, welches Versicherte der Krankenkassen mit Hilfsmitteln der Orthopädie- und Medizintechnik sowie mit Rehabilitationsmitteln versorgte. Die Geschäftsführer trafen mit der Ärztin eine Absprache dahingehend, dass dieser für die Zuführung von Patienten zur Versorgung mit Kompressionsstrümpfen wirtschaftliche Vorteile in Höhe von 10 % des jährlichen Umsatzes des Sanitätshauses bezüglich der von der Ärztin verordneten und vom Sanitätshaus gegenüber den Krankenkassen abgerechneten Hilfsmitteln gewährt würden.

Als Gegenleistung für die Zuführung von Versicherten übernahm das Sanitätshaus ferner – verdeckt durch Scheinanstellungen – Lohnkosten der Ärztin für die mitangeklagten Praxismitarbeiterinnen und erbrachte außerdem Barzahlungen in unbekannter Höhe.

Der BGH hat in seinem Urteil unter anderem festgestellt, dass sich die Ärztin wegen Bestechlichkeit im Gesundheitswesen nach § 299a Nr. 3, § 53 StGB strafbar gemacht habe, indem sie als Angehörige eines Heilberufs im Zusammenhang mit dessen Ausübung sich einen wirtschaftlichen Vorteil habe versprechen lassen und mit der Zuführung von Patienten das Sanitätshaus im inländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt habe. Der BGH bestätigt ferner auch hier im Rahmen der Schadensberechnung ausdrücklich, dass kein Anlass bestehe, von der ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung abzurücken, wonach in Fällen des von Leistungserbringern oder Apothekern begangenen Abrechnungsbetruges, der einer gesetzlichen Krankenkasse entstandene Vermögensschaden sozialrechtsakzessorisch zu bestimmen sei.

# Schäden infolge Fehlverhaltens

Durch Korruption, Abrechnungsbetrug und andere Formen von Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Millionenbeträge entzogen und die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen finanziell stark geschädigt.

Die kriminologische Studie „The Financial Cost of Healthcare Fraud“<sup>4</sup> der University of Portsmouth kam im Jahr 2015 zu dem Ergebnis, dass 6,19 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen aufgrund von „Betrug (und Fehlern)“ verloren gingen.

Laut BKA Bundeslagebericht Wirtschaftskriminalität aus dem Jahr 2024 handelt es sich bei einigen Straftaten der Wirtschaftskriminalität um Kontrolldelikte, sodass von einem erheblichen Dunkelfeld sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch hinsichtlich der monetären Schäden ausgegangen werden muss.<sup>5</sup>

Das BKA stellt darüber hinaus u. a. fest, dass im Bereich der betrügerischen Abrechnung von Gesundheitsleistungen zunehmend Bandenstrukturen bis hin zu organisierter Kriminalität erkennbar seien, einhergehend mit Geldwäsche und Steuerdelikten. Die Dauer der entsprechenden Ermittlungsverfahren betrage nicht selten mehrere Jahre. Dies sei auf die zunehmende Komplexität der Tatbegehungsweisen, die organisierten Erscheinungsformen sowie auf die Anforderung des Einzeltatnachweises zurückzuführen. Das BKA hebt in diesem Zusammenhang die Kooperation der Ermittlungsbehörden mit den Kranken- und Pflegekassen als besonders relevant hervor.

Das BKA geht vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland, der tendenziell älter werdenden Gesellschaft sowie der stetig steigenden Gesundheitskosten perspektivisch von einer weiter zunehmenden Bedeutung des Abrechnungsbetrugs im Gesundheitswesen aus.

Im Tätigkeitsbericht sind drei Kennzahlen zu erfassen, die einen Eindruck vom finanziellen Schaden bzw. der Schadensrückführung vermitteln sollen.

Der **„entstandene Schaden“** ist laut Gesetzesbegründung der Schaden, „der durch Prüfungen nicht vermieden werden konnte“ (BT-Drs. 18/6446, S. 24 f).

Die Meldung der Höhe des entstandenen Schadens ist grundsätzlich bereits in dem Berichtszeitraum vorzunehmen, in dem die Feststellung erfolgt, dies ist aber in vielen Fällen erst nach Abschluss des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens möglich. Der **„entstandene Schaden“** sowie die **„gesicherten Forderungen“** sollen spätestens zum Zeitpunkt des Fallabschlusses ausgewiesen werden.

Aufgrund der vorgenannten Festlegungen wird der entstandene Schaden z. T. in einem Berichtszeitraum erfasst, in welchem die Forderung noch nicht gesichert ist. Grund dafür ist u. a. der zeitintensive Verlauf der Straf- und Sozialgerichtsverfahren. Dies führt ggf. zu deutlichen Diskrepanzen zwischen der Höhe des entstandenen Schadens und der Höhe der gesicherten Forderungen.

Im aktuellen Berichtszeitraum 2024/2025 weist die AOK Rheinland/Hamburg einen **entstandenen Schaden** in Höhe von **7.955.888,73 Euro** und **gesicherte Forderungen** in Höhe von **6.805.885,83 Euro** aus.

Bezugnehmend auf die eingangs getätigten Ausführungen zum sogenannten kriminologischen Dunkelfeld ist davon auszugehen, dass die Höhe des identifizierten entstandenen Schadens immer deutlich unter der Höhe des tatsächlich entstandenen Schadens liegt; denn ausgewiesen werden nur die Schäden in identifizierten Fehlverhaltensfällen, im sogenannten Hellfeld.

Darüber hinaus ist auch in einigen der identifizierten Fälle der ausgewiesene Schaden z. T. niedriger als der vermutlich entstandene Schaden. Ein Grund hierfür ist, dass die Strafermittlungsbehörde aus verfahrensökonomischen Gründen den Tatzeitraum oder die Anzahl der aufzuklärenden Taten begrenzen. Den Krankenkassen ist es dann nicht immer möglich, mithilfe eigener Prüfungen die Höhe des Gesamtschadens nachzuweisen.

Um die Höhe des Dunkelfeldschadens in Deutschland evidenzbasiert einzuschätzen, hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 25.07.2025 die Durchführung einer „Großen Dunkelfeldstudie“ beschlossen.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes<sup>6</sup> beläuft sich die Höhe des **„verhinderten Schadens“** auf ein Mehrfaches des entstandenen Schadens, kann aber noch nicht methodisch belastbar beziffert werden. Gleichwohl möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass durch interne systematische Abrechnungsprüfungen (z. B. Prüfalgorithmen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die automatisch zu Kürzungen bei festgestellten Überschneidungen mit Krankenhausaufenthalten führen), immer wieder kleinere Schäden bei der AOK Rheinland/Hamburg verhindert werden. Des Weiteren führen die Aktivitäten der Fehlverhaltensstellen in diversen Fällen zur Unterbrechung doloser Handlungsketten, was ebenfalls zukünftige Schäden verhindert.

Wie die Kennzahlen verdeutlichen, ist es der § 197a-Stelle auch in diesem Berichtszeitraum gelungen, Fälle mit einem Schaden in Millionenhöhe zu identifizieren und zur Anzeige zu bringen, sodass gemeinsam mit den Ermittlungsbehörden die Fälle aus dem sogenannten Dunkelfeld geholt werden konnten.

Neben den in den Kennzahlen erfassten Schäden sind bei der § 197a-Stelle derzeit noch weitere Fälle mit einem mutmaßlichen Schaden in Millionenhöhe in Bearbeitung, die auch bereits zur Anzeige gebracht wurden. Hier sind die Ermittlungen durch die zuständigen Behörden aber noch nicht derart vorangeschritten, dass die Anzahl der Beschuldigten, die Tatvorwürfe im Einzelnen oder die Höhe des tatsächlich entstandenen Schadens konkret dargestellt werden können. Wir verweisen diesbezüglich auf den unter Punkt 7.4.4. beschriebenen Einzelfall, in dem es um die Abrechnung von Fälschungen im Sprechstundenbereich geht (vgl. Meldung Presseportal der Polizei<sup>7</sup>).

<sup>4</sup> Jim Gee/Mark Button, The financial cost of healthcare fraud 2015 – What data from around the world shows, S. 6, Link: [https://researchportal.port.ac.uk/files/17778636/The\\_Financial\\_Cost\\_of\\_Healthcare\\_Fraud\\_Report\\_2015.pdf](https://researchportal.port.ac.uk/files/17778636/The_Financial_Cost_of_Healthcare_Fraud_Report_2015.pdf)

<sup>5</sup> Vgl. Bundeskriminalamt, Wirtschaftskriminalität – Bundeslagebericht 2024, Link: <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Wirtschaftskriminalitaet/wirtschaftskriminalitaetBundeslagebild2024.pdf>

<sup>6</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband, Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI, Stand 04.12.2023, S. 23.

<sup>7</sup> <https://www.presseportal.de/blaulicht/pm/12415/6043254>



# Zuständigkeit der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten

Fehlverhalten im Gesundheitswesen kann in den unterschiedlichsten Formen auftreten.

Die Ermittlungs- und Prüftätigkeit der Stelle nach § 197a SGB V bzw. § 47a SGB XI ist gerichtet auf die Bekämpfung von Unregelmäßigkeiten sowie die rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln unter sämtlichen sich aus Gesetz, Satzung und Verträgen ergebenden Gesichtspunkten. Es ist in diesem Zusammenhang unerheblich, ob das Fehlverhalten durch Leistungserbringer, Versicherte, Arbeitgeber oder Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen begangen wurde.

Die Bandbreite möglicher Untersuchungsfelder für die Ermittlungs- und Prüfungsstellen soll „deshalb in erster Linie Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen“ erfassen. Diesbezüglich kommen als Delikte insbesondere in Betracht:

- Betrug (§ 263 StGB)
- Untreue (§ 266 StGB)
- Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr (§ 299 StGB)
- Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§ 299a StGB)
- Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299b StGB)
- Vorteilsannahme (§ 331 StGB)
- Bestechlichkeit (§ 332 StGB)
- Vorteilsgewährung (§ 333 StGB)
- Bestechung (§ 334 StGB)

Hinzukommen „typische Begleitdelikte, wie Urkundenfälschung (§ 267 StGB), das Fälschen bzw. Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§§ 277, 278 StGB) sowie einschlägige Straftatbestände des Nebenstrafrechts (z. B. § 29 BtMG oder § 95 AMG) und Ordnungswidrigkeiten“. Letztlich gehören hierzu auch (nach dem geltenden Strafrecht straflose) „regelwidrige Vermögensverfügungen“.

Die Bandbreite der Prüfungstätigkeit der Fehlverhaltensstelle erstreckt sich beispielhaft auf folgende Formen von Fehlverhalten:

## **Fehlverhalten durch Leistungserbringer:**

- Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen
- Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen,
- Doppelabrechnung von Leistungen
- Abrechnung oder Verordnung medizinisch nicht indizierter Leistungen
- Verstoß gegen das Verbot unzulässiger Zusammenarbeit (§§ 73 Abs. 7, 128 SGB V)
- Leistungserbringung durch nicht oder nicht ausreichend qualifiziertes Personal
- Manipulation von Abrechnungsunterlagen (z. B. Leistungsnachweise, Ordnungsblätter)

## **Fehlverhalten durch Arbeitgeber:**

- Erschleichung von Erstattungsleistungen (Umlageverfahren nach dem AAG)
- Abschluss von Scheinbeschäftigungen zur Mitgliedschafterschleichung

## **Fehlverhalten durch Versicherte:**

- Missbrauch der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
- Leistungerschleichung, z. B. Krankengeld, Haushaltshilfe, Verhinderungspflege, Fahrkosten, sogenanntes „Arzthopping“
- Fälschung/Manipulation leistungsbegründender Unterlagen (z. B. Verordnungen, AU-Bescheinigungen)
- Falschangaben in Leistungsanträgen

## **Fehlverhalten durch Mitarbeitende:**

- Zusammenwirken mit Leistungserbringern, Versicherten oder Arbeitgebern zur Erlangung nicht gerechtfertigter Vorteile

# Tätigkeiten der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten

## **7.1 Bearbeitung eingehender Hinweise**

Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden in großer Zahl und von unterschiedlichsten Seiten an die § 197a-Stelle herangetragen. Zum einen werden Verdachtsfälle intern durch Mitarbeitende der AOK Rheinland/Hamburg übermittelt, zum anderen auch extern durch Dritte (z. T. anonym), wobei hierzu auch in bedeutendem Maß Informationen zählen, die sich aus der regionalen Zusammenarbeit mit anderen Kassenarten sowie der Zusammenarbeit innerhalb des AOK-Systems ergeben.

