Deutscher Bundestag **Drucksache 21/8918**

21. Wahlperiode 03.11.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, Claudia Weiss, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Dr. Christoph Birghan, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis L. Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch Alexander Arpaschi, Adam Balten, Carsten Becker, Dr. Michael Blos, René Bochmann, Erhard Brucker, Marcus Bühl, Dr. Ingo Hahn, Udo Theodor Hemmelgarn, Karsten Hilse, Dr. Malte Kaufmann, Dr. Michael Kaufmann, Kurt Kleinschmidt, Heinrich Koch, Manuel Krauthausen, Knuth Meyer-Soltau, Dr. Rainer Rothfuß, Volker Scheurell, Martina Uhr, Mathias Weiser, Sven Wendorf, Dr. Daniel Zerbin, Jörg Zirwes und der Fraktion der AfD

Solidität der Pflegeversicherung sichern – Kriminelle Netzwerke zerschlagen, Versicherungszweige zusammenführen und Pflegebetrug unterbinden

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen hat 2024 mit über 20.000 Fällen einen historischen Höchststand erreicht.[1,2,3]

Die ehrlichen Pflegekräfte, Pflegedienste und insbesondere die ehrlichen Versicherten bilden das Rückgrat unseres Pflegesystems. Sie leiden unter der aktuellen Situation am stärksten: Die Versicherten zahlen stetig steigende Beiträge, während das System durch Betrüger ausgeplündert wird und sie bei berechtigten Leistungsansprüchen unter langwierigen, bürokratischen Verfahren leiden.[4]

Die Bundesregierung räumt ein, über keine detaillierten Statistiken zu den Täterstrukturen zu verfügen, obwohl organisierte Kriminalität – von grenzüberschreitenden Netzwerken bis hin zu international agierenden Clanstrukturen – das System systematisch ausnutzt.[5]

Eine effektive Betrugsbekämpfung darf keine neue Bürokratie zulasten des Bürgers schaffen, sondern muss die Mittel effizient dort einsetzen, wo sie wirklich

---

[1] https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1161910
[2] Drucksache 21/5114
[3] , https://www.tagesschau.de/inland/regional/nordrheinwestfalen/wdr-grossrazzia-bei-pflegediensten-intensivpatienten-abgezockt-100.html; https://www.tichyseinblick.de/daili-es-sentials/grossrazzia-millionenbetrug-pflegekassen/
[4] https://www.aerzteblatt.de/archiv/abrechnungsbetrug-im-gesundheitswesen-bka-hat-hinweise-auf-organisierte-kriminalitaet-3fab2e94-c134-4b7c-9a7a-e1ece0979370
[5] s. FN. 2

benötigt werden: in einer schnellen und sicheren Versorgung der ehrlichen Versicherten.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung deshalb auf,

1. umgehend einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen organisatorisch zusammenführt. Ziel ist eine zentrale Datenbasis zur Beschleunigung der Prozesse für die Versicherten und eine digitale Betrugserkennung im Hintergrund, ohne den Bürger oder redliche Pflegedienste mit neuen Meldepflichten zu behelligen (Zusammenführung der Versicherungsträger);

2. den GKV-Spitzenverband zu verpflichten, das bereits geplante Vorhaben der Betrugspräventionsdatenbank unverzüglich operativ umzusetzen, statt bei einer fortwährenden Konzeptualisierung zu verharren. Dabei sind KI-gestützte Analyseverfahren zur Identifizierung auffälliger Abrechnungsmuster zu nutzen, die im Hintergrund laufen, ohne die administrative Last für Pflegeeinrichtungen oder Versicherte zu erhöhen (Sofortige Umsetzung der Präventionsdatenbank);

3. den Medizinischen Dienst (MD) gesetzlich zu verpflichten, Prüfkapazitäten ausschließlich risikobasiert (auf Basis automatisierter Auffälligkeitsanalysen) einzusetzen. Dies entlastet redliche Akteure von pauschalen Stichproben und konzentriert die Aufsicht auf kriminelle Strukturen (Risikobasierte Kontrolle statt Gießkannenprinzip);

4. bei der Erstfeststellung von Pflegegraden den Fokus auf eine digital gestützte Plausibilitätsprüfung zu legen. Dies ermöglicht eine schnellere Bewilligung unauffälliger Anträge und entlastet Versicherte von langwierigen Verfahren (Digitale Beschleunigung der Pflegefeststellung);

5. das BKA anzuweisen, explizit organisierte kriminelle Strukturen im Gesundheitswesen (insbes. grenzüberschreitende Netzwerke und Clanstrukturen) zu erfassen, um den Kontrolldruck gezielt auf die kriminelle Minderheit zu lenken (Erfassung organisierter Täterstrukturen).

Berlin, den 3. November 2026

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Begründung

Die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Abrechnungsbetrug im Pflegewesen – Strukturelle Defizite bei Kontrolle und Missbrauchsprävention“ der AfD-Bundestagsfraktion[6] zeigt eine Diskrepanz zwischen dem massiven Anstieg der Betrugsfälle und den bisher eingeleiteten Gegenmaßnahmen auf.

