Deutscher Bundestag **Drucksache 21/5114**

21. Wahlperiode 30.03.2026

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Claudia Weiss, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/4675 –

Abrechnungsbetrug im Pflegewesen – Strukturelle Defizite bei Kontrolle und Missbrauchsprävention

Vorbemerkung der Fragesteller

Berichte über umfangreichen Abrechnungsbetrug im Gesundheits- und Pflegewesen, insbesondere im Bereich ambulanter Pflegedienste, werfen erhebliche Fragen zur Funktionsfähigkeit und Kontrolltiefe der bestehenden Prüf- und Abrechnungssysteme auf (https://geschaeftsbericht.gkv-spitzenverband.de/verband/fehlverhaltensstelle/; www.vdek.com/LVen/NRW/fokus/abrechnungsmanipulation.html). Ermittlungsbehörden weisen seit Jahren darauf hin, dass ein erheblicher Teil der bekannten Betrugsfälle nicht auf komplexe Täuschungshandlungen zurückzuführen ist, sondern auf strukturelle Schwächen, unzureichende Kontrollen und ein System, das Manipulation offenbar in großem Umfang ermöglicht (www.bka.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/Kurzmeldungen/250731_BLB_Wikri24.html; https://md-bund.de/presse/pressemitteilungen/archiv/kontrollmoeglichkeit-fuer-haeusliche-krankenpflege-verbessern.html; www.gkv-90prozent.de/ausgabe/07/meldungen/07_haeusliche_krankenpflege/07_haeusliche_krankenpflege.html). Besonders problematisch erscheint den Fragestellern dabei, dass Pflegeleistungen teilweise auch unter Mitwirkung der angeblich Pflegebedürftigen erschlichen werden können (www.berlin.de/ba-mitte/politik-und-verwaltung/aemter/amt-fuer-soziales/hilfe-zur-pflege/artikel.118576.php; www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-zu-hause/probleme-mit-der-rechnung-des-pflegedienstes-was-kann-ich-tun-74395). Wenn es für Senioren möglich ist, gegenüber Prüfinstanzen Pflegebedürftigkeit oder Leistungsinanspruchnahme darzustellen, die tatsächlich nicht oder nicht in dem abgerechneten Umfang vorliegt, stellt sich die grundsätzliche Frage nach der Verlässlichkeit der Feststellungs- und Kontrollmechanismen (www.berlin.de/ba-mitte/politik-und-verwaltung/aemter/amt-fuer-soziales/hilfe-zur-pflege/artikel.118576.php; https://md-bund.de/presse/pressemitteilungen/archiv/kontrollmoeglichkeit-fuer-haeusliche-krankenpflege-verbessern.html). Ein System, das solche Konstellationen zulässt, lädt nach Auffassung der Fragesteller nicht nur zu Missbrauch durch Leistungserbringer ein, sondern untergräbt auch das Vertrauen der Beitragszahler in die Solidität der sozialen Sicherungssysteme (www.vdek.com/LVen/NRW/fokus/abrechnungsmanipulation/betrug-und-fehlverhalten.html; www.aok.de/pk/dokumente-vollmachten-patientenrechte/fehlverhalten-im-gesundheitswesen-bekaempfen/). Die vorliegende Kleine Anfrage zielt daher ausdrücklich nicht primär auf die blo-

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. März 2026 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