Ebenso nehmen auch Ermittlungsbehörden Kontakt mit der § 197a-Stelle auf, wenn sie im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung potenzielles Fehlverhalten im Gesundheitswesen vermuten.

Auch der Medizinische Dienst ist berufen, im Rahmen der Qualitäts- und Abrechnungsprüfung ambulanter Pflegedienste auf Fehlverhalten zu prüfen und ist somit zu einem regelmäßigen Hinweisgeber geworden.

Alle eingehenden Hinweise werden zunächst durch Mitarbeitende in der § 197a-Stelle dahingehend geprüft, ob sie aufgrund der einzelnen Angaben oder Gesamtumstände glaubhaft erscheinen. Nicht erfasst werden dabei allgemeine Anfragen oder Beschwerden über ein bestimmtes Verwaltungshandeln oder Hinweise zu Behandlungsfehlern. Hinweise dieser Art werden an die jeweils zuständigen Stellen der AOK Rheinland/Hamburg weitergeleitet.

Sachverhalte, die das Vorenthalten von Beiträgen zur Sozialversicherung (§ 266a StGB) betreffen und von den insoweit zuständigen Einzugsstellen (§ 28h SGB IV) bearbeitet werden, werden von den § 197a-Stellen nicht erfasst, es sei denn, dass die Stellen gemeinsam mit den Einzugsstellen ermittelt haben.

Richtet sich der Verdacht gegen Leistungserbringer, Versicherte oder Arbeitgeber, erfolgt die Recherche durch die spezialisierten Mitarbeitenden der Fehlverhaltensstelle, die bei Bedarf durch die jeweiligen fachlich zuständigen Bereiche unterstützt werden. Ist die interne Sachverhaltsaufklärung zum jeweiligen Fall abgeschlossen, entscheidet die § 197a-Stelle, ob Strafanzeige erstattet werden muss oder andere Maßnahmen eingeleitet werden.

Soweit sich der Verdacht gegen Mitarbeitende der AOK Rheinland/Hamburg richtet, die in Ausübung ihrer Tätigkeit ein Fehlverhalten begangen haben könnten, erfolgt die Recherche durch die Stabsstelle Compliance. Bestätigt sich der Anfangsverdacht im Rahmen der Recherche, wird die § 197a-Stelle eingebunden und beide Stabsstellen besprechen gemeinsam das weitere Vorgehen.

In diesem Berichtszeitraum konnte insbesondere ein Anstieg interner Hinweise im Bereich Fehlverhalten durch Krankentransportdienstleister festgestellt werden. Dieser Anstieg ist der erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden der § 197a Stelle und dem internen Fachbereich Fahrtkosten geschuldet. Zur Aufdeckung und Verfolgung von Fehlverhalten wurde eine Projektgruppe gegründet, die sich in regelmäßigen Abständen über Auffälligkeiten in der Abrechnung austauscht und zeitnahe Maßnahmen zur Verhinderung weiterer Schäden abstimmt.

## 7.2 Erfassung bzw. Darstellung der Kennzahlen

Im Kontext der Weiterentwicklung der näheren Bestimmungen erhebt der GKV-Spitzenverband die Gesamtheit der Hinweise, Fälle und Schäden jeweils nach dem betroffenen Leistungsbereich als Kennzahl. Zusätzlich wird die Anzahl der hinter den Hinweisen und Fällen stehenden Leistungserbringer bzw. Versicherten oder Sonstigen (z. B. unbekannte Täter) erfasst.

In der unten stehenden Tabelle finden sich die Kennzahlen mit Bezug zum Leistungsbereich – hier noch ohne den Aspekt des „Täters“.

Zu den Kennzahlen ist anzumerken, dass in allen Fällen, in denen Schäden im betroffenen Leistungsbereich (z. B. Arznei- und Verbandmittel oder Krankenhausbehandlung) entstanden sind, nicht unbedingt der jeweilige Leistungserbringer die Schäden verursacht hat; auch Versicherte und/oder Dritte (z. T. Unbekannte) können diese Schäden verursacht haben.

Diesbezüglich ist also unbedingt zwischen dem betroffenen Leistungsbereich und den jeweils dahinterstehenden Beschuldigten zu differenzieren.

1. Hinweise		2. Verfolgte Fälle		3. Abgeschlossene Fälle		4. Schäden			
1.1 Extern	1.2 Intern	2.1 Bestandsfälle	2.2 Neufälle	3.1 Abgeschlossene Fälle	3.2 Nachgewiesene Fälle	4.1 Entstandener Schaden in Euro	4.2 Gesicherte Forderungen in Euro	5 Strafanzeigen	nach den jeweils betroffenen Leistungsbereichen
									a) Krankenversicherung (SGB V)
		75	24	29	9	20.908,65	20.908,65		aa) Ärztliche Leistung
		27	5	3	3	392.108,28	392.626,56		bb) Zahnärztliche Leistung
		63	57	47	29	4.367.006,63	4.171.157,92		cc) Arznei- und Verbandmittel
		74	46	60	30	91.917,04	100.363,29		dd) Heilmittel
		34	13	1	0	77.583,20	77.583,20		ee) Hilfsmittel
		25	8	10	4	1.019.838,07	1.019.838,07		ff) Krankenhausbehandlung
		24	27	25	11	996.416,17	9.608,91		gg) Fahrkosten
		3	4	3	0	0	0		hh) Vorsorge und Rehabilitation
		1	1	1	1	0	0		ii) Soziale Dienste, Prävention
		6	5	4	2	12.659,15	546,00		jj) Schwangerschaft / Mutterschaft
		252	183	209	97	319.595,63	329.389,66		kk) Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
		239	380	277	64	105.846,82	124.590,97		b) Pflegeversicherung (SGB XI)
		0	0	0	0	0	0		ll) Außerklinische Intensivpflege (§ 37c SGB V)
		203	160	146	41	114.565,95	121.829,46		c) Versichertenbezogene Leistungen
		6	5	6	2	0	0		d) Arbeitgeberbezogene Leistungen
		17	12	8	2	437.443,14	437.443,14		e) Sonstige Fälle
<b>859</b>	<b>207</b>	<b>1.049</b>	<b>930</b>						
<b>1.066</b>	<b>1.979</b>			<b>829</b>	<b>295</b>	<b>7.955.888,73</b>	<b>6.805.885,83</b>	<b>98</b>	Summen der Hinweise, Fälle und Schäden

## 7.3 Im Berichtszeitraum bearbeitete Hinweise/Fälle

### Hinweise und Neufälle

Berichte 2020/2021, 2022/2023 und 2024/2025

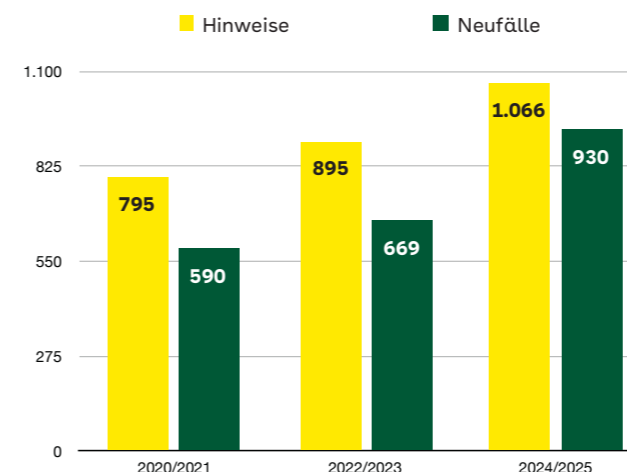


Abbildung 1 zeigt die Anzahl der im jeweiligen Berichtszeitraum eingegangenen Hinweise und neu angelegten Fälle.

Im Berichtszeitraum erhielt die § 197a-Stelle insgesamt **1.066** Hinweise auf ein mögliches Fehlverhalten. Dazu zählen sämtliche im laufenden Berichtszeitraum bei den Stellen eingegangenen Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die „auf Grund der einzelnen Angaben oder Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.“<sup>8</sup>

Davon sind **207** Hinweise intern an die Fehlverhaltensstelle herangetragen worden. Mehrheitlich handelt es sich um Hinweise aus der Abrechnungsprüfung. Insgesamt **859** Hinweise wurden durch **externe** Hinweisgeber an die AOK Rheinland/Hamburg herangetragen.

Einer der Gründe für die Zunahme der externen Hinweise ist die Tatsache, dass mit Einführung der elektronischen Patientenakte viele Versicherte Einsicht in diese sowie in die Patientenquittungen nehmen. Die § 197a-Stelle erhält in diesem Zusammenhang Hinweise dahingehend, dass Leistungen abgerechnet wurden, welche die Ärzte oder Leistungserbringer nach Angaben der Hinweisgeber nicht erbracht hätten und/oder von Seiten der Arztpraxen Verordnungen ausgestellt worden seien, welche die Versicherten nicht erhalten bzw. welche sie therapeutisch auch nicht benötigt hätten (vgl. Punkt 7.4.2). Darüber hinaus werden häufig auch weitere „Unplausibilitäten“ von Seiten der Versicherten identifiziert, die jedoch keinen Hinweis auf ein Fehlverhalten i. S. des § 197a SGB V darstellen und deshalb nicht erfasst werden. Die § 197a-Stelle leitet diese Meldungen an die zu-

<sup>8</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband, Nähere Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI, Stand 04.12.2023

ständigen Kolleginnen und Kollegen weiter, sodass die Versicherten bei der Sachverhaltsaufklärung unterstützt werden.

In Einzelfällen resultiert aus den Meldungen nach erfolgter Prüfung ein Hinweis/Fall für die § 197a-Stelle.

Nach Prüfung der im aktuellen Berichtszeitraum eingegangenen Hinweise ist festzustellen, dass **87 %** der Hinweise im Anschluss als Fall verfolgt wurden. Zu den 1.049 Bestandsfällen kamen mithin **930** Neufälle hinzu.

### Fälle

Berichte 2020/2021, 2022/2023 und 2024/2025

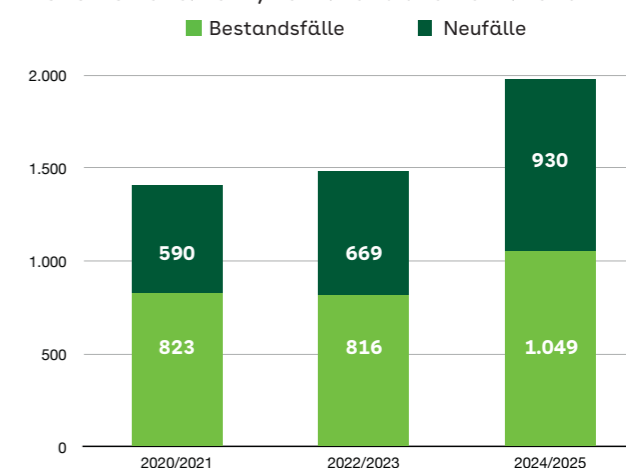


Abbildung 2 zeigt die Anzahl der mit Stand vom 31.12.2025 bearbeiteten Fälle, die in der Standardisierten Falldatenbank erfasst wurden.

### • Wann wird ein Hinweis zu einem Fall?

„Ein Hinweis wird zu einem Fall i. S. §§ 197a Abs. 1 SGB V, 47a SGB XI, wenn er ‚hinreichend substantiiert‘ ist, d.h., wenn konkret überprüfbare Anhaltspunkte zur Art des (mutmaßlichen) Fehlverhaltens (Tatbestand), zu Tatort und Tatzeitraum sowie zum Tatverdächtigen vorliegen, aufgrund derer die Stelle nach § 197a SGB V mit der weiteren Ermittlung und Prüfung beginnen kann. Pauschale Verdachtsmomente oder vage, nicht überprüfbare Angaben allein reichen nicht aus.“<sup>8</sup>

### • Was ist ein Bestandsfall?

„Bestandsfälle“ sind Fälle aus vorausgegangenen Berichtszeiträumen, die zu Beginn des neuen Berichtszeitraumes noch nicht abgeschlossen waren.

### • Was ist ein Neufall?

„Neufälle“ sind Fälle, die im laufenden Berichtszeitraum gemeldet wurden.