[6] s. FN. 2

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Obwohl die Einführung einer Betrugspräventionsdatenbank bereits in der Planung ist, stagniert das Vorhaben in der Konzeptphase. Eine reine theoretische Planung reicht angesichts von über 20.000 Fällen pro Jahr nicht aus; erforderlich ist die sofortige operative Umsetzung.

Die organisatorische Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung stellt ein strukturelles Defizit dar. Eine Zusammenführung ist zwingend erforderlich, um eine effiziente Datennutzung zu ermöglichen. Die derzeitige undifferenzierte Prüfpraxis ist durch ein Gießkannenprinzip geprägt, das den ehrlichen Versicherten und redlichen Pflegedienst in Mithaftung nimmt. Die Einführung einer risikobasierten Kontrolle ist ein Gebot der Verwaltungseffizienz.

Eine organisatorische Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung stellt einen strukturellen Eingriff dar, der über die reine Betrugsbekämpfung hinausgeht und daher eigenständig zu rechtfertigen ist. Als milderes Mittel käme grundsätzlich auch eine bloße Vernetzung der bestehenden IT-Systeme beider Versicherungszweige über eine gemeinsame Schnittstelle in Betracht, ohne die Träger organisatorisch zu verschmelzen. Diese Alternative bliebe jedoch hinter der angestrebten Wirkung zurück: Getrennte Rechtsträger mit eigenen Satzungen, eigener Beitragsbemessung und eigenen Aufsichtsstrukturen erzeugen auch bei technischer Vernetzung fortbestehende Schnittstellenverluste, doppelte Verwaltungsstrukturen und Reibungsverluste bei der Aufsicht, die eine wirksame Betrugserkennung in Echtzeit erschweren. Finanziell ist zu erwarten, dass den einmaligen Umstellungskosten einer Zusammenführung mittelfristig Einsparungen durch den Wegfall doppelter Verwaltungsstrukturen gegenüberstehen; administrativ verbleibt der Aufwand vollständig auf Seiten der Versicherungsträger, ohne dass Versicherte oder Pflegedienste neue Mitwirkungs- oder Meldepflichten erhalten. Sozialrechtlich sind die jeweiligen Leistungsansprüche der Kranken- und der Pflegeversicherung (SGB V bzw. SGB XI) durch eine rein organisatorische Zusammenführung der Träger nicht betroffen; die materiellen Anspruchsgrundlagen bleiben unverändert bestehen.

Ein praktisches Beispiel unterstreicht die Notwendigkeit digitaler Plausibilitätsprüfungen: In kriminellen Netzwerken werden Antragsteller gezielt angeleitet, eine Schwerstpflegebedürftigkeit vorzutäuschen, die medizinisch nicht vorliegt.[7,8] Eine digitale Plausibilitätsprüfung würde dies aufdecken: Wenn ein Antragsteller einen hohen Pflegegrad wegen massiver Immobilität beansprucht, die Abrechnungsdaten der Krankenkasse für denselben Zeitraum jedoch regelmäßige, eigenständige Facharztbesuche oder die Verordnung von Medikamenten ausweisen, die eine hohe Mobilität voraussetzen, liegt ein objektiver Widerspruch vor. Ein solches Warnsystem ermöglicht die gezielte ärztliche Zweitprüfung durch den Medizinischen Dienst, während unauffällige Anträge von ehrlichen Versicherten ungehindert und damit schneller beschieden werden können.

Die Erfassung von Täterstrukturen ist zudem notwendig, um die Effektivität polizeilicher Ermittlungen zu erhöhen. Die organisierte Kriminalität im Gesundheitswesen ist ein systematischer Angriff auf die Solidargemeinschaft. Die Digitalisierung und Zusammenführung der Versicherungsträger sind die notwendigen Schritte, um die Funktionsfähigkeit der Pflegeversicherung dauerhaft zu sichern und das Vertrauen der Beitragszahler in die Integrität des Systems zu wahren.

Der von der Bundesregierung vorgelegte ‚Aktionsplan gegen Sozialleistungsmissbrauch' des BMAS[9] sieht zwar ebenfalls verstärkte Datenabgleiche zur Betrugsbekämpfung vor, beschränkt sich jedoch im Kern auf den Bereich der Grundsicherung (SGB II) und bleibt hinsichtlich der Pflege- und Krankenversicherung unvollständig: Eine organisatorische Zusammenführung der Versicherungsträger, eine gesetzliche Verpflichtung zur risikobasierten MD-Prüfung sowie die verbindliche Erfassung von Täterstrukturen durch das BKA sind darin nicht vorgesehen. Die vorliegenden Forderungen ergänzen den Aktionsplan der Bundesregierung damit gezielt um die im Pflegebereich bestehenden Lücken, ohne sich mit dessen Maßnahmen zu überschneiden oder zu widersprechen.

[7] https://www.dmrz.de/wissen/ratgeber/fakten-und-infos-alles-zum-pflegebetrug-in-der-ambulanten-pflege
[8] https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4904826
[9] https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/sozialleistungsmissbrauch-2453424

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.