ße Darstellung von Schadenssummen ab, sondern auf die Ursachenanalyse (www.bundestag.de/services/glossar/glossar/A/anfragen-977720), warum es offenbar so einfach ist, Pflegeleistungen zu erschwindeln (https://md-bund.de/presse/pressemitteilungen/archiv/kontrollmoeglichkeit-fuer-haeusliche-krankenpflege-verbessern.html; www.gkv-90prozent.de/ausgabe/07/meldungen/07_haeusliche_krankenpflege/07_haeusliche_krankenpflege.html), welche strukturellen, organisatorischen oder rechtlichen Defizite systematischen Missbrauch begünstigen (https://geschaeftsbericht.gkv-spitzenverband.de/verband/fehlverhaltensstelle/; www.vdek.com/LVen/NRW/fokus/abrechnungsmanipulation.html) und weshalb bestehende Kontrollinstrumente vielfach erst dann greifen, wenn erhebliche finanzielle Schäden bereits entstanden sind (www.bka.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/Kurzmeldungen/250731_BLB_Wikri24.html; https://geschaeftsbericht.gkv-spitzenverband.de/verband/fehlverhaltensstelle/; www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-zu-hause/probleme-mit-der-rechnung-des-pflegedienstes-was-kann-ich-tun-74395). Angesichts der demografischen Entwicklung, steigenden Pflegekosten und wachsenden Beitragsbelastung für Bürger und Unternehmen ist es aus Sicht der Fragesteller zwingend erforderlich, die Widerstandsfähigkeit des Systems gegen Betrug, Fehlanreize und organisierte Strukturen kritisch zu überprüfen und transparent darzulegen, wo staatliche Aufsicht und Verantwortung bislang nicht ausreichend wahrgenommen werden (www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html; www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html; www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/pv_grundprinzipien/pflege_beitragssatz/beitragssatz.jsp; www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bericht-breg-zukunftssichere-finanzierung-soziale-pflegeversicherung.html).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die effektive Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist für die Bundesregierung ein wichtiges und dauerhaft im Fokus stehendes Thema. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) wurde festgelegt, dass Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten sind, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der sozialen Pflegeversicherung (SPV) hindeuten. Seit dem Inkrafttreten des GMG sind die entsprechenden Normen regelmäßig angepasst bzw. überarbeitet worden. Beispielhaft zu nennen sind hier Änderungen durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I, 378), das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) oder das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung – Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646). Weitere Effektivierungsmaßnahmen sind geplant.

1. Wie viele Ermittlungsverfahren wegen Abrechnungsbetrugs im Gesundheitswesen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten drei Jahren bundesweit geführt, und welcher Anteil entfällt konkret auf ambulante Pflegedienste (bitte nach Jahr und Bundesland aufschlüsseln)?

Die Beantwortung der Frage erfolgt mit Daten der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS). Die Datenerfassung in der PKS erfolgt ausgangsstatistisch, das heißt zum Zeitpunkt der Abgabe des Vorgangs an die Staatsanwaltschaft.

Die Fallentwicklung zum Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen gemäß der §§ 263, 263a des Strafgesetzbuchs (StGB) (PKS-Schlüssel 518110) für die Jahre 2022 bis 2024 kann dem Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2024 des Bundeskriminalamts (BKA) entnommen werden, das über die Internetseite des BKA abrufbar ist (www.bka.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/Kurzmeldungen/250731_BLB_Wikri24.html).

Die Anzahl der erfassten Fälle betrug demnach für das Jahr 2024 20 553 Fälle, für das Jahr 2023 2 169 Fälle und für das Jahr 2022 2 744 Fälle. Der Fallanstieg für das Jahr 2024 ist maßgeblich auf ein Umfangverfahren aus Schleswig-Holstein zurückzuführen, das die Bereiche Wirtschaftskriminalität bei Betrug und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen betraf.

Es liegen keine Daten dazu vor, welcher Anteil auf ambulante Pflegedienste entfällt.

2. In wie vielen Fällen lagen nach Kenntnis der Bundesregierung nach Abschluss der Ermittlungen nachweislich nicht erbrachte Pflegeleistungen vor (also fingierte Abrechnungen; bitte ebenfalls nach Jahr und Bundesland differenzieren)?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse im Sinne der Fragestellung vor.

3. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, wie viele Fälle mutmaßlich systematischen Betrugs durch organisierte Pflegedienste im Zusammenhang mit erschwindelten Pflegegraden, fingierten Pflegediensten oder vergleichbaren Maschen zuzuordnen sind (wenn ja, bitte darlegen)?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse im Sinne der Fragestellung vor.