### Verfolgte Verdachtsfälle (Fallzahl) nach

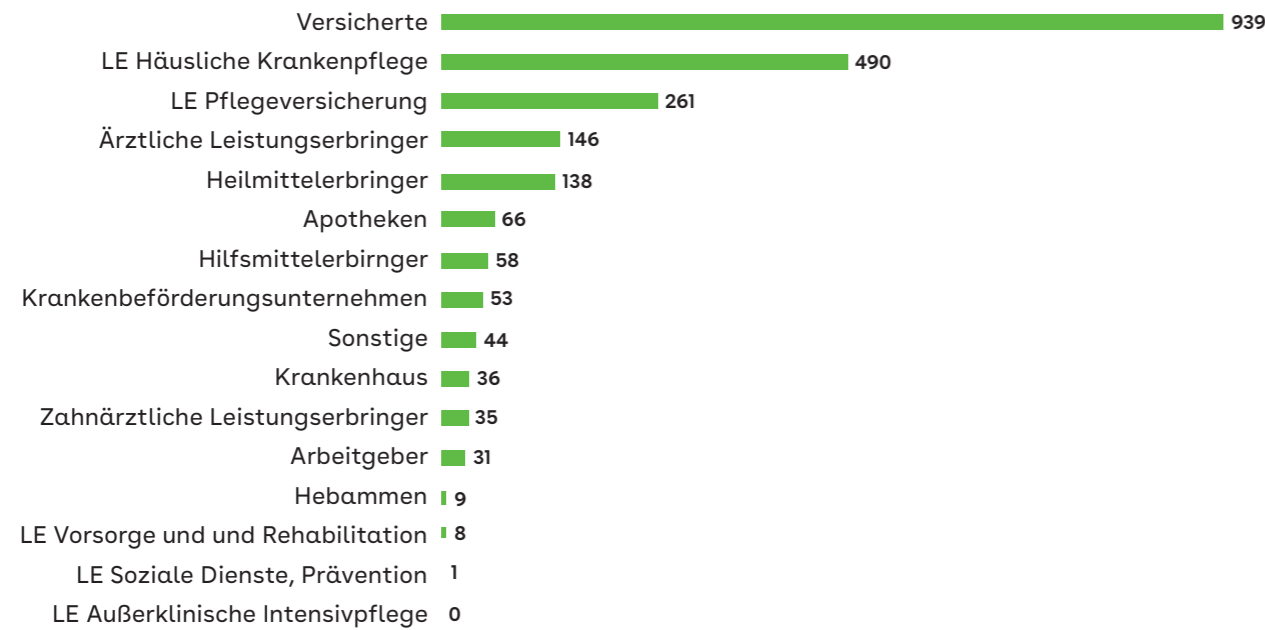


Abbildung 3 zeigt die Verteilung der im Berichtszeitraum verfolgten Fälle nach hinter den Fällen stehenden Tatverdächtigen (Leistungserbringer, Versicherte usw).

An erster Stelle stehen weiterhin Fehlverhaltensfälle, in denen Versicherte als Verursacher identifiziert wurden bzw. in denen ein Hinweisgeber einem Versicherten ein Fehlverhalten vorwirft. An zweiter Stelle stehen Fehlverhaltensfälle durch Leistungserbringer im Kontext der häuslichen Krankenpflege, gefolgt von Leistungserbringern der ambulanten Pflege.

### Gesicherte Forderungen

Berichte 2020/2021, 2022/2023 und 2024/2025

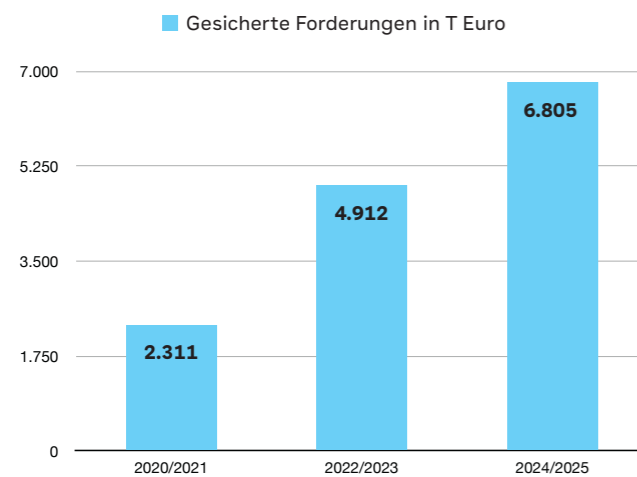


Abbildung 4 gibt eine Übersicht über die gesicherten Forderungen im Kontext der Schadensrückführung in den vergangenen drei Berichtszeiträumen.

„Gesicherte Forderungen“ sind laut den näheren Bestimmungen Forderungen, die „rechtskräftig oder bestandskräftig tituliert“ oder „vom Schuldner anerkannt“ wurden. „Als gesichert gilt eine Forderung auch, wenn ein tatsächlicher Schadensausgleich stattgefunden hat“.<sup>8</sup>

Die gesicherte Forderung beziffert damit den Teil des Schadens, der ursprünglich dem Gesundheitswesen und den Krankenkassen aus den für die Versorgung der Versicherten vorgesehenen Finanzmitteln durch Fehlverhalten entzogen wurde und durch die aktive Ermittlungsarbeit der Fehlverhaltensstelle wieder zurückgeholt werden konnte.

Ein häufiges Problem bei der Durchsetzung von Forderungen ist die Insolvenz des Schuldners. Dies ist eine negative Entwicklung, die in den letzten Berichtszeiträumen bei insbesondere Pflegediensten aber auch bei anderen Leistungserbringern zu beobachten war, wenn es zu größeren Schäden kam. Viele kassenartenübergreifende Schadenregulierungsvereinbarungen sehen daher Ratenzahlungen vor, um Insolvenzen zu verhindern. Daher entspricht die im Berichtszeitraum realisierte Schadensrückführung meist nicht der gesicherten Forderung.

## 7.4 Einzelfälle, Fallkonstellationen

Im Folgenden werden wir Einzelfälle darstellen, die zeigen, mit welcher kriminellen Energie die Krankenkassen geschädigt werden.

Die gewählten Fälle sollen verdeutlichen, wie vielfältig und komplex die Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist.

### 7.4.1 Fehlverhalten durch Versicherte

Fall 1	
Aufgreifkriterium	interne Prüfung, später auch Auskunftsersuchen der Polizei aufgrund der Anzeige durch eine Zeugin
Täter/-in, Beteiligte	Versicherte (Bevollmächtigte)
Vorgehen im Fall	eingehende Prüfung der verschiedenen Leistungsfälle, Anhörung der Versicherten, Strafantrag

Für drei versicherte Personen einer Familie wurden verschiedene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung beantragt und in Teilen übernommen. Im Rahmen der Anspruchsprüfung fiel auf, dass teils unterschiedliche Aussagen zum Gesundheitszustand einer der versicherten und zu den im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen getätigt wurden. Die Angaben schienen sich, je nachdem welche Voraussetzungen für welche Leistungen erforderlich waren, zu ändern, teilweise widersprachen sie sich explizit.

Im Rahmen einer daraufhin erfolgten umfassenden Prüfung stellte sich heraus, dass eine einzelne Person laut den Anträgen für alle drei Versicherten in unterschiedlichen Funktionen als Haushaltshilfe, als Pflegeperson, als Nachbarschaftshelferin und als Ersatzkraft im Rahmen der Verhinderungspflege aktiv gewesen sein sollte.

Weiter fiel auf, dass nahezu alle Zahlungen auf ein identisches Konto zu leisten waren. Dieses gehörte einer der drei versicherten Personen, die laut Akte alle Leistungsanträge stellte. Sie hatte sich hierzu von den beiden anderen versicherten Familienmitgliedern bevollmächtigen lassen.

Zu diesem Zeitpunkt waren den drei versicherten Familienmitgliedern bereits 36.234 Euro ausgezahlt worden. Die Auszahlungen waren dabei niedriger als der beantragte Auszahlungswert in Höhe von 41.247 Euro, da diese im Rahmen der Leistungsabrechnung an die rechtlich vorgesehenen Beträge angepasst wurden. Andere beantragte Leistungen wurden schon mangels erfüllter Voraussetzungen von vornherein abgelehnt.

Die als hauptverantwortlich identifizierte Person scheute sich nicht, in einem der später als Betrug identifizierten Fälle vor dem Sozialgericht gegen die sozialrechtlich korrekte Leistungskürzung zu klagen. Schon im Laufe dieses Verfahrens verstrickte sie sich wahrnehmbar in unterschiedlichen Aussagen und zog die Klage letztlich zurück.

Kurz nach den hier begonnenen Recherchen wandte sich die in allen Fällen benannte Hilfskraft an uns und an die Polizei und erstattete Anzeige. Sie hatte – vermutlich unbeabsichtigt – erfahren, dass ihr Name und ihre gefälschte Unterschrift für eine der Leistungen genutzt worden war. Sie versicherte uns und auch der Polizei gegenüber glaubhaft, dass die in Rede stehenden Anträge und Abrechnungen weder von ihr unterschrieben noch von ihr autorisiert worden seien. Auch habe sie niemals als Haushaltshilfe, Pflegeperson, Nachbarschaftshelferin oder Ersatzpflegekraft für die Familie fungiert.

Auf Basis der eigenen Ermittlungsergebnisse – gestützt durch die Anzeige der vermeintlichen „Ersatzkraft“ – stellten wir Strafantrag bezüglich neun selbstständiger Sachverhalte.

Die als hauptverantwortlich identifizierte Person zeigte sich im Rahmen der von unserer Seite unternommenen Aufklärungsversuche nicht kooperativ und reagierte mit Beschwerden. Bezüglich der finalen Bewertung, welche der verschiedenen Leistungen tatsächlich zu Unrecht gezahlt worden waren, war die § 197a-Stelle insofern auf die Ergebnisse des Strafverfahrens angewiesen. Vor diesem Hintergrund musste die Rückforderung der geleisteten Zahlungen für die einzelnen Leistungen zunächst zurückgestellt werden.

Zwischenzeitlich wurde Anklage erhoben und die Hauptverhandlung durchgeführt. Auch dort bestritt die Hauptverantwortliche zunächst alle Vorwürfe, sogar die ihr vorgehaltenen eigenen Chatverläufe bezeichnete sie als Fälschung. Letztlich räumte sie jedoch alle vorgeworfenen Taten ein und entschuldigte sich. Das Gericht verurteilte sie zu einer Freiheitsstrafe auf Bewährung.

Mit Verweis auf das Urteil haben wir die Rückforderungen eingeleitet.

#### 7.4.2 Fehlverhalten durch ärztliche Leistungserbringer bzw. Mitarbeitende aus der Arztpraxis

Fall 2	
Aufgreifkriterium	Hinweis durch Versicherte
Täter/-in, Beteiligte	Arzt oder Mitarbeitende aus der Arztpraxis
Vorgehen im Fall	interne Auswertung, Strafanzeige, Information der anderen Krankenkassen

Eine bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherte Person informierte die § 197a-Stelle nach Einsicht in ihre elektronische Patientenakte, dass die sie behandelnde Arztpraxis an Tagen, an denen sie nicht in der Praxis vorstellig geworden sei, Rezepte auf ihren Namen ausgestellt habe. Die Rezepte seien ihr weder ausgehändigt worden, noch habe sie die verordneten Arzneimittel benötigt oder erhalten. Kurz danach meldeten sich zwei Bekannte der versicherten Person und berichteten von demselben Sachverhalt. Allen Versicherten war entweder das Antidiabetikum Ozempic und/oder das opiathaltige Schmerzmittel Tilidin rezeptiert worden. Beide Produkte sind bekannt für deren gute Absatzmöglichkeit auf dem Schwarzmarkt. Ozempic wird bekanntermaßen als „Abnehmspritze“ beworben – eine Leistung, die aktuell als Life-Style-Anwendung keine Kassenleistung darstellt. Tilidin ist bekannt dafür, als Opiat missbräuchlich eingenommen zu werden.

Eine daraufhin durchgeführte interne Prüfung ließ weitere Inkonsistenzen erkennen. So konnte für einzelne Tage die gehäufte Ausstellung von Papierrezepten festgestellt werden. Auf den Papierrezepten waren insbesondere solche Arzneimittel verordnet worden, die missbräuchlich eingenommen werden oder für die ein Schwarzmarkt existiert. Weiter besteht mittlerweile die Verpflichtung zur Ausstellung eines E-Rezepts. Diese beiden Tatsachen lassen darauf schließen, dass die Verordnung der Medikamente medizinisch nicht erforderlich war und diese den auf der Verordnung genannten Versicherten auch nie ausgehändigt worden waren. Bei den verordneten Arzneimitteln handelt es sich neben den bereits Genannten um Testosteron, welches missbräuchlich vor allem zum Doping verwendet wird, Mounjaro, hierbei handelt es sich um ein weiteres Antidiabetikum, welches ebenfalls zum Abnehmen verwendet wird, das Schmerzmittel Ibuprofen sowie einen codeinhaltigen Hustenblocker.

Die Papierrezepte waren alle auf Namen von Versicherten ausgestellt worden, die in der Arztpraxis in Behandlung sind. Auch sonst fanden sich an den Rezepten selbst keine Auffälligkeiten. Es ist daher davon auszugehen, dass die Papierrezepte alle in der Arztpraxis ausgestellt wurden.

Mit Verweis auf die Hinweise und die identifizierten Auffälligkeiten erstattete die § 197a-Stelle Strafanzeige. Eine erste Tatverdächtige wurde bereits ermittelt, die weiteren Ermittlungen bleiben jedoch abzuwarten. Die Höhe des Gesamtschadens kann vor diesem Hintergrund noch nicht beziffert werden.

Die § 197a-Stelle hat die anderen gesetzlichen Krankenkassen über den Sachverhalt informiert.

#### 7.4.3 Fehlverhalten durch Leistungserbringer Apotheker mit Dritten

Fall 3	
Aufgreifkriterium	Plausibilitätsprüfung
Täter/-in, Beteiligte	Versicherte/Apotheke
Vorgehen im Fall	Auswertung der Abrechnungsdaten, Strafanzeige

Im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung fiel ein versichertes Ehepaar auf, welches sich parallel identische Arzneimittel von mehreren Ärzten verordnen ließ. Jährlich wurden von den Versicherten bis zu 19 verschiedene Ärzte aufgesucht.

Bei Einnahme aller verordneten Arzneimittel wäre es nicht nur zu einer Überdosierung gekommen, die gleichzeitige Einnahme wäre ferner therapeutisch nicht sinnvoll bzw. sogar kontraindiziert gewesen.

Fast alle Rezepte wurden in derselben Apotheke eingelöst. Der Leistungsmissbrauch hätte dort dementsprechend auffallen müssen.

Darüber hinaus fielen im Rahmen der Plausibilitätsprüfung Inkonsistenzen im Hinblick auf die Rezeptbedruckung auf, die aus hiesiger Sicht belegen, dass die Rezepte nicht wie laut ApBetrO vorgesehen, bei der Abgabe erfasst worden sein können. Daher wurde der Sachverhalt wegen des Anfangsverdachts auf gemeinschaftlichen Abrechnungsbetrug zur Anzeige gebracht.

Ein Jahr nach der Erstattung der Strafanzeige erfolgte eine Durchsuchung der Apotheke.

Akteneinsicht wurde beantragt und gewährt. Der Ermittlungsakte lagen „Quittungen“ der Apotheke für das angezeigte Ehepaar bei, auf denen die Arzneimittel aufgelistet waren, die an das Ehepaar abgegeben worden waren. Beim Abgleich der Unterlagen fiel auf, dass nur ein Bruchteil (ca. 25 %) der verordneten Arzneimittel tatsächlich abgegeben worden war. Darüber hinaus konnten weitere Diskrepanzen festgestellt werden. So wichen häufig die auf den Rezepten gedruckten Abgabetermine deutlich von den Abgabeterminen laut Quittung ab und auch die abgegebenen Produkte stammten häufig von anderen Herstellern. Aus hiesiger Sicht war damit beinahe die gesamte

Entgeltforderung für die Belieferung der Rezepte des Ehepaars unbegründet. Neben dem Schaden aufgrund der Abrechnung von Luftleistungen ist hier auch ein normativer Schaden entstanden.

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Durchsuchung erklärte der Rechtsanwalt des Apothekeninhabers die Bereitschaft zur Schadenregulierung. Im Rahmen der Schadenregulierung erklärte sich der Apotheker zur Abgeltung sämtlicher Ansprüche der AOK Rheinland/Hamburg bereit, also zur Erstattung des Nettoumsatzes der Apotheke – bezogen auf die beiden Versicherten – von über 150.000 Euro. Eine Ratenzahlung wurde vereinbart.

Die Ratenzahlung wurde nach einem Jahr von Seiten des Apothekers aufgrund der Stellung eines Insolvenzantrags eingestellt. Die § 197a-Stelle hat daraufhin die verbliebene Forderung zur Insolvenztabelle angemeldet. Eine Prüfung des Antrags steht noch aus.

Das Ermittlungsverfahren ist aktuell noch nicht abgeschlossen. Nach Information durch die Staatsanwaltschaft soll Anklage gegen die Versicherten sowie den Apotheker erhoben werden.

#### 7.4.4 Fehlverhalten durch sonstige Leistungserbringer

Fall 4	
Aufgreifkriterium	interne Prüfmaßnahmen, Hinweise von ärztlichen Leistungserbringern
Täter/-in, Beteiligte	sonstige Leistungserbringer
Vorgehen im Fall	eingehende Prüfung auffälliger IKs, Zahlsperrungen, Anhörung von Ärzten, Strafanzeige und weitere Maßnahmen

Durch interne Prüfungen sowie durch Hinweise von ärztlichen Leistungserbringern konnte festgestellt werden, dass zunächst im KV-Bezirk Nordrhein und dann auch in anderen Regionen mehrere Leistungserbringer in großem Stil Papierrezepte (Muster-16-Verordnungen) für den Bezug von Sprechstundenbedarf gefälscht haben. Für diesen Bereich gibt es noch keine technische Infrastruktur für digitale Verordnungen (E-Rezepte). Nach aktuellem Kenntnisstand ist allein in Nordrhein ein Schaden in Millionenhöhe entstanden. Der Vorgang wurde nach umfassenden Auswertungen und Anhörung von vermeintlich verordnenden Ärzten gemeinsam von der TK und der hiesigen § 197a-Stelle angezeigt.

Als Sprechstundenbedarf sind Wirkstoffe, Verbandmittel oder medizinisch-technische Mittel verordnungsfähig, die bei mehr als einem Patienten regelmäßig in ärztlichen Behandlungsräumen oder im

Rahmen von ärztlichen Hausbesuchen angewendet werden und/oder bei Notfällen zur Verfügung stehen müssen. Die Kosten für diesen Sprechstundenbedarf werden im Umlageverfahren von allen Kassen anteilig getragen.

Die Ausbreitung der Rezeptfälschungen auf weitere Bundesländer konnte durch intensiven Austausch zu betroffenen IKs und Aktivierung von Zahlsperrungen verhindert werden. Im Mai 2025 konnte die Staatsanwaltschaft Köln im Rahmen von umfangreichen Durchsuchungen drei beteiligte Akteure verhaften und Blankorezepte sowie Drucker sicherstellen.

Nach Mitteilung der Staatsanwaltschaft ist eine Anklage noch nicht erhoben worden. Da eine Feststellung der konkreten Schadenshöhe nur in Abhängigkeit vom Ermittlungsergebnis erfolgen kann, ist die Bezifferung eines konkreten Schadens noch nicht möglich.

#### 7.4.5 Fehlverhalten durch Krankentransportunternehmen

Fall 5	
Aufgreifkriterium	Fall aus der Arbeitsgemeinschaft (ArGe) NRW
Täter/-in, Beteiligte	Krankentransportunternehmen
Vorgehen im Fall	eingehende Prüfung, Anhörung des Leistungserbringers, Rückforderung, Kündigung der Verträge, Strafanzeige, Anmeldung des Schadens zur Insolvenztabelle

Der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen informierte im Rahmen der ArGe NRW darüber, dass gegen ein Krankentransportunternehmen Strafanzeige erstattet worden sei. Hintergrund waren dort festgestellte Abrechnungen in nicht unerheblicher Höhe für Krankentransporte während stationärer Krankenhausaufenthalte sowie nach dem Tod von Versicherten. Auch bei der AOK war es zu derartigen Abrechnungsversuchen gekommen. Ein Schaden entsteht bei der AOK Rheinland/Hamburg in solchen Fällen allerdings nicht, da die Rechnungen automatisch systemseitig abgewiesen bzw. gekürzt werden.

Gleichwohl erfolgten auch bei der AOK Rheinland/Hamburg intensivere Prüfungen des Leistungserbringers. Dabei wurde eine außergewöhnliche Umsatzsteigerung festgestellt. Während im ersten Quartal 2023 ein Umsatz in Höhe von knapp 200.000 Euro erzielt worden war, belief sich der Umsatz im ersten Quartal 2024 auf ca. 850.000 Euro. Dies entspricht einer Steigerung von deutlich über 300 % innerhalb von zwölf Monaten.

Ab Bekanntwerden dieser Auffälligkeiten wurden die Rechnungen des Leistungserbringers einer 100-%-Sichtprüfung unterzogen. Diese erwiesen sich in weiten Teilen als unplausibel, da für einzelne Versicherte bis zu neun Krankentransporte an einem Tag sowie bis zu 111 Transporte innerhalb eines Monats abgerechnet wurden. Ein derartiges Fahrtenaufkommen ist realitätsfern und entspricht nicht dem Normalfall.

In Abstimmung mit der Staatsanwaltschaft wurde eine Anhörung des Leistungserbringers durchgeführt. Dabei wurde exemplarisch der Fall einer Versicherten thematisiert, für die an einem Tag neun Fahrten abgerechnet worden waren. In seiner Stellungnahme erklärte der Geschäftsführer des Unternehmens, dass – mit Ausnahme einer Fahrt – alle abgerechneten Transporte wie angegeben durchgeführt worden seien und dies auch von der Versicherten bestätigt werden könne. Eine Rückfrage bei der regelmäßig angefahrenen Facharztpraxis ergab jedoch, dass die betreffende Versicherte dort seit längerer Zeit keinen Termin mehr wahrgenommen hatte.

Im weiteren Verlauf wurden auffällige Abrechnungen von elf weiteren Versicherten aus dem Monat Mai 2024 einer detaillierten Prüfung unterzogen. Hierzu wurden die jeweils angeblich angefahrenen Arztpraxen und Krankenhäuser schriftlich um Auskunft gebeten, ob an den abgerechneten Tagen tatsächlich Termine stattgefunden haben. Die Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen ergab, dass zu den abgerechneten Fahrten keine entsprechenden Arzt- oder Behandlungstermine vorlagen.

Im August 2024 wurden alle zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und dem Leistungserbringer bestehenden Verträge fristlos gekündigt. Zudem wurde bei der Staatsanwaltschaft eine ergänzende Strafanzeige erstattet; die Ermittlungen dauern derzeit noch an.

Aufgrund des vorgenannten Abgleichs der abgerechneten Fahrten mit den systemseitig hinterlegten Arzt- oder Behandlungsterminen wird hier aktuell von einem Schaden in Höhe von 593.424,40 Euro resultierend aus den Abrechnungen des ersten Quartals 2024 ausgegangen. Für das Ermittlungsverfahren wurde ferner für das vierte Quartal 2023 eine Schadensberechnung vorgenommen. Nach interner Prüfung wurden im vorgenannten Quartal insgesamt 4.120 Fahrten abgerechnet, bei denen am jeweiligen Leistungstag keine abrechnungsfähige Hauptleistung für die betreffenden Versicherten vorlag. Es ist dementsprechend von einem weiteren Schaden in Höhe von 176.242,16 Euro auszugehen. Der Leistungserbringer hat mittlerweile einen Antrag auf Insolvenz gestellt. Die offenen Forderungen werden nunmehr von der § 197a-Stelle zur Tabelle angemeldet.

#### 7.4.6 Fehlverhalten durch Arbeitgeber

Fall 6	
Aufgreifkriterium	interne Prüfmaßnahmen, Hinweise einer anderen AOK
Täter/-in, Beteiligte	unbekannt
Vorgehen im Fall	eingehende Prüfung auffälliger Neukonten, Zahlsperrungen, Strafanzeige und weitere Maßnahmen.