4. Welche konkreten Schwachstellen im Abrechnungssystem der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ermöglichen es nach Kenntnis der Bundesregierung, dass Leistungserbringer scheinbare Pflegeleistungen für echte und bzw. oder interessierte „Senioren“ abrechnen können, ohne dass die tatsächliche Bedürftigkeit oder Leistungserbringung effektiv geprüft wird (z. B. Papierrechnungen ohne direkte Leistungsüberprüfung, fehlende Plausibilitätskontrollen, limitierte Vor-Ort-Kontrollen etc.; vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Die Abrechnung ambulanter Pflegedienste ist im Bereich des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und seit diesem Jahr auch für den Bereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vollelektronisch – also auch inklusive digitalem Leistungsnachweis – möglich. Zuvor wurden Leistungsnachweise noch in Papierform an die Pflegekassen oder an Abrechnungsdienstleister übermittelt. Qualifikationen des Pflegepersonals wurden als Handzeichenlisten bei den Pflegekassen vorgelegt. Dieses nicht vollelektronische Verfahren hat die Aufdeckung von Abrechnungsbetrug nicht begünstigt. Im Zuge der vollelektronischen Abrechnung müssen Pflegedienste nunmehr auch die lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR) der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters übermitteln, die oder der die Leistung erbracht hat. Für die Abrechnungsprüfung erhalten die Kranken- und Pflegekassen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein pseudonymisiertes Gesamtverzeichnis aller LBNR und den jeweils hinterlegten Qualifikationen. Damit wird den Pflege- und Krankenkassen eine Prüfung der Abrechnung, auch auf Plausibilität hin, besser möglich sein.

Seit dem Jahr 2016 wird im Rahmen der regelmäßigen Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten vom Medizinischen Dienst oder dem Prüfdienst der privaten Krankenversicherung e. V. auch eine Abrechnungsprüfung durchgeführt. In Form eines Screenings werden Leistungen kontrolliert, die die Pflegedienste den Kranken- und Pflegekassen in Rechnung gestellt haben. Dabei werten die Prüferinnen und Prüfer die Pflegedokumentation und sonstige Unterlagen wie Rechnungen, Tourenpläne oder Qualifikationsnachweise aus und berücksichtigen Auskünfte der pflegebedürftigen Personen, von An- und Zugehörigen, von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegedienste sowie Informationen aus der Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen. Werden dabei Auffälligkeiten festgestellt, erhalten die betroffenen Kranken- und Pflegekassen die notwendigen Informationen. Diese entscheiden dann über das weitere Vorgehen. Nicht jede festgestellte Auffälligkeit ist auf Abrechnungsbetrug zurückzuführen. Laut 8. Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund gab es im Jahr 2023 insgesamt 10 954 Abrechnungsprüfungen im Rahmen von Qualitätsprüfungen.

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) wurden die Strukturen der Leistungserbringung in der außerklinischen Intensivpflege neu geordnet. Die Versorgung soll verbessert, die Qualität der Leistungserbringung erhöht und Fehlanreize vermieden werden; beispielsweise soll durch eine Stärkung der Beatmungsentwöhnung verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten mit Entwöhnungspotenzial länger als medizinisch indiziert beatmet werden. Damit Patientinnen und Patienten in der Intensivpflege dauerhaft qualitätsgesichert versorgt werden, haben die Medizinischen Dienste (MD) im Auftrag der Krankenkassen im Rahmen einer persönlichen Begutachtung am Leistungsort jährlich insbesondere zu prüfen, ob die medizinische und pflegerische Versorgung sichergestellt werden kann.

Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege erfolgen durch den MD zudem auch Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach den Regelungen des § 275b SGB V. Diese Prüfungen beziehen sich stets auf einen Leistungserbringer. Die Prüfungen finden als Regelprüfungen, die grundsätzlich unangemeldet erfolgen, und als von den Krankenkassen und ihren Verbänden initiierte Anlassprüfungen statt.