In den Jahren 2024 und 2025 fielen hier zunehmend Arbeitgeber auf, die nahezu zeitgleich mit der Meldung erster Beschäftigter und der damit verbundenen Neuanlage des Arbeitgeberkontos Anträge auf Umlageerstattung – sogenannte AAG-Anträge – stellten. Diesbezüglich erhielt die § 197a-Stelle auch entsprechende Hinweise anderer AOKs.

Nach Prüfung konnten verschiedene Fälle identifiziert werden, die ein hohes Antragsvolumen und weitere auffällige Begleitumstände aufwiesen. Offenbar wurden Beschäftigte unter anderem mit dem Ziel zur Sozialversicherungspflicht gemeldet, aus der Umlageversicherung Erstattungen für vermeintliche Arbeitsunfähigkeitsfälle generieren zu können. Inwieweit die Arbeitgeber und Beschäftigten tatsächlich existieren, ist nach den durchgeführten Verifizierungsmöglichkeiten mindestens fraglich.

Alle betreffenden vermeintlichen Arbeitgeber sind hier frühestens seit 2024 bekannt und verfügten zuvor nicht über ein Beitragskonto. Die Arbeitgeberkonten weisen außerdem weitere Gemeinsamkeiten auf – hier nur einige Beispiele:

- Eine Google-Suche zu den verschiedenen Firmen verläuft regelhaft erfolglos.
- Die Firmen sind bei den Gewerbeämtern nicht bekannt.
- Von allen betroffenen Arbeitgebern werden nahezu keine Beiträge gezahlt, sondern die Beitragssalden im „Maximalfall“ mit AAG-Erstattungen verrechnet.
- Trotz der Firmenadressen in Deutschland und der in Deutschland vergebenen Betriebsnummern weisen die E-Mail-Adressen alle die Endung „me“ für Montenegro auf.
- Ebenso verfügen die vermeintlichen Beschäftigten – wenn überhaupt Mailadressen genannt wurden – über solche mit entsprechender Endung „me“.
- Es kann kein Kontakt zu den Arbeitgebern hergestellt werden, weder per Post, per E-Mail oder telefonisch.
- Es werden für die Beschäftigten nur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen eingereicht, die in Polen ausgestellt wurden.

• Es erfolgen im Leistungsfall bisher keine Nachfragen der hier gemeldeten Versicherten bezüglich bestehender Krankengeldansprüche.

Nach Feststellung der genannten Punkte wurden umgehend alle zulässigen Maßnahmen zur Sachverhaltsklärung eingeleitet. Darüber hinaus wurden Zahlsperrungen gesetzt, sodass Umlageerstattungen für die betroffenen Betriebsnummern nicht mehr „automatisiert“ abgewickelt werden können.

Unter Bezugnahme auf eine Anzeige der AOK Hessen zum gleichen Themenkomplex und teilweise identischen Betriebsnummern erstattete die § 197a-Stelle Strafanzeige wegen des Verdachtes der rechtswidrigen Nutzung von Finanzmitteln der AOK Rheinland/Hamburg.

Der Betrugsverdacht richtet sich einerseits gegen die jeweiligen Firmeninhaber/Geschäftsführer, andererseits gegen die vermeintlichen Beschäftigten – soweit diese existieren – wegen des Verdachtes der Beihilfe zum Betrug und gegebenenfalls wegen Leistungsanspruchnahme aus nicht rechtmäßig zustande gekommenen Versicherungsverhältnissen.

Im Falle des tatsächlichen Vorliegens fingierter Beschäftigungsverhältnisse wäre die AOK Rheinland/Hamburg zum Zeitpunkt der Strafanzeige in Höhe von ca. 140.000 Euro geschädigt, ein weiterer Schaden in Höhe von rund 40.000 Euro konnte durch die beschriebenen Maßnahmen verhindert werden. Auch die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung durch vermeintlich unrechtmäßig generierte Mitgliedschaften wären als Schaden für die AOK Rheinland/Hamburg zu bewerten, bislang sind jedoch in keinem Leistungsbereich Kosten festgestellt worden. Hier bliebe bei fortbestehender Mitgliedschaft die Entwicklung zu beobachten. Im Übrigen verstärkt diese Feststellung die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um fiktive Personen handelt.

Parallel zu dem hier bekannten laufenden Ermittlungsverfahren wurde die § 197a-Stelle von Seiten des Hauptzollamts Berlin – welches im Rahmen eines anderen Strafverfahrens gegen zwei der vermeintlichen Arbeitgeber wegen des Verdachtes der Schwarzarbeit ermittelt – darüber informiert, dass diese Firmen zu keinem Zeitpunkt tatsächlich existierten. Einzig ein Konto bei der Deutschen Rentenversicherung sei jeweils angelegt worden. Auch die Person des Inhabers/Geschäftsführers sei nicht zu ermitteln. Bei den für das Beitragskonto angelegten Arbeitnehmern handele es sich ausschließlich um nicht real existierende Personen.

Dank dieser offiziellen Information konnten nun diese beiden Beitragskonten und alle dazugehörigen Arbeitnehmermeldungen diesseits storniert werden. An einen der vermeintlichen Arbeitgeber waren vor

Inkrafttreten der Zahlsperrre bereits geringe Umlageerstattungen gezahlt worden, die zunächst als Schaden verbleiben. Die andere Betriebsnummer hatte bis dato keine Erstattungsanträge erfolgreich geltend gemacht. Krankengeld war ebenfalls in keinem der Fälle gezahlt worden.

Als letzte Recherchemöglichkeit zur Identifizierung der Drahtzieher wird auch seitens des Hauptzollamtes und der dort zuständigen Staatsanwaltschaft die Rückverfolgung der Bankverbindungen gesehen.

Im Hinblick auf die zahlreichen betroffenen Betriebsnummern handelt es sich unseres Erachtens um eine Schadenshöhe, die zwar für die Umlagekasse nicht zu vernachlässigen ist, aber dennoch Zweifel daran aufkommen lässt, ob diese Bereicherung die eigentliche Zielsetzung des Handelns darstellt.

Daher steht zu befürchten, dass durch die Meldungen fiktiver Arbeitgeber und Versicherter zur Krankenversicherung auch oder insbesondere Vorteile in anderen Bereichen des sozialen Sicherungssystems generiert werden sollen und dementsprechend die anderen Sozialversicherungsträger ebenfalls betroffen sein könnten. Für eine Zusammenarbeit wie sie zwischen den § 197a-Stellen der verschiedenen Krankenkassen zulässig ist, fehlt es aber nach wie vor an einer entsprechenden Berechtigung zum Datenaustausch. Im AOK-System sind wir bezüglich dieses Fallkomplexes in enger Abstimmung mit den Kollegen gemäß § 197a Abs. 3 SGB V und arbeiten hier auch sehr erfolgreich zusammen, sodass unsere Fachabteilungen über neue Verdachtsfälle zeitnah informiert sind.

Das Verfahren zu unserer Strafanzeige läuft noch, Ergebnisse liegen bisher nicht vor.

#### 7.4.7 Fehlverhalten durch Heilmittelerbringer

Fall 7	
Aufgreifkriterium	Fall aus der Arbeitsgemeinschaft (ArGe) NRW
Täter/-in, Beteiligte	Heilmittelerbringer/Physiotherapeutin
Vorgehen im Fall	Strafanzeigen, Zahlungsvereinbarungen, Anmeldung des Schadens zur Insolvenztabelle

Im Jahr 2010 wurde eine Physiotherapeutin wegen Betruges und Urkundenfälschung rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr auf Bewährung verurteilt. In diesem Zusammenhang schloss der vdek federführend für alle betroffenen Krankenkassen eine Ratenzahlungsvereinbarung mit der Leistungserbringerin.

Der festgestellte Gesamtschaden belief sich auf ca. 54.000 Euro. Der Anteil der AOK Rheinland/Hamburg lag bei ca. 66 %.

Im Laufe der Ratenzahlung wurde über das Vermögen der Physiotherapeutin das Insolvenzverfahren eröffnet. Der vdek meldete in Vertretung für die anderen betroffenen Krankenkassen erfolgreich die verbliebene Forderung zur Insolvenztabelle an. Diese Forderung wurde mit dem Zusatz festgestellt, dass sie auf einer vorsätzlich begangenen, unerlaubten Handlung beruht. Die Forderung der Krankenkassen war damit von der erteilten Restschuldbefreiung nicht umfasst.

Im Jahr 2013 ging ein erneuter Hinweis auf Betrug und Urkundenfälschung durch dieselbe Physiotherapeutin ein. In dem daraufhin geführten Strafverfahren wurde die Physiotherapeutin zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und acht Monaten auf Bewährung verurteilt.

Der ausweislich des Urteils entstandene Schaden belief sich auf ca. 30.000 Euro für alle betroffenen Krankenkassen. Der Anteil der AOK Rheinland/Hamburg daran lag bei ca. 50 %. Als Bewährungsaufgabe wurde eine monatliche Ratenzahlung zur Schadenwiedergutmachung festgesetzt. Nach Ablauf der Bewährungszeit stellte die Physiotherapeutin die Zahlungen ein.

Im letzten Berichtszeitraum ist es der § 197a-Stelle der AOK Rheinland/Hamburg nach erheblichen Anstrengungen (u. a. hatte die Schuldnerin durch Heirat mehrfach ihren Namen und ihre Adresse geändert) gelungen, vor dem Hintergrund der festgestellten Forderung zur Insolvenztabelle und der nach wie vor durch regelmäßige Abschlagszahlung nicht verjährten Forderung aus dem zweiten Strafverfahren eine erneute Ratenzahlungsvereinbarung über die verbliebene Forderung zu schließen. Die vereinbarten Raten werden seit Abschluss der Vereinbarung im August 2025 regelmäßig gezahlt.

Dieser Fall zeigt eindringlich, wie langwierig und zeitintensiv sich die Schadenregulierung und -rückführung im Einzelfall gestalten kann.

#### 7.4.8 Fehlverhalten Dritter

Fall 8	
Aufgreifkriterium	Identifikation von Fälschungen i. R. v. Anspruchsprüfung, externe Hinweise (Plausibilitätsprüfung)
Täter/-in, Beteiligte	diverse Unbekannte sowie schon identifizierte Beschuldigte
Vorgehen im Fall	Anzeige des Sachverhalts, Beanstandung der bisher identifizierten Abrechnungen

Anfang des Jahres 2024 erhielt die § 197a-Stelle mehrere Hinweise, dass Rezeptfälschungen auf Muster-16-Verordnungen aufgefallen waren, mithilfe derer das Arzneimittel Ozempic und später auch die Arzneimittel Mounjaro und Trulicity erlangt werden sollten. Auf vielen dieser Fälschungen fanden sich alphanumerische Krankenversicherungsnummern von realen Versicherten und in vielen Fällen war auch der korrekte Kostenträger, bei welchem tatsächlich das Versicherungsverhältnis bestand, genannt. Die weiteren versichertenbezogenen Angaben erwiesen sich jedoch als fiktiv. Die Vielzahl an bundesweit ausgestellten und eingelösten Fälschungen – die alle optisch ähnlich aussahen und gleiche „Fehler“ zeigten – sprach für einen bandenmäßigen Betrug. Es konnte zudem festgestellt werden, dass eine Vielzahl der gesetzlichen Krankenkassen von den beschriebenen Rezeptfälschungen betroffen ist.

Neben den vorgenannten Arzneimitteln – die, wie weiter oben bereits dargelegt, auch als Abnehm-Medikamente beworben werden – wurden ausweislich der identifizierten Fälschungen auch immer wieder die Medikamente Pregabalin, diverse Schmerzmittel sowie hochpreisige Hepatitis-Arzneimittel, Wachstumshormone und Krebsmedikamente „verordnet“.

Um die Apotheken, in denen die Fälschungen eingelöst wurden über den Sachverhalt zu informieren, erfolgte im März 2024 seitens der § 197a-Stelle eine Mitteilung an die Apothekerkammer und den Apothekerverein.

Auch die anderen geschädigten Krankenkassen unterrichteten die Apotheken von den getroffenen Feststellungen, z. T. über die jeweilige Pressestelle. Darüber hinaus erfolgte eine Information der Apotheken untereinander, was zu einer Vielzahl weiterer identifizierter Rezeptfälschungen und schließlich auch Verhaftungen führte. Im Zuge dessen konnte ergänzend festgestellt werden, dass in vielen Fällen vor der Einlösung des gefälschten Rezepts eine telefonische Vorbestellung erfolgte.

Trotz der Information an die Apotheken verblieb es bei dem drastischen Anstieg von Fälschungen, welche die oben beschriebenen Auffälligkeiten aufwiesen und die in Apotheken eingelöst und auch beliefert wurden.

Im Dezember 2025 teilte die Staatsanwaltschaft München mit, dass zwölf Beschuldigte im Zusammenhang mit der beschriebenen Fälschungsserie in Untersuchungshaft saßen. „Mehr als 40 mutmaßliche Täter mit Bezug zu Taten in München wurden nach Angaben“ der Staatsanwaltschaft identifiziert und „rund 390 weitere im gesamten Bundesgebiet“.<sup>9</sup> Es wurden Haftstrafen von knapp unter 3 Jahren verhängt. Den Tätern konnten z. T. auch zahlreiche weitere Straftaten, mitunter aus dem gesamten Bundesgebiet, zugeordnet werden.

Diesem Tatkomplex widmet sich auch ein Beitrag der Süddeutschen Zeitung, auf den an dieser Stelle verwiesen werden soll. Der Titel lautet anschaulich: „Rezeptfälscher-Mafia kassiert Millionen ab – auf Kosten der Versicherten“. Der Artikel beschreibt, wie die Bandenmitglieder arbeiten.<sup>10</sup>

Bis Ende 2025 wurden fast 1.000 Rezeptfälschungen, die zu dieser Serie gehörten und bei denen die AOK Rheinland/Hamburg als Kostenträger eingetragen war, abgerechnet. Die Fälschungen waren in den Apotheken eingereicht und die „verordneten“ Arzneimittel abgegeben worden. Für die Belieferung erhielten die Apotheken fast 500.000 Euro als Entgelt. Soweit die Rezepte diesseits als erkennbare Fälschungen bewertet wurden, wurde die Abrechnung beanstandet.

Immer noch werden die Fälschungen in Apotheken eingelöst und beliefert, gleichwohl mit Einführung des E-Rezeptes die Anzahl der in Apotheken eingelösten Muster-16-Papierrezepte deutlich abgenommen hat.

Die Höhe des Gesamtschadens kann dementsprechend noch nicht abschließend beziffert werden.

Die Ermittlungen sind – trotz der vorgenannten Erfolge – bei Weitem noch nicht abgeschlossen.

#### 7.4.9 Ausgang bereits vorgestellter Fälle

Aus gegebenem Anlass soll an dieser Stelle noch über den Ausgang des im Rahmen des letzten Berichts unter Punkt 7.4.1. vorgestellten Falls berichtet werden:

In dem vorbezeichneten Fall war festgestellt worden, dass eine Versicherte sich unter Angabe falscher Tatsachen einen Pflegegrad erschlichen und die eigene Pflegebedürftigkeit nur vorgetäuscht hatte. Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst hatte vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie im Rahmen eines Telefoninterviews stattgefunden. Die Versicherte hatte u. a. zur Begutachtung gefälschte medizinische Unterlagen eingereicht, welche ihr ein metastasierendes Mammakarzinom bescheinigen sollten. Hierzu hatte die Versicherte medizinische Befunde ihrer verstorbenen Mutter mit Aufklebern überklebt, die ihren eigenen Namen trugen.

Die Versicherte ist mittlerweile von Seiten des Amtsgerichts Mülheim an der Ruhr rechtskräftig wegen Betruges im besonders schweren Fall und Urkundenfälschung zu einer Freiheitsstrafe von 10 Monaten verurteilt worden. Die Strafe wurde zur Bewährung ausgesetzt. Daneben wurde im Hinblick auf den von Seiten der § 197a-Stelle mitgeteilten Schaden in Höhe von 14.097,33 Euro Wertersatz einzug angeordnet.

<sup>9</sup> Link: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/details/panorama/drastischer-anstieg-bei-gefaelschten-rezepten/>

<sup>10</sup> Link: <https://www.sueddeutsche.de/muenchen/muenchen-ermittler-rezeptfaelschung-madia-moldawiesn-russand-banden-li.3348073>

# Zusammenarbeit mit anderen Organisationen

Der Gesetzgeber verpflichtet die Krankenkassen, ihre Landesverbände sowie den GKV-Spitzenverband, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen der Fehlverhaltensbekämpfung zusammenzuarbeiten – zum einen untereinander, zum anderen mit den

- Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und
- den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen (§ 197a Abs. 3 SGB V) sowie
- mit den Trägern der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind (§ 47a SGB XI).

Darüber hinaus dürfen sie an weitere Einrichtungen personenbezogene Daten übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten erforderlich ist. Die konkrete Ausgestaltung der Zusammenarbeit soll im Folgenden beschrieben werden.

## 8.1 Zusammenarbeit im AOK-System

Der AOK-Bundesverband bildet die Verbindungs- und Koordinierungsstelle zwischen den elf Fehlverhaltensstellen der AOK-Gemeinschaft und dem GKV-Spitzenverband. Im Rahmen der kassenübergreifenden Zusammenarbeit im AOK-System finden regelmäßig Sitzungen des Fachteams Fehlverhaltensbekämpfung unter Federführung des AOK-Bundesverbandes statt. Der Bundesverband organisiert die Sitzungen, führt sie durch und bereitet sie nach. In den Sitzungen werden strategische und politische Fragestellungen, gesetzliche Rahmenbedingungen der Fehlverhaltensbekämpfung und Besonderheiten der Leistungserbringung mit Auswirkung auf die Verfolgung von Fehlverhaltensfällen erörtert. Weitere Themen sind die kassenartenübergreifende Zusammenarbeit der Fehlverhaltensstellen mit anderen Krankenkassen und übergreifende Aufgabenstellungen, die regelmäßig in der Arbeitsgruppe des GKV-Spitzenverbandes bearbeitet werden. Darüber hinaus verfügt diese Arbeitsgruppe über eine eigene Informationsplattform sowie ein eigenes Forum im geschützten Bereich des AOK-BV-Intranets.

Aufgrund der Zunahme von Fehlverhaltensfällen mit überregionaler Betroffenheit wurde die Zusammenarbeit in den letzten Jahren noch einmal deutlich intensiviert. Neben den Arbeitstreffen kommt es regelmäßig auch zu ergänzenden aktuellen Telefon-/ Videokonferenzen.

Die als **Anlage 2** beigefügte Kooperationsvereinbarung regelt das erfolgreiche Zusammenwirken der AOK-Gemeinschaft verbindlich und verbessert und erleichtert damit die bundesweite Zusammenarbeit.

Im AOK-System werden zusätzlich neue Wege gesucht, Fehlverhalten zu unterbinden. Einzelne oder kooperierende AOKs erkunden z. B. neue technische Möglichkeiten, Fehlverhalten besser aufspürbar oder leichter nachweisbar machen zu können. Als Beispiele sind Data-Mining-Anwendungen zu nennen, die vorhandene Daten analysieren und auswerten können oder die elektronische Bild-Forensik, welche handschriftlich geführte Leistungsnachweise in verwertbare Daten umwandelt.

## 8.2 Zusammenarbeit auf regionaler Ebene

In Nordrhein-Westfalen gibt es seit mehr als zehn Jahren eine kassenartenübergreifende, die Landes- teile Nordrhein und Westfalen-Lippe einschließende Kooperationsvereinbarung, die diesem Bericht als **Anlage 3** beigefügt ist. Auch in Hamburg gibt es eine entsprechende Zusammenarbeit auf Basis einer Kooperationsvereinbarung (**Anlage 4**).

Sowohl die Kooperationsvereinbarung der AOK-Gemeinschaft als auch die regionalen Kooperationsvereinbarungen verfolgen das Ziel, die Intensität und Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Partnern zu erhöhen, um damit einen verstärkten Beitrag zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu leisten.

Wesentliche Punkte der Vereinbarungen sind die Klarstellung der rechtlichen Grundlagen der Zusammenarbeit, die Sicherung des Informationsaustausches über aktuelle Betrugsmuster und Verdachtsfälle, die Festlegungen zur Fallbearbeitung bei gemeinsamer Fallverfolgung, die Abstimmung bei der Erstattung von Strafanzeigen, Regelungen zur Abgeltung von Schadenersatzforderungen, Möglichkeiten zur Beauftragung eines Federführers, Kostentragung und Kostenverteilung im Rahmen der Rechtsverfolgung sowie Verfahrensregeln zum Datenschutz.

Die Treffen der Arbeitsgemeinschaften, die sich kassenartenübergreifend aus Mitarbeitenden der § 197a-Stellen zusammensetzen, finden sowohl in Nordrhein-Westfalen als auch in Hamburg in regel-

mäßigen Sitzungen mehrmals im Jahr statt. Mehrheitlich treffen sich die Arbeitsgemeinschaften in Präsenz. Darüber hinaus kommt es auch häufiger zu Video- oder Telefonkonferenzen, insbesondere dann, wenn kurzfristige Abstimmungen notwendig sind und/oder das weitere Vorgehen in kassenarten- oder regionenübergreifenden Fällen abgestimmt werden soll.

Im Berichtszeitraum ist es gelungen, insbesondere die Staatsanwaltschaften Wuppertal, Köln und Hamburg in geeigneter Weise an den Präsenzsitzungen zu beteiligen.

Auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein nahm neben der bereits erfolgreichen Zusammenarbeit im Rahmen der sogenannten „Kleinen Kommission“ an zwei Präsenzsitzungen teil. Für den künftigen Berichtszeitraum ist die Ausweitung der Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg geplant.

Schließlich war es in diesem Berichtszeitraum möglich, auch den Medizinischen Dienst Nordrhein im Rahmen einer Präsenzsitzung einzubinden und einen intensiveren Austausch im Hinblick auf die dortigen Regelprüfungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege herzustellen.

## 8.3 Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Er vertritt die Belange der gesetzlichen Krankenversicherungen sowie der sozialen Pflegeversicherungen auf Bundesebene und gestaltet die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland.

Der GKV-Spitzenverband organisiert die jährlichen Treffen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und hat sich u. a. zum Ziel gesetzt, die Erfassung der Verdachtsfälle bei den Krankenkassen zu vereinheitlichen. Mit dem Konzept der standardisierten Fallerfassung wurde für die Fehlverhaltensstellen bundesweit die Möglichkeit eröffnet, nach einheitlich definierten Kriterien Fälle zu erfassen und zu bearbeiten.

Bei der AOK Rheinland/Hamburg ist die vom GKV-Spitzenverband entwickelte Software „Standardisierte Fallerfassung“ zum 01.06.2015 implementiert worden. Wir erfüllen damit die Vorgabe der Übermittlung einheitlicher Kennzahlen zur Auswertung über den AOK-Bundesverband an den GKV-Spitzenverband. Im Berichtszeitraum erfolgte ein Update dieser

Software, die im Rahmen des Erfahrungsaustausches beim GKV-Spitzenverband am 21.11.2025 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Die Implementierung der Weiterentwicklung ist für das Jahr 2026 geplant.

Gemäß § 197a Abs. 6 SGB V ist der GKV-Spitzenverband verpflichtet, nähere Bestimmungen zu treffen über

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

Diese „Näheren Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 197a Abs. 6 SGB V, 47a SGB XI“ werden regelmäßig aktualisiert. Mit diesen Bestimmungen nimmt der GKV-Spitzenverband Einfluss auf die Organisation und Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten (s. auch Punkt 4.1).

Darüber hinaus lädt der GKV-Spitzenverband regelmäßig die gesetzlichen Krankenkassen und Strafverfolgungsbehörden zu einem Erfahrungsaustausch ein; auch Vertreter aus Politik und Presse werden eingeladen.

Bei dem am 20. und 21.11.2025 stattgefundenen Erfahrungsaustausch wurde u. a. das Buch „Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen“ vorgestellt, an welchem auch die derzeitige sowie die künftige Stabsstellenleiterin der AOK Rheinland/Hamburg mitgewirkt haben.

Ein Schwerpunkt des Erfahrungsaustausches war ferner das Thema der Fehlverhaltensbekämpfung aus Sicht der einzelnen anderen Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenkassen. Die Präsentationen sowie die Diskussionen zeigten, dass die Fehlverhaltensbekämpfung durch eine stärkere Zusammenarbeit zwischen allen Playern verbessert werden könnte. Eine solche ist jedoch aufgrund der aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen weiterhin nicht möglich.