Gegenstand der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen ist nach der geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinie auch die Prüfung der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Liegen Zweifel an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers vor, informiert der MD die auftragserteilenden Krankenkassen (§ 275b Absatz 2 Satz 8 in Verbindung mit § 277 Absatz 1 Satz 4 SGB V), die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a Absatz 3b Satz 3 SGB V) sowie die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde (§ 115 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Besteht darüber hinaus in den genannten Fallkonstellationen der Verdacht auf eine Straftat, ist der MD befugt, die Ermittlungsbehörden zu informieren.

5. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass es derzeit „zu leicht“ sei, Pflegeleistungen zu erschwindeln (Beispiel: Vorbereitung von Senioren zur glaubhaften Darstellung von Pflegebedürftigkeit vor Kontrolleuren und teilweise fehlende ärztliche Verifikation; vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), und wenn ja, aus welchen Gründen?

Vor dem Hintergrund, dass die Ermittlungsverfahren im Phänomenbereich Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen grundsätzlich durch die zuständigen Polizeidienststellen der Länder geführt werden, liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse im Sinne der Fragestellung vor.

6. Welche Maßnahmen haben der Bund und nach Kenntnis der Bundesregierung die Länder bisher ggf. ergriffen, um missbräuchliche Praxisverdichtung, erschwindelte Pflegegrade und fingierte Leistungsabrechnungen zu verhindern (bitte dabei auch den Einsatz von Prüf- und Kontrollinstrumenten, z. B. stichprobenhafte Leistungsnachweise, Digitalisierung, KI-gestützte Analysen in Prüfverfahren, darstellen)?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen. Im Übrigen evaluiert die Bundesregierung neben den in der Antwort zu Frage 4 aufgezählten leistungsrechtlichen Maßnahmen stetig die seit dem Jahr 2002 gesetzlich verankerte Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten (§§ 197a SGB V, 47a SGB XI) und entwickelt die gesetzlichen Regelungen entsprechend fort. Aktuell werden mehrere Effektivierungsmaßnahmen vorbereitet.

So sollen die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen ausnahmslos in die Fehlverhaltensbekämpfung einbezogen werden, um insbesondere kleinere Kranken- bzw. Pflegekassen bei dieser Aufgabe zu unterstützen und Fehlverhalten durch Zentralisierung systematischer aufzudecken. Im Weiteren sollen Datenübermittlungsbefugnisse erweitert und die Voraussetzungen für eine auf Künstlicher Intelligenz gestützten Datenverarbeitung gesetzlich klargestellt werden. Außerdem soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) verpflichtet werden, ein Konzept für eine bundesweite Betrugspräventionsdatenbank vorzulegen.

Mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) wurden Krankenkassen zudem verpflichtet, Daten über die bei ihr in Anspruch genommenen Leistungen in der elektronischen Patientenakte (ePA) zu speichern, soweit die oder der Versicherte dem nicht widerspricht. So können Patientinnen und Patienten über die ePA-App unkompliziert und genauer überprüfen, welche Leistungen von ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten erbracht und abgerechnet wurden. Einer gesonderten Antragstellung bei der jeweiligen Krankenkasse bedarf es hierfür nicht mehr. Fallen Versicherten bei ihrer Überprüfung Ungereimtheiten auf, können sie diese an die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kranken – und Pflegekassen nach den §§ 197a SGB V, 47a SGB XI oder auch an die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 81a SGB V melden.

Als Reaktion auf Fälle von Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste hat der Gesetzgeber mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 4242) vorgeschrieben, dass im Rahmen der regelmäßigen Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten obligatorisch auch eine Abrechnungsprüfung vom MD oder dem Prüfdienst der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt wird.