## 8.4 Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften

Die Kontakte zu den Staatsanwaltschaften und den für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen relevanten Dienststellen der Kriminalpolizei sowie der Hauptzollämter wurden im Verlauf der letzten Jahre zunehmend intensiviert.

Nach wie vor erweist sich das Fehlen von Schwerpunktstaatsanwaltschaften für das Gesundheitswesen in NRW und Hamburg als hinderlich. Derartige besonders qualifizierte Staatsanwaltschaften existieren seit längerem in den Bundesländern Bayern, Thüringen und Hessen. In weiteren Bundesländern wurden zwischenzeitlich Schwerpunktstaatsanwaltschaften eingerichtet.

Nur in wenigen Bundesländern sind auch zentrale Ermittlungsgruppen bei den Polizeibehörden mit dem Schwerpunkt Gesundheitswesen eingerichtet worden. Die zunehmende Komplexität und die Menge an auszuwertenden Daten stellen Polizeibehörden zunehmend vor Probleme, da sie in der Regel nicht im notwendigen Maße durch IT-Fachleute und/oder Mitarbeitende mit Erfahrung in der Datenauswertung unterstützt werden.

Insbesondere die Erfolge der Ermittlungsbehörden in Bayern zeigen, dass eine Spezialisierung bei den Ermittlungsbehörden (Gericht, Staatsanwaltschaft, Polizei) für eine fundierte Sachverhaltsaufklärung wichtig ist.

## 8.5 Zusammenarbeit mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen

Auch die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten nach § 81a SGB V eingerichtet. Bei einem Hinweis auf Fehlverhalten durch ärztliche und zahnärztliche Leistungserbringer arbeiten die §197a-Stellen mit diesen zusammen.

Neben Einzelfällen werden mit diesen Stellen auch grundsätzliche Fragen zur Zusammenarbeit und gemeinsamen Fehlverhaltensbekämpfung besprochen und gegebenenfalls weitere Maßnahmen beschlossen.

Daneben nahm die KV Nordrhein im Berichtszeitraum auch an zwei Präsenzsitzungen der ArGe Nordrhein-Westfalen teil (siehe auch Punkt 8.2).

## 8.6 Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst

Im Rahmen einer kontinuierlichen und sehr positiv einzuschätzenden Zusammenarbeit berät und unterstützt der Medizinische Dienst (MD) die gesetzlichen Kassen mit seiner medizinischen und pflegerischen Kompetenz; er berät diese in allgemeinen Grundsatzfragen und führt auch Einzelfallbegutachtungen durch. Da er auch gemäß §§ 197a SGB V, 47a SGB XI zu den Einrichtungen gehört, mit denen die § 197a-Stellen personenbezogene Daten austauschen dürfen, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten erforderlich ist, wird er auch hier immer wieder um Unterstützung bei der Sachverhaltsaufklärung gebeten. Darüber hinaus ist der MD häufig Hinweisgeber, wenn ihm im Rahmen der von ihm routinemäßig durchzuführenden Prüfungen systematische Fehler auffallen, die Indizien für ein Fehlverhalten sind bzw. sein könnten.

Daneben nahm der MD Nordrhein im Berichtszeitraum erstmalig auch an einer Präsenzsitzung der ArGe Nordrhein-Westfalen teil (siehe auch Punkt 8.2).

## 8.7 Amtshilfe für die Deutsche Rentenversicherung

Zunehmend intensiv prüfen auch die Rentenversicherungsträger auf Fehlverhalten, insbesondere bei den Anträgen zur Bewilligung oder Verlängerung von Erwerbsminderungsrenten. In diesem Kontext hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Rheinland den Kontakt zur AOK Rheinland/Hamburg gesucht, da Inkonsistenzen in Anträgen identifiziert worden waren, die für ein mögliches Fehlverhalten sprachen.

Die DRV Rheinland bat mit Verweis auf § 39 SGB X und § 76 SGB X um Übermittlung von im Einzelfall benötigten Informationen im Rahmen der Amtshilfe.

Wie schon unter Punkt 8.3 angesprochen, fehlt es immer noch an einer Rechtsgrundlage für einen über die Amtshilfeersuchen hinausgehenden Austausch personenbezogener Daten, sodass eine systematische Zusammenarbeit bei der Fehlverhaltensbekämpfung zwischen den gesetzlichen Sozialversicherungsträgern nicht möglich ist.

# Gesetzlicher und vertraglicher Handlungsbedarf

Um eine effiziente Verfolgung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu ermöglichen, muss man optimalerweise den Tätern einen Schritt voraus sein. Dies ist aufgrund der sich immer wieder verändernden Strukturen, Handlungsmuster und -felder, in denen Unregelmäßigkeiten und Straftaten geschehen, schwierig zu bewerkstelligen.

Die vom GKV-Spitzenverband initiierte Dunkelfeldstudie sowie die Implementierung und der Einsatz von Systemen der künstlichen Intelligenz und des maschinellen Lernens sind Bausteine, die helfen können, die Bekämpfung von Fehlverhalten zu verbessern.

In vielen Bereichen besteht darüber hinaus gesetzlicher und vertraglicher Handlungsbedarf, um Lücken zu schließen oder Fehlverhalten zu unterbinden bzw. erschweren zu können. Angesichts der immer wieder identifizierten organisierten Kriminalität ist hier der Gesetzgeber dringend gefordert, zum Schutz des auf Vertrauen basierenden Gesundheitssystems Gesetzesänderungen zu beschließen, die den Abrechnungsbetrug in diesem Bereich zumindest erschweren bzw. die Ermittlung dessen erleichtern.

## 9.1 Pflegebetrug

Bereits im letzten Bericht wurde die Notwendigkeit des Aufbaus einer Betrugspräventionsdatenbank formuliert. Damit verbunden war und ist die Forderung an die Bundesregierung zur sozialgesetzlichen Klarstellung im Hinblick auf die Zulässigkeit des Austauschs personenbezogener Daten auch unter Verwendung von Datenbanken, die von Dritten im Auftrag betrieben werden. Hintergrund der Forderung sind u. a. Erkenntnisse des Bundeskriminalamtes über bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug. Hier wurden als typische Vorgehensweisen der Täter die regelmäßige Eröffnung und Schließung von Pflegediensten unter anderem Namen mit demselben Personal und Patientenstamm, die bundesweite Vernetzung der Pflegedienste zum Zwecke des Mitarbeitenden- und Patiententausches sowie die Nutzung von gefälschten Fortbildungszertifikaten zur Verschleierung des Einsatzes von nicht qualifiziertem Personal identifiziert.

Der Referentenentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) beinhaltet eine entsprechende Ergänzung des § 197a SGB V, welche

die Entwicklung einer solchen Datenbank zumindest möglich gemacht hätte. Bedauerlicherweise ist die vorbezeichnete Ergänzung jedoch nicht Teil des im Februar 2025 in Kraft getretenen Gesetzes geworden, sodass die Forderung weiterhin aufrechterhalten werden muss.

Im Laufe des Berichtszeitraumes war ferner eine Häufung der Verdachtsfälle und bestätigten Betrugsfälle im Bereich der Verhinderungspflege festzustellen. Insbesondere der zum 01.07.2025 in § 42a SGB XI normierte Jahresbetrag für Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Höhe von 3.539,00 Euro je Kalenderjahr hat den Anreiz für die Geltendmachung des Anspruchs unter Vorspiegelung falscher Tatsachen noch einmal erhöht. Zuvor stand den Versicherten ein Maximalbetrag für Leistungen der Verhinderungspflege in Höhe von 2.418,00 Euro je Kalenderjahr zur Verfügung.

Festzustellen ist, dass die Anspruchsvoraussetzungen im Bereich der Verhinderungspflege niedrig und die Prüfmöglichkeiten der Pflegekasse gering sind. Bei Privatpersonen ist für die Abrechnung mit der zuständigen Pflegekasse lediglich ein Formular auszufüllen und ein Nachweis über die tatsächlichen Aufwendungen zu erbringen. Hierfür reicht bereits die Vorlage einer Quittung, auf welcher die Ersatzpflegekraft bescheinigt, die Vergütung für die durchgeführten Leistungen erhalten zu haben. Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei den Leistungen der Verhinderungspflege um ein standardisiertes, auf Massenerledigung ausgelegtes Abrechnungsverfahren handelt, können die Pflegekassen nur Stichprobenprüfungen durchführen.

Positiv zu bemerken ist jedoch die im Rahmen des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege zum 01.01.2026 erfolgte Änderung, dass nunmehr die Leistungen der Verhinderungspflege nur noch für ein Jahr rückwirkend und nicht wie bisher, für vier Jahre rückwirkend beantragt werden können. Dies hatte jedoch, wie zu erwarten, zum Ende des Jahres 2025 zu einer Flut von Anträgen geführt, die vor dem Hintergrund der alten Gesetzeslage für vier Jahre rückwirkend gestellt wurden.

Trotz der dargestellten Gesetzesänderung bedarf es aus hiesiger Sicht weitergehender gesetzlicher Regelungen, die Betrüger bei der Antragstellung vor größere Hürden stellt.

Schließlich ist ein Handlungsbedarf im Hinblick auf die strafrechtliche Verfolgbarkeit von Betrugsfällen im Bereich der stationären Pflege zu benennen.

Der Tatbestand des Betruges erfordert grundsätzlich den Eintritt eines Vermögensschadens, der von Seiten der Strafermittlungs- und Verfolgungsbehörden konkret beziffert werden muss. Im Bereich der ambulanten Pflege erfolgt die Vergütung anhand der erbrachten Einzelleistungen. Je nachdem, um welche Leistung es sich handelt, haben die erbringenden Pflegepersonen eine bestimmte, vertraglich festgelegte Qualifikation vorzuweisen. Im Falle einer nicht qualifizierten Leistungserbringung ist die Einzelleistung nicht vergütungsfähig, da es sich nach dem im Sozialrecht vorherrschenden normativen Schadensbegriff bei der festgelegten Qualifikation bzw. dem festgelegten Mindestpersonal um eine zwingende Abrechnungsvoraussetzung handelt.

Im Bereich der stationären Pflege hingegen werden Vergütungspauschalen nach dem Achten Kapitel des SGB XI vereinbart. Auch hier bestehen Regelungen im Hinblick auf das Vorhandensein von Mindestpersonal und der entsprechend vorzuhaltenden Qualifikationen. Bei einem Verstoß ist in § 115 Abs. 3 SGB XI zwar eine Vergütungskürzung normiert. Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist jedoch zwischen den Vertragsparteien Einvernehmen anzustreben.

Sollte also nachgewiesen sein, dass eine stationäre Einrichtung über die Erfüllung des festgelegten Mindestpersonals und deren Qualifikation bewusst getäuscht hat, wäre auch in diesem Fall Einvernehmen über die Vergütungskürzung und damit Einvernehmen über den entstandenen Schaden zu erzielen. Eine Staatsanwaltschaft in Nordrhein-Westfalen hat insbesondere auch vor diesem Hintergrund die Ermittlungen zu einem möglichen Betrug in einer stationären Einrichtung eingestellt, denn ein Schaden konnte aufgrund der vorbezeichneten Regelung nicht beziffert werden. In Fällen, in denen ein Verstoß gegen die Mindestpersonalgrenzen und deren Qualifikation nachgewiesen ist, muss es den Pflegekassen möglich sein, die Vergütung ohne vorhergehendes Einvernehmen mit dem Einrichtungsträger zu kürzen.

## 9.2 Arzneimittel- und Apothekenbetrug

Im Fehlverhaltensfeld des Betrugs im Leistungsbereich Arzneimittel lässt sich feststellen, dass es – trotz bestehender E-Rezept-Pflicht – weiterhin eine Vielzahl von Fälschungen von Papierrezepten gibt. Dies lässt entweder darauf schließen, dass die Fälschung eines E-Rezepts die Täter – wie erhofft – vor erhebliche Hürden stellt oder die Aufdeckung einer Fälschung nur erschwert möglich ist.

11 Vgl. AOK-Bundesverband, Fehlverhalten im Gesundheitswesen – Bericht über die Arbeit und die Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen - Berichtszeitraum: 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019, S. 28 f.