Die Richtlinien des MD Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI sehen vor, dass sich die antragstellende Person bei Verdacht auf Identitätstäuschung oder bei begründeten Zweifeln mit einem Identifikationsausweis auszuweisen hat. Ausnahmefälle und begründete Zweifel müssen im Formulargutachten hinreichend erläutert werden. In der Begutachtungspraxis der MD wird zudem in den seltenen Fällen, in denen Betrugsverdacht besteht, die Begutachtung bei Bedarf durch zwei Gutachter bzw. Gutachterinnen durchgeführt. Darüber hinaus unterliegt die Pflegebegutachtung einem eigens hierfür geschaffenen Verfahren der Qualitätssicherung auf Grundlage der Richtlinien des MD Bund nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB XI. Hinweise auf systematische Gesetzesverstöße im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder eine generelle systembedingte Anfälligkeit für Betrugsstraftaten liegen der Bundesregierung nicht vor.

Die Strafverfolgung liegt in der Zuständigkeit der Länder. Diese haben die Möglichkeit, spezialisierte Einheiten und sogenannte Schwerpunktstaatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Korruption und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen einzurichten.

7. In welchen Fällen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung Pflegedienste oder sonstige Leistungserbringer von ausländischer Herkunft (insbesondere aus Osteuropa) identifiziert, gegen die Ermittlungen wegen Abrechnungsbetrugs geführt wurden, und in welchen Fällen führte dies nach Kenntnis der Bundesregierung zu Strafverfahren oder Lizenzentzügen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

8. Welche statistischen Daten oder Schätzungen (z. B. Dunkelziffern) liegen der Bundesregierung ggf. vor, wie hoch der tatsächliche Schaden durch Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen ist, wenn mutmaßlich nicht entdeckte Fälle berücksichtigt werden?

Über die in den Berichten des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 197a Absatz 6 SGB V und § 47a SGB XI gesetzlich vorgegebenen Dateninhalte hinaus, liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

Die Bundesregierung begrüßt insoweit den Beschluss des GKV-Spitzenverbandes, eine Studie zum Dunkelfeld von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu beauftragen.

Eine solche Studie an sich verhindert allerdings grundsätzlich keine Situation, die zu Fehlverhalten im Gesundheitswesen führt oder solches begünstigt. Es ist daher wichtig, die vorhandenen Ressourcen weiterhin aktiv in Richtung Effektivierungsmaßnahmen der Fehlverhaltensbekämpfung (siehe Antwort zu Frage 6) zu lenken.

9. Welche gesetzgeberischen Initiativen plant die Bundesregierung ggf., um das System der Pflegeabrechnung nachhaltig zu sichern, insbesondere um die Integrität und Effizienz der Prüfung von Pflegeleistungen sicherzustellen?

Die Bundesregierung prüft entsprechende Maßnahmen regelmäßig. Des Weiteren wird auf die Antworten zu den Fragen 4 und 6 verwiesen.

Zudem haben sich im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ Bund und Länder darauf verständigt, dass die Bekämpfung von Fehlverhalten mittels KI-Einsatz weiterentwickelt werden soll.

10. Wie bewertet die Bundesregierung die Gefahr, dass die aktuellen Regelungen Anreize für Organisierte Kriminalität oder für „Pflegemafia“-Strukturen schaffen könnten, die sich auf systematischen Betrug im Gesundheits- und Pflegebereich spezialisiert haben, und welche Gegenmaßnahmen werden geplant (www.aok.de/pp/bv/pm/fehlverhaltensbericht-fuer-2022-und-2023/; www.polizei.bayern.de/schuetzen-und-vorbeugen/kriminalitaet/betrugsdelikte/005492/index.html)?

Hinsichtlich bereits umgesetzter bzw. geplanter Maßnahmen zur Vermeidung und Bekämpfung missbräuchlichen Fehlverhaltens bzw. Betrugs im Gesundheitswesen wird auf die Antworten zu den Fragen 4, 6 und 9 verwiesen.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co. KG, Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 0722-8333