Leider sind an diesem Betrug auch vereinzelt Apotheken beteiligt. Unter anderem auch vor diesem Hintergrund wäre es auch weiterhin wünschenswert, dass die „Buchungsnummer“, welche die Apothekensoftware bei der Buchung der Warenabgabe vergibt, als Teil des elektronischen Datensatzes im Datenträgeraustausch im Rahmen der Apothekenabrechnung mit übermittelt wird.

Zur Umsetzung wäre eine Ergänzung des § 17 Abs. 6 ApBetrO denkbar, denn diese Vorschrift definiert, welche Angaben bei der Abgabe eines Arzneimittels auf dem Kassenrezept bzw. der elektronischen Verordnung einzutragen sind. Zum anderen wäre auch die Schaffung einer Verpflichtung möglich, die Buchungsnummer grundsätzlich im Rahmen des Datenträgeraustauschs nach § 300 SGB V zu übermitteln.

Zur effizienten Aufdeckung und zum Nachweis von Fehlverhalten im Bereich des Apothekenbetrugs zeigt sich insbesondere die Erfordernis des Vorhandenseins geschulter Ermittlungsbehörden. Apotheken nutzen zur Erfassung von Einkäufen, Verkäufen, Warenretouren und Patientendaten ein spezielles Warenwirtschaftsprogramm. Dieses ist aufgrund der umfassenden Datenspeicherung und der Bandbreite an Auswertungsmöglichkeiten ein wichtiges Tool zur Aufklärung von Fehlverhalten. Bedauerlicherweise ist immer wieder festzustellen, dass die zuständigen Ermittlungsbehörden kaum Erfahrung im Hinblick auf die Auswertung der vorbezeichneten Warenwirtschaftssysteme aufweisen. Daher erfolgt eine Auswertung oftmals nicht korrekt bzw. unterbleibt in Teilen gänzlich.

## 9.3 Schaffung von erweiterten Erlaubnistatbeständen zur Datenverarbeitung

Wie bereits im letzten Bericht dargelegt, ist eine Erweiterung des Sozialdatenaustausches mit anderen Behörden bzw. zwischen den unterschiedlichen Sozialleistungsleistungsträgern dringend nötig, um die vernetzte Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen weiter auszubauen. Damit würden die gegenseitige Information über Verdachtsfälle und die Übermittlung notwendiger Daten zur Sachverhaltsaufklärung ermöglicht.

Die Empfehlungen zur Ergänzung des § 197a Abs. 3b SGB V sowie des § 47a Abs. 3 SGB XI durch den AOK-Bundesverband gehen nunmehr schon auf den Berichtszeitraum 2018/2019<sup>11</sup> zurück.

Wie an anderer Stelle (Punkt 4.2) bereits dargelegt, haben die im Rahmen des Referentenentwurfs des GVSG vorgesehenen Ergänzungen keinen Eingang in das Gesetz gefunden und es ist aktuell auch kein

Gesetzentwurf bekannt, der eine Datenübermittlung an weitere Behörden oder andere Träger der gesetzlichen Sozialversicherungen, insbesondere die Deutsche Rentenversicherung (DRV), Berufsgenossenschaften, Arbeitsagenturen und Jobcenter vorsieht.

Neben der Datenweitergabe durch die Fehlverhaltensstellen an die vorgenannten Stellen bleibt auch die Forderung nach einer rechtssicheren Regelung bestehen, welche es diesen Stellen ebenfalls ermöglicht, Daten bei Verdachts- und Fehlverhaltensfällen an die § 197a-Stelle zu übermitteln.

Auch andere Sozialleistungsträger fordern mittlerweile die Schaffung einer allgemein geltenden Regelung, welche den Austausch von Daten zwischen den verschiedenen Sozialleistungsträgern zur Bekämpfung von Sozialleistungsbetrug übergreifend ermöglicht bzw. vereinfacht.

Hierzu gehört insbesondere die Deutsche Rentenversicherung, die sich seit mehreren Jahren ebenfalls intensiv der Bekämpfung von Fehlverhalten, vor allem im Bereich des Bezugs von Erwerbsminderungsrenten, widmet. Nach Feststellung der DRV ist die Beantragung einer Rente wegen Erwerbsminderung oft der letzte Sozialleistungsbetrugsversuch in einer Kette von Sozialleistungsmissbrauchsfällen. Dem Rentenantrag würde meist zumindest ein Abrechnungsbetrug zugunsten der zuständigen Krankenkasse vorausgehen. Darüber hinaus seien häufig auch die Agentur für Arbeit bzw. die Jobcenter sowie die gesetzlichen Pflegekassen betroffen.<sup>12</sup>

Durch eine Vernetzung der einzelnen Sozialleistungsträger untereinander und einem Austausch von Sozialdaten könnte diese Kette einzelner Betrugstaten bereits früher durchbrochen und die Schädigung mehrerer Leistungsträger verhindert werden.

12 Burchert/Schirmer/Zinßer-Sandmann, Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen – Verhinderung von Manipulationen in der Deutschen Rentenversicherung – Ein Plädoyer für das Erfordernis einer stärkeren Vernetzung aller Sozialleistungsträger, S. 261 ff.

13 Burchert/Schirmer/Zinßer-Sandmann, Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen – Organisation und Ressourcen der Ermittlungsbehörden, S. 271 ff.

## 9.4 Flächendeckende Schaffung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften oder Zentralstellen

In dem vergangenen Berichtszeitraum hat sich nicht zuletzt wieder gezeigt, wie wichtig eine entsprechend ausgestattete Ermittlungsbehörde für eine effiziente Fehlverhaltensbekämpfung ist.

Seit nunmehr fünf Jahren gibt es in Bayern eine staatsanwaltschaftliche Spezialeinheit für Abrechnungsbetrug im medizinischen Bereich, die Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG). Sie ist als lobendes Beispiel für die Fehlverhaltensbekämpfung bei den Strafermittlungsbehörden hervorzuheben.

Nach Feststellung des Leiters der ZKG führt der herkömmliche Ermittlungsstil der Staatsanwaltschaften in Wirtschaftsstrafsachen aufgrund der Komplexität der Materie des deutschen Gesundheitssystems oft nicht zum gewünschten Erfolg. Neben der Schaffung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften hält er es außerdem für erforderlich, zur wirksamen Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen mindestens auch eine bessere fachliche Ausstattung bei den zuständigen Ermittlungsstellen zu schaffen.

Die ZKG verfügt neben dem Leiter und dessen ständigem Vertreter über sieben Oberstaatsanwälte, vier Staatsanwälte als Gruppenleiter und drei Staatsanwälte. Ferner sind dort zwei IT-Forensiker, vier medizinische Abrechnungsfachkräfte, eine Buchhaltungsfachkraft sowie Service- und Scankräfte beschäftigt. Dieser Ermittlungsapparat arbeitet interdisziplinär zur Verfolgung von Betrugsstrafaten im Gesundheitswesen zusammen.<sup>13</sup>

Der Erfolg einer solchen spezialisierten Einheit zeigt sich u. a. an dem durch die ZKG erstrittenen Urteil des BGH vom 27.05.2025 (6 StR 294/24), welches unter Punkt 4.3 bereits ausführlicher dargestellt wurde.

Die Landesjustizverwaltungen können einer Staatsanwaltschaft für die Bezirke mehrerer Land- und Oberlandesgerichte die Zuständigkeit für die Verfolgung bestimmter Arten von Strafsachen zuweisen, sofern dies für eine sachdienliche Förderung oder schnellere Erledigung der Verfahren zweckmäßig ist (vgl. §§ 143 Abs. 4, 147 Nr. 2 GVG). Wie im Bereich der Wirtschaftskriminalität könnten dementsprechend auch im Medizinwirtschaftsstrafrecht Schwerpunktstaatsanwaltschaften eingerichtet werden.

# Resümee

Auch dieser Berichtszeitraum endete mit einem wie unter Punkt 7.3 dargestellten deutlichen Anstieg an Neufällen und finanziellen Schäden für die Kranken- und Pflegeversicherung. Es ist demnach davon auszugehen, dass nach Zusammenführung der Berichte der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes erneut ein Höchststand des entstandenen Schadens für den Berichtszeitraum 2024/2025 zu vermelden sein wird. Für den vorangegangenen Zeitraum hatte der GKV-SV bereits einen Schaden von über 200 Millionen Euro attestieren müssen.<sup>14</sup>

Auch an dieser Stelle muss noch einmal mit Bedauern festgestellt werden, dass die zum Ende des letzten Berichtszeitraums so positiv berichteten angedachten gesetzlichen Änderungen im Hinblick auf die Schaffung einer Betrugspräventionsdatenbank und die Erweiterung der Datenübermittlungsbefugnisse nicht nur nicht umgesetzt, sondern ersatzlos aus dem Gesetzentwurf gestrichen wurden. Ein neuer Anlauf der gesetzlichen Normierung ist in den aktuell vorliegenden Gesetzesvorhaben nicht ersichtlich.

Fraglich bleibt auch die Neueinrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften sowie bei bereits bestehenden Strukturen deren Weiterentwicklung hin zu einem ähnlichen Modell wie es in Bayern bereits erfolgreich praktiziert wird. Die Staatsanwaltschaft Hamburg teilte zuletzt mit, dass die Zahl der unerledigten Ermittlungsverfahren innerhalb eines Jahres um mehr als 30.000 gestiegen sei, dies ist ein Anstieg von knapp 70 %.<sup>15</sup> Da die zuständige Stelle für Abrechnungsbetrug bei der Staatsanwaltschaft Hamburg zuletzt auch für Eilsachen wie Unterbringungsbeschlüsse u. Ä. verantwortlich war, ergab sich auch für die AOK Rheinland/Hamburg eine extrem lange Verfahrensdauer im Hinblick auf die angezeigten Sachverhalte.

<sup>14</sup> Schäden durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen so hoch wie nie - GKV-Spitzenverband, [https://gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_2008730.jsp](https://gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2008730.jsp).

<sup>15</sup> Staatsanwaltschaft Hamburg: Aktenberge wachsen wie nirgendwo sonst, <https://www.abendblatt.de/hamburg/politik/article410724797/staatsanwaltschaft-hamburg-aktenberge-wachsen-wie-nirgendwo-sonst.html>.

Positiv zu vermelden ist aus unserer Sicht die Tatsache, dass der GKV-Spitzenverband in der zweiten Hälfte des letzten Jahres eine umfassende Dunkelfeldstudie zu Betrug und Korruption im Gesundheitswesen auf den Weg gebracht hat, deren Ziel es ist, das Ausmaß krimineller Handlungen besser zu erfassen und wirksame Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Die Studie soll sich unter anderem mit der Beantwortung der Frage der Wirksamkeit der aktuell bestehenden Kontrollmechanismen sowie mit der Frage nach für die Kriminalität begünstigenden Faktoren befassen. Vor dem Hintergrund der im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD festgelegten Verringerung von Dokumentationspflichten und Kontrolllichten zur Etablierung einer Vertrauenskultur – diese hat bereits Eingang in das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege gefunden – ist insbesondere die Frage nach der Wirksamkeit der bestehenden Kontrollmechanismen sinnvoll und wichtig für die zukünftige Ausrichtung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Des Weiteren möchten wir die Bestrebungen des GKV-Spitzenverbandes im Hinblick auf den flächendeckenden Einsatz von datenbasierten Analyseverfahren, insbesondere KI, positiv hervorheben.

Abschließend lässt sich feststellen, dass sich die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der AOK Rheinland/Hamburg auch in dem hier dargestellten Berichtszeitraum wieder mit erheblichen Herausforderungen im Hinblick auf die Aufdeckung und Verfolgung von Fehlverhalten konfrontiert sah. Durch das Team von hoch kompetenten Mitarbeitenden ist es jedoch gelungen, Fehlverhalten in hohem Maße zu verhindern oder aufzudecken und zur Anzeige zu bringen. Der Erfolg des Teams spiegelt sich insbesondere darin wider, dass zum Ende des Berichtszeitraums Forderungen in Höhe von **6.805.885,83 Euro** gesichert werden konnten.

Düsseldorf, den 28.04.2026

  
Günter Wältermann  
Vorstandsvorsitzender

  
Matthias Mohrmann  
Stv. Vorstandsvorsitzender

  
Sabine Deutscher  
Mitglied des Vorstandes